

Gruppenpsychotherapie im Alter

-

Eine Meta-Analyse der Jahre 1990-2004

Ann-Kathrin Seeberg

Münster, 2007

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med.G. Heuft -

Gruppenpsychotherapie im Alter: Eine Meta-Analyse der Jahre 1990-2004

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Ann-Kathrin Seeberg
aus Bielefeld

2007

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-
Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. V. Arolt

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Dr. F.A. Muthy

Tag der mündlichen Prüfung: 10.12.2007

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
– Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft –
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. Dr. F.A. Muthy

Zusammenfassung

Gruppenpsychotherapie im Alter: Eine Meta-Analyse der Jahre 1990-2004

Seeberg, Ann-Kathrin

Das Ziel dieser Arbeit bestand darin zu untersuchen, **wie viel, und vor allem mit welchen Ergebnissen** über Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen in den letzten 15 Jahren innerhalb der deutschen und anglo-amerikanischen Literatur berichtet wurde. Es sollte speziell untersucht werden, ob **ein bestimmtes Gruppentherapieverfahren** sich als **besonders erfolgreich** bzw. erfolgreicher als die anderen Therapieschulen herausstellt.

In den folgenden Datenbanken: Pub Med, Psyn dex, PsycINFO, Cochrane Library, Web of Science, Psyn dex, PsycINFO, Cochrane Library, Web of Science und Carelit wurden 413 Veröffentlichungen zu diesem Thema recherchiert.

Innerhalb dieser Arbeit wurde aufgrund der Datenlage auf einen quantitativen Vergleich der vorliegenden Studien verzichtet und statt dessen eine kritische Übersicht der Studien durchgeführt. Die Studien (n: Anzahl) zu den **kognitiv-behavioralen Gruppentherapien** (n=20) kommen nahezu bei allen Diagnosen z.B. bei Depressionen (n=21), Angststörungen (n=4), Suchterkrankungen (n=2), chronischen Schmerzen (n=4) usw. zu **ausschließlich positiven Ergebnissen**. Dagegen kommen die Studien über die **altersspezifischen Therapien**, die häufig speziell für kognitiv eingeschränkte Patienten konzipiert wurden, zu sehr **unterschiedlichen Ergebnissen**. Es besteht keine einheitliche Meinung darüber, ob sie erfolgreich anwendbar sind. Die meisten dieser Therapien werden als nur **teilweise erfolgreich** beschrieben. Sie zeigen in vielen Fällen nicht in allen gemessenen Parametern, sondern nur in manchen der Messparameter positive Outcome Ergebnisse an. Bei **den tiefenpsychologischen Gruppentherapien** (n=0) und **sozio-kommunikativen bzw. humanistisch orientierten Gruppenpsychotherapien** (n=5) werden die Ergebnisse meist nur exemplarisch in Übersichtsartikeln und Kasuistiken dargestellt. Diese **Übersichtsartikel und Kasuistiken** berichten über fast **ausschließlich positive Ergebnisse** der Therapien.

Tag der mündlichen Prüfung: 10.12.2007

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung in die Arbeit	1
1.1	Epidemiologie psychischer Erkrankungen und Bedarf psychotherapeutischer Versorgung	1
1.2	Mögliche Ursachen für die bestehende psychotherapeutische Unterversorgung Älterer	7
1.2.1	Ursachen, die bei den Therapeuten liegen	7
1.2.2	Äußere Rahmenbedingungen	10
1.2.3	Gründe, die bei den älteren Menschen selber liegen	10
1.2.4	Stereotypen innerhalb der Gesellschaft	12
1.3	Psycho-soziale Situation der älteren Menschen und die darauf eingehenden neu entwickelten Modelle und Konzepte der allgemeinen und klinischen Gerontopsychologie	13
2	Einführung in das Thema	19
2.1	In der Literatur oft verwendete psychologische Altersmodelle	19
2.2	Hintergrund der Gruppenpsychotherapie	21
2.3	Hauptprinzipien und Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie bei Älteren	26
3	Zielsetzungen und Fragestellung der Arbeit	28
3.1	Zielsetzungen	28
3.2	Fragestellung	28
3.3	Auswertung der klinischen Studien	29
3.3.1	Allgemeine Fragestellungen	29
3.3.2	Spezielle Fragestellungen	30
4	Methoden	31
4.1	Datenbanken	31
4.1.1	Vorgehen innerhalb der Datenbanken 2-6	31
4.1.2	Vorgehen innerhalb der Datenbank 1	32
4.1.3	Weiteres Vorgehen mit den aus den Datenbanken erhaltenen Literaturangaben	33
4.2	Definitionen	33
4.3	Exkurs	36
4.4	Beschaffung der Literatur	36
5	Ergebnisse	37
	Vorgehensweise in der Bearbeitung und Gliederung der einzelnen Kapitel und Überblick über die Literaturverteilung des Ergebnisteiles	37
5.1	Kognitive- und behaviorale Therapien	43
5.1.1	Literaturüberblick	43
5.1.2	Konzepte	45
5.1.3	Leistungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten	49
5.1.4	Die Zusammensetzung der Gruppe	52

5.1.5	Auswahlkriterien	60
5.1.6	Technische Aspekte	63
5.1.7	Verlauf und Inhalt der Therapie	67
5.1.8	Zeitrahen und Setting	72
5.1.9	Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen	76
5.1.10	Wirkfaktoren und Ergebnisse	78
5.1.11	Besonderheiten der Therapie bei älteren im Vergleich zu jüngeren Patienten	87
5.1.12	Besondere Vorteile der kognitiv-behavioralen Gruppentherapie in Abgrenzung zur Einzeltherapie	90
5.1.13	Zusammenfassung	91
5.2	Tiefenpsychologische, interpersonelle und psychoanalytisch- psychodynamische Therapieansätze	99
5.2.1	Literaturüberblick	99
5.2.2	Konzepte	100
5.2.3	Gegenüberstellung und Abgrenzung der unterschiedlichen Therapiekonzepte	107
5.2.4	Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten	107
5.2.5	Die Zusammensetzung der Gruppe	111
5.2.6	Auswahlkriterien	115
5.2.7	Technische Aspekte	116
5.2.8	Verlauf und Inhalt der Therapie	118
5.2.9	Zeitrahen und Setting	120
5.2.10	Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen	122
5.2.11	Wirkfaktoren und Ergebnisse	124
5.2.12	Besondere Vorteile der Gruppen in Abgrenzung zur Einzelspsychotherapie	130
5.2.13	Unterschiede bei der Durchführung und den Ergebnissen der Gruppenpsychotherapie bei älteren im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern	131
5.2.14	Zusammenfassung	132
5.3	Gruppenpsychotherapien mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz	139
5.3.1	Literaturüberblick	139
5.3.2	Konzepte	140
5.3.3	Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten	140
5.3.4	Die Zusammensetzung der Gruppe	144
5.3.5	Auswahlkriterien	149
5.3.6	Technische Aspekte	150
5.3.7	Verlauf und Inhalt der Therapie	153
5.3.8	Zeitrahen und Setting	157
5.3.9	Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen	159
5.3.10	Wirkfaktoren und Ergebnisse	161
5.3.11	Besondere Vorteile der Gruppen in Abgrenzung zur Einzelspsychotherapie	169

5.3.12	Unterschiede bei der Durchführung und den Ergebnissen der Gruppenpsychotherapie bei älteren im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern	169
5.3.13	Zusammenfassung	172
5.4	Life-Review und Reminiscence-Therapie	178
5.4.1	Literaturüberblick	178
5.4.2	Konzepte	180
5.4.3	Gegenüberstellung und Abgrenzung der beiden unterschiedlichen Therapiekonzepte	183
5.4.4	Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten	184
5.4.5	Gruppenzusammensetzung	186
5.4.6	Auswahlkriterien	190
5.4.7	Technische Aspekte	191
5.4.8	Verlauf und Inhalt der Therapie	193
5.4.9	Zeitrahen und Setting	195
5.4.10	Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan	197
5.4.11	Wirkfaktoren und Ergebnisse	198
5.4.12	Zusammenfassung	202
5.5	Validation-Therapie und Realitäts-Orientierungs-Training	207
5.5.1	Literaturüberblick	207
5.5.2	Konzepte	208
5.5.3	Gegenüberstellung und Abgrenzung der beiden unterschiedlichen Therapiekonzepte	209
5.5.4	Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten	210
5.5.5	Die Zusammensetzung der Gruppe	211
5.5.6	Auswahlkriterien	213
5.5.7	Technische Aspekte	214
5.5.8	Verlauf und Inhalt der Therapie	215
5.5.9	Zeitrahen und Setting	216
5.5.10	Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen	217
5.5.11	Wirkfaktoren und Ergebnisse	217
5.5.12	Zusammenfassung	220
5.6	Verschiedene Therapieansätze	223
5.6.1	Literaturüberblick	223
5.6.2	Konzepte	224
5.6.3	Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten	224
5.6.4	Die Zusammensetzung der Gruppe	225
5.6.5	Auswahlkriterien	229
5.6.6	Technische Aspekte	229
5.6.7	Verlauf und Inhalt der Therapie	231
5.6.8	Zeitrahen und Setting	233
5.6.9	Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen	235
5.6.10	Wirkfaktoren und Ergebnisse	235
5.6.11	Besondere Vorteile der Gruppen in Abgrenzung zur Einzelpsychotherapie	238
5.6.12	Zusammenfassung	239

6	Exkurs	243
6.1	Verschiedene Therapieansätze bei dementen Patienten	243
6.1.1	Literaturüberblick	245
6.1.2	Konzepte	246
6.1.3	Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten	246
6.1.4	Die Zusammensetzung der Gruppe	248
6.1.5	Auswahlkriterien	250
6.1.6	Technische Aspekte	252
6.1.7	Verlauf und Inhalt der Therapie	255
6.1.8	Zeitraumen und Setting	256
6.1.9	Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen	258
6.1.10	Wirkfaktoren und Ergebnisse	258
6.1.11	Allgemeine therapeutische Grundregeln bei dem Umgang mit Alzheimer Patienten im Frühstadium	264
6.1.12	Zusammenfassung	266
6.2	Therapieansätze bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen	271
6.2.1	Literaturüberblick	275
6.2.2	Konzepte	276
6.2.3	Leitungsstil der Therapeuten und beruflicher Hintergrund	276
6.2.4	Die Zusammensetzung der Gruppe	277
6.2.5	Auswahlkriterien	280
6.2.6	Technische Aspekte	281
6.2.7	Verlauf und Inhalt der Therapie	282
6.2.8	Zeitraumen und Setting	285
6.2.9	Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen	286
6.2.10	Wirkfaktoren und Ergebnisse	286
6.2.11	Spezielle Aspekte der Durchführung und der Ergebnisse bei der Psychotherapie mit dementen Patienten und ihren Angehörigen	293
6.2.12	Zusammenfassung	294
7	Häufig auftretende Probleme älterer Menschen innerhalb einer Gruppentherapie	297
8	Überblick über die Studienergebnisse und Meta-Analysen	304
8.1	Überblick über die Anzahl und generelle Qualität der Studien	305
8.2	Therapieverfahren	306
8.3	Diagnosen der Studienteilnehmer	308
8.4	Länge der Therapiesitzungen	310
8.5	Qualität der Studien	311
8.6	Hauptergebnisse der Studien	313
8.7	Übersicht über die Meta-Analysen	332
8.8	Zusammenfassung der Hauptergebnisse der Studien und der Meta-Analysen	340

9	Abschlussdiskussion	346
9.1	Kritische Darstellung der Hintergründe zur Psychotherapie bei älteren Menschen	346
9.2	Problematik von Fragestellungen und Methodik	347
9.3	Schwierigkeiten bei der Auswertung der Literatur	349
9.4	Kritische Wertung der Konzepte	351
9.5	Welche Grenzen zeigen sich bei den Diagnosen?	354
9.6	Vergleichende Darstellung der unterschiedlichen Therapieziele	355
9.7	Kritische Wertung der Indikationen	357
9.8	Problematisierung notwendiger Modifikationen im technischen Vorgehen bei älteren Menschen	360
9.9	Aufzeigen günstigster Settings und Zeitrahmen der Therapien	363
9.10	Abgrenzung wichtiger Aspekte der Gruppenpsychotherapie zur Einzelpsychotherapie	365
9.10	Literaturüberblick und wertende Darstellung der Therapieergebnisse	367
10	Zusammenfassung der gesamten Arbeit	371
11	Literaturverzeichnis	376
11.1	Literatur zur Einführung (Kapitel 1 und 2)	376
11.2	Literatur zur kognitiv-behavioralen Therapie (Kapitel 5.1)	382
11.3	Literatur zur tiefenpsychologischen Therapie (Kapitel 5.2)	391
11.4	Literatur zur psychoanalytisch-psychodynamischen Therapie (Kapitel 5.2)	394
11.5	Literatur zur interpersonellen Therapie (Kapitel 5.2)	396
11.6	Literatur zur Gruppenpsychotherapie mit sozio- kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz (Kapitel 5.3)	397
11.7	Literatur zur Life-Review-Therapie (Kapitel 5.4)	405
11.8	Literatur zu dem allgemeinen Vorgang des Erinnerens (Kapitel 5.4)	407
11.9	Literatur zur Reminiscence-Therapie (Kapitel 5.4)	408
11.10	Literatur zur Validation-Therapie (Kapitel 5.5)	412
11.11	Literatur zum Realitäts-Orientierungs-Training (Kapitel 5.5)	413
11.12	Literatur zu den verschiedenen Gruppenpsychotherapieansätzen (Kapitel 5.6)	415
11.13	Literatur zu den verschiedenen Therapieansätze bei dementen Patienten (Kapitel 6.1)	417
11.14	Literatur zu Therapieansätzen bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen (Kapitel 6.2)	420
11.15	Literatur zu dem Kapitel: Häufiger auftretende Probleme Älterer innerhalb einer Gruppentherapie (Kapitel 7)	422
11.16	Literatur zu den Meta-Analysen (Kapitel 8)	425
11.17	Literatur zu den Studien	427
11.18	Literatur der gesamten Arbeit	433

	Anhang	I
A	Tabelle mit den Studienergebnissen	I
B	Messinstrumente	XV
	Danksagung	
	Lebenslauf	

1 Einführung in die Arbeit

1.1 Epidemiologie psychischer Erkrankungen und Bedarf psychotherapeutischer Versorgung

Epidemiologische Daten über den Anteil bzw. das Wachstum der älteren Bevölkerung an der gesamten Gesellschaft

Der enorme Anstieg des Anteils älterer Menschen in den letzten Dekaden hat zu einem verstärkten Interesse an psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Interventionen für diese Altersgruppe geführt. Zielgerichtet angewandte Interventionen können den Älteren und ihren Angehörigen bei der Bewältigung der drängenden und oft komplexen Probleme des höheren Lebensalters helfen und können kosteneffektiv die unangemessene Nutzung anderer, oft teurerer Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems einschränken.

Man schätzt, dass bis zum Jahr 2030 in den USA 60 Millionen Menschen über 65 sein werden. Dies würde dann einen Anteil von 17-20 % der gesamten amerikanischen Gesellschaft repräsentieren. Innerhalb der älteren Gesellschaftsschicht sind die über 85jährigen der am schnellsten wachsende Anteil (Burnside & Haight 1994). Andere Schätzungen geben an, dass im Jahre 2020 in Amerika die Altersgruppe der über 45jährigen einen Anteil von 41,4 % der gesamten amerikanischen Bevölkerung ausmachen wird (Granholm et al. 2002). In Deutschland wird geschätzt, dass der Anteil der 65jährigen von 24 % im Jahr 2000 bis zum Jahr 2030 auf 36 % anwachsen kann. Im Jahre 1990 gehörten schon 8,3 Jahre Witwen-Dasein zum normalen Lebenszyklus einer Frau. Die durchschnittliche Lebenserwartung wird sich nach Meinung einiger Altersforscher weiter verlängern (Lamprecht-Schömberg 1990). Allein von 1948 bis 1988 hat sich das Durchschnittsalter in unserem Land bei den Frauen um 12 Jahre, bei den Männern um 10 Jahre verlängert. Rund 20 % der Menschen befinden sich bei uns heute im Pensionsstadium. Japan, die Schweiz und Schweden weisen bereits (weibliche) Durchschnittsalter über 80 auf (Köhler & Barolin 1991).

Mittlerweile spricht man nicht mehr nur von den „älteren Menschen“, sondern teilt sie in vielen Publikationen in drei Altersgruppen ein:

1. **Die jungen Alten** (54-64 Jahre)
2. **Die Alten** (65-74 Jahre)
3. **Die alten Alten** (über 75 Jahre)

Aufgrund dieser Zahlen wird sichtbar, dass auch der Anteil der Älteren mit psychischen Störungen und evtl. psychotherapeutischem Therapiebedarf allein schon aufgrund ihres steigenden Bevölkerungsanteils steigen wird.

Epidemiologie psychischer Erkrankungen

Insgesamt geht man aufgrund repräsentativer Studien davon aus, dass etwa 25 % der über 65jährigen unter einer oder mehreren psychischen Störungen leiden (Maercker 2003).

Die häufigsten psychischen Störungen bei den über 65jährigen sind die **demenziellen** und **depressiven** Syndrome. Die Häufigkeit der **Demenz** beträgt bei den über 65jährigen etwa

5 %, bei den über 80jährigen etwa 20 % und den über 90jährigen etwa 30 %. Insgesamt leiden von allen Demenzkranken ca. 50 % an einer Alzheimer-Demenz, 10 % an einer Demenz vom vaskulären Typ und 25 % an Mischformen der Alzheimer- und vaskulären Demenz. Schätzungen für das Jahr 2050 geben eine Prävalenz von 14,3 Millionen älteren Menschen in den USA an, die unter einer Demenz leiden werden (Day 1997). Die **Major Depression** ist in dieser Altersgruppe bei 5-10 % vorhanden; hierbei weisen etwa 20 % weitere depressive Störungsbilder einschließlich sogenannter subsyndromaler Depressionen auf (Maercker 2003). Arolt & Schmidt (1992) dokumentierten bei einer Untersuchung von 67 Praxen von Nervenärzten 2568 Patienten über 60 Jahre, die wegen eines depressiven Syndroms in Behandlung waren. Als häufigste Diagnose wurde die „endogene Depression“ genannt. Die gesamte Gruppe der psychogenen Depression war mit etwa 30 % fast ebenso häufig. Heuft (1995) betont, dass auch neurotische und somato-psychosomatische Depressionen im Alter auftreten können. In der Berliner Altersstudie litten 1/3 der älteren Menschen an einer depressiven Störung, einschließlich depressiver Symptome (Helmchen et al. 2002). Livingston et al. (1990) stellten ein Register eines Stadtteiles innerhalb Londons auf, welches die Raten an älteren Menschen angab, die unter einer Demenz, einer Depression und Aktivitätseinschränkungen litten. 87,2 % der älteren dort wohnenden Menschen konnten für die Untersuchung gescreend werden. 4,7 % dieser ausgewählten

Bevölkerungsgruppe wiesen das Krankheitsbild der Demenz auf, 15,9 % litten unter einer Demenz und 32 % wiesen Einschränkungen bei ihren Alltagsaktivitäten auf. Reynolds (1994) geben an, dass ein großer Unterschied zwischen der Prävalenz der Depression bei Älteren in einem Pflegeheim und Älteren, die noch selbstständig in einer Gemeinde leben, besteht. Dort beträgt die Prävalenzrate weniger als 3 %, in einem Pflegeheim 15-25 %. Aufgrund der hohen Anzahl an älteren Menschen, die unter einer Depression leiden, wurde 1996 sogar die „Geriatric Psychiatry Alliance“ (GPA) gegründet, damit vermehrt auch Allgemeinärzte und geriatrisch orientierte Psychiater zusammen arbeiten, um noch effektiver die depressiven Symptome der älteren Patienten bekämpfen zu können (Katz & Alexopoulos 1996). Barth et al. (2002) kommen innerhalb ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass eine höhere Lebenszeitprävalenz (9,5 % vs. 20,2 %) sowie eine höhere Vierjahresprävalenz (5,1 % vs. 10,3 %) depressiver Störungen in einer jüngeren Altersgruppe (1950/52 Geborene) verglichen mit älteren Studienteilnehmern (1939/32 Geborene) bestehen. Zusätzlich fassen sie zusammen, dass bei der getrennten Betrachtung von zeitlebens psychisch Gesunden, Depressiven und Depressiven mit psychiatrischer Komorbidität, die jüngeren Depressiven deutlich häufiger eine weitere psychiatrische Störung aufweisen. Gallo et al. (1994) betonen, dass Unterschiede innerhalb der auftretenden Symptomen der Depression zwischen jüngeren und älteren Menschen auftreten können. Einige Autoren, wie auch Caughman & Dickens (1993) heben hervor, wie schwierig und komplex der Vorgang der Diagnosenstellung der Depression gerade bei älteren Menschen ist. **Angststörungen** treten bei 5-10 % der Älteren auf (Maercker 2003). Andere Autoren sprechen sogar von Prävalenzen zwischen 10-20 % (Hersen & Van Hasselt 1992). Mit einer Punktprävalenz um 5 % bei über 65jährigen gehören depressive Syndrome zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter und sind gerade beim alten Menschen ein Grund für eine stationäre psychiatrische Behandlung. Mit ca. 30-40 % machen ältere Patienten dementsprechend einen großen Teil der stationär betreuten depressiven Patienten aus (Rahn 1995). Einige Studien sagen, dass z.B. Angststörungen weniger bei älteren im Vergleich zu jüngeren Menschen prävalent sind. Auch das Vorhanden sein einer Demenz hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens von Angststörungen (Alexopoulos 1990). Panikstörungen werden oft bei den Angststörungen mit erwähnt (Swales et al. 1995). **Obsessive-Compulsive Disorders** treten ungefähr bei 0,8-1,5 %

der über 65jährigen auf (Flint 1994; Calamari et al. 1994). **Persönlichkeitsstörungen** treten auch bei älteren Menschen auf (Lynch 2000).

Die **Suizidrate** Älterer mit fast 40 pro 100.000 Einwohner ist fast doppelt so hoch wie in jüngeren Altersgruppen und dies insbesondere bei Männern (Maercker 2003). Die Berliner Altersstudie gibt Werte von 1,2 % an, die die Zahl an Älteren beschreibt, die Suizidgedanken haben. Es gibt eine enge Beziehung zwischen Suizidgedanken und depressiven Gedanken (Linden et al. 1998). Es liegen auch eindeutig epidemiologische Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Personen vor: Das Verhältnis eines tödlichen Ausgangs eines Suizidversuchs liegt bei Älteren zum Beispiel bei 1:4, bei jüngeren Frauen bei 1:200 (Klausner & Alexopoulos 1999). Diagnostizierbare **Schlafstörungssyndrome** haben im Alter eine Prävalenz von etwa 20 %. Innerhalb der älteren Population über 65 Jahre treten auch Störungsbilder auf, die mit psychotischen Erfahrungen einhergehen, wie z.B. das Krankheitsbild der **Schizophrenie** (Granholm et al. 2002; Lee et al. 2002). Allerdings erscheinen sie im Alter, z.B im Vergleich zu Depressionen, weniger häufig als bei jüngeren Personen (Teri & Logsdon 1992). Bei dem Auftreten einer Depression werden konkrete **Geschlechterunterschiede** sichtbar: Das Risiko, als Frau im Alter eine **Depression** zu bekommen, ist etwa 2-3 mal so hoch wie als Mann (Ed 2003; Phoenix et al. 1997). Die Berliner Altersstudie spricht von einer bei Frauen um 10,3 %, also doppelt so hohen Depressionsprävalenz im Vergleich zu den Männern (5,6 %). Es wird zu dem noch festgestellt, dass mit 36,8 % signifikant erhöhte Depressionsprävalenzen bei Älteren mit Multimorbidität auftreten. Verheiratete Studienteilnehmer zeigen mit 14,9 % seltener eine depressive Erkrankung (Linden et al. 1998). Frauen sind auch häufiger von **Angststörungen** betroffen (Stuhlmann 1992). Exakte epidemiologische Daten über das Auftreten von **Alkoholismus** bei älteren Menschen sind aufgrund der großen Dunkelziffer nur schwierig zu erheben, es wird geschätzt, dass bei 10-15 % der über 65jährigen ein Alkoholproblem vorliegt (Zimberg 1996), bzw. 2-10 % der über 60jährigen ein therapiebedürftiges Alkoholproblem haben (Weiss 1996). Dabei werden 1/3 aller Alkoholiker erst im fortgeschrittenem Alter aufgrund der altersspezifischen Probleme abhängig (Hercek & Bahro 2000; Zimberg 1996). In einer Studie, die eine junge Kohorte (Durchschnittsalter 21,2 Jahre) mit einer alten Kohorte (Durchschnitt: 65,5 Jahre) vergleicht, kommt man einerseits zum Ergebnis, dass ältere Menschen weniger oft **dysfunktionale Coping Strategien**

entwickeln und andererseits auch Drogen bzw. Alkohol weniger häufig als Problemlösungsstrategie benutzen (Segal et al. 2001). Einige ältere Menschen leiden auch unter Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) (z.B. ältere Veteranen oder Holocaust-Überlebende). Sadavoy (1997) gibt an, dass innerhalb einer Studie des „Department of Veterans Affairs medical patients“ im Jahr 1990, 18,5 % der Veteranen aus dem zweiten Weltkrieg momentan noch unter einer PTSD leiden. Er benennt zusätzlich, dass ungefähr 31 % der 3,1 Millionen amerikanischen Männern, die im Vietnam Krieg kämpften, ihr Leben lang unter den Symptomen der PTSD leiden. Kivelä (1995) beschreibt speziell ältere Menschen, die unter einer Dysthymie leiden. Es wird in der innerhalb ihrer Veröffentlichung durchgeführten Studie sichtbar, dass diese Störung bessere Langzeitprognosen hat bzw. besser behandelbar als eine Depression ist.

Bedarf

In Anbetracht des hohen, absoluten Bevölkerungsanteil der älteren Menschen und des hohen epidemiologischen Auftretens von psychischen Störungen besteht ein Widerspruch zwischen psychotherapeutischem Bedarf und Versorgung der Älteren. Der ältere Bevölkerungsanteil ist in psychotherapeutischer Behandlung deutlich unterrepräsentiert (Heuft & Marschner 1994). Es liegt eine defizitäre Versorgungs- und Behandlungssituation bei den 60jährigen vor. Somit bleibt 1/3 der durchschnittlichen Lebenszeit Erwachsener von psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschlossen (Radebold 1992). Arolt & Schmidt (1992) dokumentierten bei einer Untersuchung von 67 Praxen von Nervenärzten 2568 Patienten über 60 Jahre, die wegen eines depressiven Syndroms in Behandlung waren. Sie kommen dabei zu dem Ergebnis, dass das Verfahren der Richtlinienpsychotherapie bei über 60jährigen in der Nervenarztpraxis nur noch äußerst selten durchgeführt wird. Auf dem Hintergrund der ihnen zur Verfügung stehenden Behandlungserfahrungen erscheint es ihnen aussichtsreich, strukturierte psychotherapeutische Verfahren auch bei älteren Patienten in breiterem Umfang anzuwenden.

In einer großstädtischen Nervenarztpraxis waren nur 17 % der 606 Patienten innerhalb eines Quartals über 60 Jahre alt. Bei 6,25 % der älteren Teilnehmer bestand die Indikation für eine Kurz- oder Langzeitpsychotherapie, der aber nur 1,69 % der über 60jährigen zugeführt wurden. Doppelt so viele Psychoanalytiker wie Verhaltenstherapeuten waren nicht bereit über 50jährige zu behandeln (Kemper 1992).

Bisher liegen kaum systemische Studien zur psychotherapeutischen Versorgung Älterer vor. Bei den Angststörungen fand eine Studie, dass 88,5 % der Patienten mit einer diesbezüglichen Diagnose zwar einen Allgemeinarzt, aber nur 2 % einen Psychotherapeuten oder Psychiater konsultieren (de Beurs et al. 1999).

In einer anderen Studie zur Versorgungslage der von ambulanten Pflegediensten in Deutschland Versorgten fanden sich bei etwa 42 % eine oder mehrere psychische Störungen, aber nur in 11 % dieser Fälle wurden die Betroffenen einem Psychiater oder Psychologen vorgestellt (Klostermann et al. 1998).

Die Berliner Altersstudie gibt an, dass sich in Bezug auf die Behandlung von depressiven Störungen in 44 % eine unzureichende Therapie fand (Linden et al. 1998).

In Deutschland war in der ersten Hälfte der 90er-Jahre der Anteil der über 60jährigen bei Psychotherapien in niedergelassenen Praxen bei nur 0,2 %-2 %. Innerhalb einer Untersuchung von 67 Nervenarztpraxen kam als Ergebnis ein eindrucksvolles Defizit bei der Anwendung von strukturierten Verfahren der Richtlinienpsychotherapie heraus. Die psychotherapeutische Behandlungsrealität dort war etwa im Verhältnis 1:50 (0,6 % zu 30 % hinter den Bedarfsschätzungen).

Mittlerweile ist die Frage, ob Psychotherapie im höheren Alter überhaupt sinnvoll und machbar ist, als überholt zu betrachten. Der alte Mensch in seiner „neuen“ lebenskritischen Phase ist ebenso psychotherapiebedürftig, wie er auch fähig ist, aus Psychotherapie Nutzen zu ziehen (Barolin 1992). Auch Psychotherapeuten selber berichten aus den USA und aus einigen Behandlungszentren in den deutschsprachigen Ländern über positive Erfolge (Maercker 2003). Bei Studien, die eine Psychotherapie bei jüngeren Patienten im Vergleich zu älteren Patienten durchführen, sind die Ergebnisse oft gleich gut (Carmin et al. 1998). Bei einigen Studien wird sogar neben den mindestens gleich guten Ergebnissen beider Altersgruppen noch die weniger hohe Abbruch- und höhere Anwesenheitsrate bei der Therapie mit älteren Menschen betont (Walker & Clarke 2001). Ältere Menschen bevorzugen, im Gegensatz zu der bisherigen Meinung, die Psychotherapie vor der Medikamententherapie und sind oft sogar positiver als jüngere Menschen in Bezug auf den Therapieerfolg eingestellt (Rokke & Scogin 1995; Lundervold & Lewin 1990).

1.2 Mögliche Ursachen für die bestehende psychotherapeutische Unterversorgung Älterer

Die Gründe für die psychotherapeutische Unterversorgung älterer Menschen sind sowohl

1. bei den **älteren Menschen** selbst,
2. in der Ausbildung und den Einstellungen der **Psychotherapeuten**,
3. **den äußeren Rahmenbedingungen**,
4. den Einstellungen der **Gesellschaft** gegenüber der älteren Gesellschaft zu finden.

1.2.1 Ursachen, die bei den Therapeuten liegen

In einer Studie, die die Präferenzen von 165 Psychotherapeuten bei ihrer Patientenauswahl untersuchte, zeigte sich, dass am liebsten jüngere Patienten, dann Patienten im mittlerem Alter und am zurückhaltendsten ältere Patienten für eine Therapie ausgewählt wurden. Insgesamt wurde die Patientenauswahl der Therapeuten durch ihre Psychotherapieerfahrung und ihr Wissen über die geriatrische Psychotherapie beeinflusst. Zum Beispiel wurden Frauen als Patienten erstens stark von den jüngeren Therapeuten und zweitens allgemein von weiblichen Therapeuten bevorzugt. Ältere Patienten wurden am häufigsten von den Therapeuten ausgewählt, die entweder selber älter waren, die in einer Psychiatrie arbeiteten, in denen ältere Menschen die größte Patientengruppe bildeten oder von denen, die mindestens drei Weiterbildungen über Therapien bei älteren Menschen besucht hatten. Bei dieser Gruppe der älteren Psychiater waren meistens 10 % ihrer Patienten über 65 Jahre alt (Zivian et al. 1992). In einer Studie mit 190 israelischen Psychologen und Psychologiestudenten sagten 55 % explizit, dass sie nicht gerne ältere Menschen behandeln würden. Ein weiteres Ergebnis war, dass die Motivation der Befragten mit älteren Menschen zu arbeiten vom Alter, der Ausbildungslänge und der Einstellung gegenüber der Psychotherapie bei Älteren abhing (Shmotkin et al. 1992). Delius (1994) fand innerhalb seiner Studie, die 334 Konsiliarkontakte einbezog, darunter 162 Ärzte (davon 22 Psychiater), dass sich die Behandlungsoptionen von Ärzten gegenüber älteren Patienten in mehreren Aspekten hochsignifikant unterschieden von den Behandlungsoptionen gegenüber jüngeren

Patienten. So fiel beim Vergleich der kumulierten Konsil-Indikation von Psychiatern und behandelnden Ärzten auf, dass bei älteren Patienten signifikant größere Spannungen auf der Station registriert wurden als bei jüngeren Patienten. Deutlich überdurchschnittlich traf dies für demente Patienten und deutlich unterdurchschnittlich für depressive Patienten zu. Letztere Befunde wurde nach Psychiatern und behandelnden Ärzten aufgeschlüsselt und es zeigte sich, dass behandelnde Ärzte bei älteren, depressiven Patienten äußerst selten eine „atmosphärische Belastung“ der Arzt-Patient-Beziehung registrierten, während die Konsiliar-Psychiater in erheblichem Maße Spannungen spürten. Die komplizierte Beziehung zwischen jüngeren Krankenhausärzten und ihren älteren Patienten zeigte sich in der Studie auch darin, dass eine hohe Gewichtung psychopharmakologischer Fragen mit einer relativ hohen, vom Patienten ausgehenden oder auf ihn projizierten Spannung korrelierten. Alle Psychiater und Nicht-Psychiater in ähnlichem Maße hielten auch bei der homogenen und über die Lebensalter annähernd gleich verteilten Diagnosegruppe „depressive Störung“ psychopharmakologische Aspekte bei älteren Patienten für fast doppelt so wichtig wie bei jüngeren Patienten.

Bei vielen Psychotherapeuten ist die negative Sicht des Alters und der Therapiefähigkeit der Älteren oft mitbestimmt durch das angestrebte kontemplative, altersweise Menschenbild oder aber auch durch das gegenteilige defizitorientierte Menschenbild. Dazu liegen oft geringe (wohl auch unbefriedigende) psychotherapeutische Behandlungserfahrungen und Studienergebnisse mit Älteren vor. Oft ist bei den Therapeuten auch mangelndes gerontologisches Wissen als ein Hindernis zu sehen (Zank 2002). In diese negative Sicht fließen oft auch die eigene Position im Lebenszyklus mit entsprechender großer oder kleiner Distanz zum Alter und das eigene Erleben des Älterwerdens ein (Radebold 1992). Allerdings berichten Zank & Niemann-Mirmehdi (1998), dass bei ihrer Untersuchung 101 von 151 befragten Psychotherapeuten angaben, dass sie schon Therapieerfahrungen mit Patienten, die überwiegend an reaktiven Depressionen erkrankt waren, hatten. Es wurden dabei überwiegend tiefenpsychologisch/psychoanalytische Einzeltherapien sowie Verhaltenstherapie, weniger Gruppenpsychotherapie durchgeführt. Die Behandlungserfahrungen waren fast ausschließlich positiv. Mangelnde Nachfrage wurde als Begründung für die Nichtbehandlung alter Patienten angegeben. Manche

Therapeuten, die sich an dem defizitärem Altersbild orientieren, sehen das Altern als fortschreitenden und unaufhaltsamen Prozess des Abbaus körperlicher, geistiger und sozialer Fähigkeiten an. Alte Menschen gelten dementsprechend als therapieunfähig (Hirsch 1990). Der Glaube, dass man älteren Menschen mit Psychotherapie helfen kann, fehlt aus diesen Gründen, aber oft fehlt auch das eigentliche Interesse an der Behandlung Älterer an sich (Rahn 1995). Dazu kommen erschwerende Faktoren wie die Multimorbidität, gehäufte Verlusterlebnisse, schwindende Zukunftsperspektiven, Fähigkeitseinschränkungen (physiologisch und kognitiv), eingeschränkte Lebenszeit, geringere Plastizität der äußeren sozialen Welt und die Reduktion der sozialen Ressourcen, die Einschränkungen in der Bewältigung der Krankheiten darstellen und eher abschreckend auf viele Therapeuten wirken. Einige Therapeuten haben das Gefühl, ein geringeres Ansehen durch die Arbeit mit Älteren vor ihren Kollegen zu haben (Currin et al. 1998). Die Arbeit mit Älteren ist weniger finanziell attraktiv im Vergleich zu der Behandlung Jüngerer und es dauert länger, bis sie auf die Therapie richtig ansprechen und sie durch die Therapie stabilisiert werden können (Koenig et al. 1994). Ein Giessener Geronto-Psychiater spricht sogar von einer „**Gerontophobie**“ und beschreibt damit die Angst der Therapeuten vor der Konfrontation mit den Themen: Angst vor dem Sterben, Altern, Krankheit, Versagen, Verluste, Kränkungen, Fragen zu ungelebten Lebensansprüchen, und der Angst, dass der Patient vor Abschluss der Behandlung sterben könnte. Die Therapeuten müssen daher die Kapazität besitzen, sich ihrer eigenen Gefühle über die zweite Lebenshälfte nicht nur bewusst zu sein sondern sie auch zu verstehen (Garner 2003). Garner (1999) betont, dass viele Therapeuten auch aufgrund ihrer eigenen Furcht vor dem Alter, noch ungelösten Konflikten mit ihren eigenen Eltern bzw. Großeltern und der Angst vor einem eigenem Sadismus sich eher scheuen mit älteren Patienten zu arbeiten.

Der Therapeut kann sich auch in der Rolle als Kind sehen, und es können unangenehme Gefühle zu eigenen älteren Familienmitgliedern ausgelöst werden und ungeklärte Konflikte hochkommen. Angst vor der Störung ihrer eigenen Identität als Therapeut und das Aufkommen von starken emotionalen Kräften kann furchterregend auf manche Therapeuten wirken (Hirsch 1990). Für viele Therapeuten, speziell bei sehr jungen, ist die schwierige und ungewohnte Übertragungs- und auch Gegenübertragungssituation mit einem deutlich älteren Patienten ein großes Problem, besonders auch innerhalb einer

Gruppentherapie mit Älteren (Kemper 1991; Zank 2002). Für manche Therapeuten stellt die Therapie mit Älteren mitunter eine Bedrohung ihres eigenem Narzissmus dar (Zank 2002). Zusammenfassend kann man für die teilweise vorhandene Therapieablehnung mancher Therapeuten folgende Gründe nennen: Zu geringe und/oder unbefriedigende Behandlungserfahrungen, mangelnder theoretischer Wissensstand, fehlende Behandlungserfordernisse oder Behandlungsnachfrage und affektive Schwierigkeiten. Für Österreich und Deutschland stellt sich die zusätzliche Frage des Einflusses unserer nationalsozialistischen Vergangenheit (Radebold 1994) und (Rönnecke 1990). Zur weitergehenden Diskussion von Gegenübertragungs- und Eigenübertragungsproblemen seitens der Behandler: Heuft et al. (2000).

1.2.2 Äußere Rahmenbedingungen

Die etablierten psychotherapeutischen Verfahren sind nicht speziell für die Gruppe der älteren Patienten entwickelt worden. Daher finden sich die Themen und Eigenarten des Alters in diesen Verfahren zunächst nicht wieder (Rahn 1995). Die Durchführung der Psychotherapie mit Älteren ist von komplexen Rahmenbedingungen und/oder Widerständen abhängig. Zu diesen zählen u. a. die Krankenkassenregelungen und psychotherapeutischen Gutachten, bei deren Handhabung die Therapeuten zusätzlich weiteren Problemen begegnen können (Radebold 1992).

1.2.3 Gründe, die bei den älteren Menschen selber liegen

Die Bereitschaft von älteren Menschen, mit Anderen ihre Probleme zu besprechen, ist erwartungsgemäß nicht sehr ausgeprägt. Hochaltrige hegen im Vergleich zu jüngeren Alten deutlich größere Vorurteile und Befürchtungen gegenüber der Psychotherapie. Diese Tatsache gibt aber auch den momentanen gesellschaftlichen Wandel wieder, dass die bei den „jüngeren“ Älteren vorhandene Offenheit gegenüber der Psychotherapie in den folgenden Kohorten weiter steigen und möglicherweise eine höhere Nachfrage nach Psychotherapie bewirken wird (Zank 2002). Ältere z.B. depressive Menschen erwarten oft keine psychotherapeutische Behandlung, sie haben daher auch weniger positive Erwartungen daran und favorisieren somatische Behandlungen. Gerade im stationären Setting müssen ältere Patienten daher zu einer psychotherapeutischen Behandlung oft erst motiviert werden (Rahn 1995). Allgemein suchen ältere Menschen fast gar nicht

von sich aus psychotherapeutische Hilfe auf (Teri & Logsdon 1992). Manche Autoren sehen auch einen Grund in der Ablehnung der Älteren gegenüber der Psychotherapie in einem Vorurteil, dass sie eine starke Eifersucht auf den fast immer jüngeren Therapeuten haben, da er sein Leben noch vor sich hat (Pearlman 1993). Es kommen äußere Umstände wie mangelnde Transportmöglichkeiten, Komfort, finanzielle Erschwinglichkeit und mangelnde Informationen hinzu, die ältere Menschen oft daran hindern sich psychotherapeutische Hilfe zu holen. Ältere Menschen haben generell negativere Einstellungen und weniger Wissen in Bezug auf die Psychotherapie als jüngere Menschen (Currin et al. 1998). Einige alte Menschen sehen psychische Störungen als Bestandteil eines normalen Alterungsprozesses an und sehen dementsprechend auch nicht die Notwendigkeit sich professionelle Hilfe zu suchen (Speer et al. 1990). Ältere Menschen werfen sich oft eine größere eigene Schuld für ihre psychischen als ihre körperlichen Probleme vor (Ray et al. 1992). Einige Ältere haben Angst durch das Aufsuchen von psychotherapeutischer Hilfe stigmatisiert zu werden. In einer Studie mit 183 älteren Menschen über 55 Jahre sagten dementsprechend 72 % von ihnen aus, dass sie allgemein lieber einen Allgemeinarzt aufsuchen würden, als einen Psychiater (Arean et al. 2002). Snell & Padin-Rivera (1997) zählen 5 Hauptvorurteile, die ältere Menschen in Bezug auf die Psychotherapie haben, auf:

1. Viele Ältere denken, dass nur „verrückte Menschen“ psychologische Hilfe in Anspruch nehmen
2. Psychologische Probleme sind ein Indikator für moralische Schwachheit
3. Psychotherapie bedeutet eine Invasion in die Privatsphäre
4. Erwachsene, besonders Männer, wollen ihre Gefühle nicht teilen oder Schwachheit einem Fremden zeigen
5. Erwachsene sollten nicht nach Hilfe fragen.

Diese zum Teil sehr negativen Ansichten der älteren Generation gegenüber der Psychotherapie ist insofern noch von größerer Bedeutung, da gerade die Motivation und Einstellung der Patienten wichtig für den Therapieerfolg sein kann (Schneider et al. 1999).

1.2.4 Stereotypen innerhalb der Gesellschaft

Innerhalb der Gesellschaft herrschen oft kulturelle Vorurteile gegenüber den Älteren (Moberg et al. 1990). Sie werden in der westlichen Gesellschaft fast am wenigsten respektiert, es herrscht eine eher Jugend-zentrierte Kultur, in der das Alter als ein Defizit der Jugend angesehen wird. Alt sein ist schlimm genug, aber alt und psychisch krank zu sein ist unzweifelhaft stigmatisiert (Ardern et al. 1998). Innerhalb der Gesellschaft sind oft starke Stereotype über das Alter vorhanden, wie z.B. der von manchen Autoren so genannte „Ageism“, der die Einstellung umschreibt, dass ältere Menschen nicht mehr produktiv für die Gesellschaft sind, nicht mehr bei energiereichen Aktivitäten mitmachen können und unfähig zu Veränderungen sind (Arean 1993). Alter wird als unabweichlich mit geistiger Verschlechterung assoziiert und dementsprechend ältere Personen als nicht therapiefähig und bedürftig gesehen (Garner 2003). Älteren Menschen begegnet aufgrund dieser altersfeindlichen Einstellungen der Gesellschaft oft Spott, Respektlosigkeit und Ablehnung (Orbach 1995). Dies führt zu der in der Gesellschaft teilweise noch geäußerten Frage, ob Psychotherapie für Ältere überhaupt sinnvoll sei. Innerhalb der Gesellschaft besteht daneben oft eine sehr stark Besorgnis über die Frage, wie die zahlreichen und hohen Gesundheitskosten der Älteren von der Gesellschaft gedeckt werden sollen, die diese negative Sicht und Vorwürfe gegenüber dem älteren Bevölkerungsanteil noch schüren können (Koenig et al. 1994).

1.3 Psycho-soziale Situation der älteren Menschen und die darauf eingehenden neu entwickelten Modelle und Konzepte der allgemeinen und klinischen Gerontopsychologie

Bei dem Vergleich der Hierarchie der menschlichen Werte im höheren Lebensalter mit den zahlreichen, altersspezifischen Verlusten stellt man fest, dass fast alle dieser hierarchisch oben aufgelisteten, menschlichen Werte durch Abbauprozesse und Verluste bei dem alten Mensch eingeschränkt sind. Daraus ergibt sich die unmittelbare Konsequenz, passende Maßnahmen und Konzepte für die Erhöhung der Lebensqualität der Älteren zu entwickeln und durchzuführen. Barolin (Tab.1.1) wird hier mit der von ihr aufgestellten Rankfolge der menschlichen Werte im Alter zitiert, um die Bedeutung diese zahlreichen Verluste der Älteren zu verdeutlichen (2001).

Tab.1.1 Hierarchie der menschlichen Werte im höheren Lebensalter (Barolin 2001)

Auf allen Ebenen wesentlich:

- (1.) Menschliche Beziehung
- (2.) Wirtschaftliche Absicherung

Die intakte Persönlichkeit betreffend:

- (1.) Gesundheit
- (2.) Kompetenz und Sinngehalt
- (3.) Neugierde, Weltoffenheit, Interesse

Alterstypische Abbauprozesse betreffend:

- (1.) Beschwerdefreiheit
- (2.) Mobilität
- (3.) Essen und Ausscheidung
- (4.) Selbstversorgungsfähigkeit
- (5.) Sozialfähigkeit
- (6.) Wärme
- (7.) Genussfähigkeit
- (8.) Würdiges Sterben.

Gegenüber diesen Werten stehen die zahlreichen Verluste, die dem alten Menschen begegnen und die er verarbeiten muss:

Oft auftretende Verluste:

- der Arbeit und Reproduktionsfähigkeit
- der Kindererziehung
- seiner vollständigen Gesundheit: Gefahr einer Behinderung, chronischen Krankheit, sensorischen Funktionseinschränkungen: 20 % der älteren Menschen haben eine signifikante Sehbehinderung, 15 % eine signifikante Hörbehinderung (Maercker 2003)
- der größeren, eigenständigen Mobilität
- von Lebenspartnern, Freunden, Nachbarn, Arbeitskollegen, unter Umständen eigener Kinder mit der Gefahr der Isolation und Einsamkeit
- der Selbstversorgung, einhergehend mit einem steigendem Gefühl der Abhängigkeit von anderen Menschen und einem möglichen Wohnortwechsel
- der kognitiven Komplexität
- der wirtschaftlichen Absicherung
- der allgemeinen Leistungsfähigkeit.

Allgemeine Situation der psycho-sozialen und kognitiven Funktionen im Alter:

Die Voraussetzungen für die Entfaltung von Potentialen des Alters sind in den entwickelten Gesellschaften gut. Altern kann heute in einem hygienischen, medizinischen, ökonomischen und ökologischen Umfeld erfolgen, dass nicht nur Langlebigkeit, sondern auch Leben bei physischem und psychischem Wohlbefinden ermöglicht, wie es früheren Generationen verschlossen war (Olbrich 1990).

Man muss sich bei der Betrachtung der psychischen Situation von älteren Menschen immer die hohe Variabilität von (längsschnittlich erfassten) Altersverläufen in verschiedenen kognitiven Parametern bewusst machen. Von allen Phasen des Lebenszyklus besteht für das höhere Alter die stärkste Diversifikation (Rosenmayr 1996). Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne zeigt, dass Altern ein

individueller und differentieller Prozess ist, der multidimensional und multidirektional verläuft. Die Entwicklung eines Menschen gestaltet sich z.B. in kognitiven, sozialen oder gesundheitlichen Dimensionen unterschiedlich (Maercker 2003). Altern unterscheidet sich auch nach Bildungs- und Einkommensgruppen. Altersprozesse in kleinen Gemeinden mit einem traditionell durch Familienverbände geformte Gemeinwesen laufen anders ab als in der großstädtischen Agglomeration (Rosenmayr 1996). Die Gruppe der über 65jährigen ist die mit den größten Unterschieden und eine Gruppe mit großen latenten Reserven und Potentialen, die wegen einer teilweise behindernden, allgemein wenig stimulierenden und unterstützenden Umwelt nicht ausreichend ausgeschöpft werden (Krebs 1990). Kruse (1996) gibt in Bezug auf die Lebensqualität an, dass im Längsschnitt keine gravierenden Veränderungen im Wohlbefinden erkennbar sind worin sich die Fähigkeit des Menschen widerspiegelt, seine Kriterien für ein zufriedenstellendes Leben an bestehende Einbußen und Verluste anzupassen. Die darin zum Ausdruck kommende Regulierung des eigenen Anspruchsniveaus wird als Merkmal psychischer Kompetenz gedeutet. Glatzer (1992) untersuchte die Lebensqualität der Älteren in Deutschland sowohl im Hinblick auf ausgewählte Aspekte ihrer objektiven Lebensbedingungen als auch ihres subjektiven Wohlbefindens und kommt zu der Schlussfolgerung, dass die älteren Menschen als Gesamtheit keine Problemgruppe mehr darstellen, sondern vielmehr die soziale Ungleichheit unter ihnen zur gesellschaftlichen Herausforderung geworden ist.

Die alterskorrelierenden Veränderungen der kognitiven Leistungen im Vergleich zu den biologischen Veränderungen fallen drastisch höher aus (Perrig-Chiello et al. 1996). Rott (1992) legt dar, dass die kristallinen Fähigkeiten über die von ihm untersuchte Altersspanne (61-83 Jahre) nur unsystematische Veränderungen zeigen, dagegen nehmen die fluiden Fähigkeiten mit dem Alter ab. Bei der fluiden Intelligenz haben Altersveränderungen ein größeres Gewicht als Kohortenunterschiede. Es sollen sich Hinweise auf eine strukturelle Dynamik finden.

Im Alter wird das Kurzzeitgedächtnis häufig schlechter, das Langzeitgedächtnis dagegen bleibt eher unverändert, was tiefenpsychologisch eingesetzt werden kann (Thilo 1996). Ältere Menschen verfügen über eine beträchtliche Kapazitätsreserve zur Leistungssteigerung in fluiden Intelligenzmassen. Gesunde ältere Menschen haben eine beträchtliche kognitive Plastizität (Sowarka 1992). Andere Autoren berichten dagegen,

dass Reaktionszeiten und Arbeitsgedächtniskapazität eher dramatische Einbußen zeigen (Meier 1994). Dagegen funktioniert die automatische Speicherung und Nutzung von Erfahrungen noch genauso wie bei den jungen Erwachsenen. Das psychische Wohlbefinden zeigt keine Alterseffekte auf (Perrig-Chiello et al. 1996). Diese Tatsache würde in Anbetracht der oben genannten Verluste im Alter für ein psychisches Regulativ sprechen, wonach das Leben bis ins höchste Alter und unter veränderten Bedingungen als im gleichen Maße wertvoll und sinnerfüllt erlebt werden kann. Bei der Betrachtung der Lebensqualität älterer Menschen wurde herausgestellt, dass die Älteren als Gesamtheit keine Problemgruppe mehr darstellen, sondern vielmehr die soziale Ungleichheit unter ihnen zur gesellschaftlichen Herausforderung geworden ist (Unterschiede zwischen älteren Frauen und Männer, Ost- zu Westdeutschland). Insgesamt sind die älteren Menschen in mehreren Lebensbereichen wie z.B. Ehe, Freizeit, Wohnung, soziale Sicherung etc. zufriedener als andere Altersgruppen, jedoch mit dem Leben insgesamt nicht zufriedener und sogar häufiger unglücklicher. Im Vergleich zum Durchschnitt sind bei älteren Menschen weit häufiger Problemlagen vorhanden (Perrig-Chiello et al. 1996). Die Häufigkeit positiver Affekte nimmt im Laufe des Lebens stetig, aber geringfügig ab, wogegen die negativen Affekte im Laufe des Lebens eher stabil bleiben. Insgesamt bleiben dennoch positive Affekte häufiger als negative Affekte (Diener & Suh 1998). Viele Ältere, besonders Schwerkranke sind sehr vergangenheitsorientiert. Im Alter komme es zu einer Regression auf eine prägenitale Stufe und nicht selten finde ein Geschlechtershift statt, d.h. Männer leben mehr Abhängigkeitswünsche und Frauen eher progressiv-aggressive Anteile. Motiv der Regression sei die Erhaltung von Ich-Stabilität und Integrität sowie Abwehr narzisstischer Kränkungen (Roßmanith 2001). Die Berliner Altersstudie gibt an, dass 7,9 % der Älteren einen Todeswunsch äußern (Linden et al. 1998).

Man kann bei älteren Menschen einerseits ein Ansteigen der Neugier beobachten, andererseits aber eine Abnahme des kreativen Interesses an ihrer Umgebung. Die Betagten hoffen offensichtlich, die notwendigen Sinnesreize dadurch zu erhalten, dass sie die Aktivitäten der Anderen beobachten, doch sind sie oft nicht mehr in der Lage, ihr Spektrum des Wissens und der Erfahrung zu erweitern (Battegay & Müllejans 1992). In einer Untersuchung mit 332 intellektuell intakten Pflegeheimbewohnern kam heraus, dass für die Partizipation der Älteren in Aktivitäten ihre allgemeine Lebenszufriedenheit

und Zufriedenheit mit dem Pflegeheim und für die meisten besonders auch enge Freunde außerordentlich wichtig sind (Bitzan et al. 1990). Kruse & Schmitt (1998), die das psychische Befinden bei Hilfsbedürftigkeit aus ressourcenorientierter Perspektive untersuchen, kommen zu dem Ergebnis, dass wenn Ressourcen der Person und ihrer Umwelt sowie deren Interaktion mit dem Grad erlebter Belastungen gleichzeitig eingegeben werden, dies keinen statistisch signifikanten Beitrag zur Vorhersage des psychischen Befindens leistete. Von den personalen Ressourcen war vor allem ein handlungsorientierter Bewältigungsstil, von den umweltbezogenen Ressourcen die erlebte Qualität medizinischer Betreuung und institutioneller Versorgung bedeutsam. Weber (1998) betont die Heterogenität der Lebenssituation im Alter und die Heterogenität der Belastungen, die sich nicht auf einige wenige globale Dimensionen reduzieren lässt, und nach seiner Sicht z.B. auch nicht geraten erscheinen, spezielle Programme zur Belastungsbewältigung oder zum „Stressmanagement“ für ältere Menschen zu entwerfen. Gallagher & Gerstel (1993) untersuchten den Effekt, den die Ehe bzw. das „Witwen werden“ auf ältere Frauen für Auswirkungen hat: Witwen verbrachten mehr Zeit mit ihren Freunden und boten ihnen mehr praktische Hilfen an, während die Ehefrauen mehr Hilfe, vor allem auch aufgrund größerer Ressourcen, ihren nahen Verwandten zu kommen ließen.

Aufgrund der oben genannten großen interindividuellen Variabilität wird oft zwischen dem **normalen Altern** („Alterstypische Einbußen in organisch-somatischen und psychischen Funktionen“), dem **pathologischen Altern** („Auftreten von Krankheiten und von erheblichen Funktionseinschränkungen mit Einbuße an Lebensqualität und Verkürzung der Lebensspanne“), und dem **optimalen Altern** („Zielzustand eines Lebens mit weit reichender Autonomie, Wohlbefinden und das Erreichen weiterer individuell gesetzter Lebensziele“) unterschieden (Maercker 2003). Alter und Altern führen aber per se nicht zu einer generellen Erhöhung der Prävalenzraten von Psychopathologien. Insgesamt haben die älteren Erwachsenen weniger psychopathologische Probleme als die Jüngeren und die meisten von ihnen können ihr Leben auch selbstständig führen. Zum einen wissen alte Menschen Ressourcen und Kompetenzen zur Verarbeitung von Verlusten einzusetzen. Diese Kompetenzen und Ressourcen können durchaus altersspezifisch sein, können aber auch durch die Art und Situation der Verluste und die Nähe des eigenen Todes bestimmt sein. Zum anderen,

wenn Probleme auftreten, sprechen alte Menschen genauso wie junge Menschen auf kompetent geführte Therapien an (Baltes1992).

2 Einführung in das Thema

2.1 In der Literatur oft verwendete psychologische

Altersmodelle

Ältere Modelle betonen oft die oben genannten Verluste und Problemsituationen, beschreiben einen Abwärtsverlauf innerhalb der Veränderung im Erwachsenenalter und Alter und bilden damit das „Defizitmodell“ (Radebold 1992). Demgegenüber steht in direktem Gegensatz das positive, Ressourcen betonende „**Kompetenzmodell**“ von Gerontopsychologen der 80er und 90er Jahre (Delius 1990). Hierbei werden die verschiedensten Potentiale des älteren Menschen hervorgehoben. Vor allem die Generativität Alternder wird hervorgehoben, konkretisiert durch eine stärkere Anteilnahme am Schicksal nachfolgender Generationen und die Übernahme von Verantwortung. Potentiale des Alters äußern sich in wachsendem Interesse an der Entwicklung überdauernder Werte in Gesellschaft und Kultur bei gleichzeitiger Zurückstellung eigener Bedürfnisse, letztendlich in einem Investieren von Aufmerksamkeit, Energien und Engagement in Personen, Werke und Werte, die Bestand haben, auch wenn das eigene Leben vergeht (Olbrich 1990; Kruse 1990).

In den meisten Publikationen, die die Therapien „Life review“ oder „Reminiscence“ beschreiben, werden die **Stadientheorien** der lebenslangen Entwicklung mit dem letzten Ziel des Erreichens der „Integrität“ nach **Erikson (1966)** zitiert oder die Konzeptualisierung bzw. das Konstrukt des **bewerteten Lebensrückblicks** und Erinnerns als Therapieform nach **Butler (1963)**. Für Butler ist die Psychotherapie des alten Menschen eine solche des Kümmerns und des Sich- Hineinfindens, der Wiedererstattung und der Lösung, die hinführt zu Weisheit, Versöhnung, Wiedergutmachung, Aufbau und Wiederaufbau, Vervollkommnung, Transzendenz, Neuschöpfung wie auch zu realistischem Zur-Kennntnis-Nehmen, welches Veränderungen und Ergänzungen einschließt, zur Erarbeitung von Bedeutung und dem Auslösen von nützlichen und angepassten Anstrengungen (Butler 1968).

Ein Modell, welches Aussagen darüber macht, an welchen Schnittstellen psychologische und psychotherapeutische Interventionen mit älteren Menschen sinnvoll einsetzbar sind, ist das **SOK-Modell** (Baltes 1992): Erreichen von psychischen Anpassungsprozessen durch drei Komponenten:

- **Selektion:** Auswahl und Veränderung von Zielen und der Konzentrierung auf begrenzte Ressourcen und Spezialisierungen
- **Optimierung:** Stärkung und Nutzung vorhandener zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen
- **Kompensation:** Schaffung, Training und Nutzung neuer Handlungsmittel, um Einschränkungen und Verlusten entgegenzuwirken.

Hautzinger hat dieses Modell als theoretische Fundierung seines neuen Therapiemanuals herangezogen (Hautzinger 2000; Baltes 1992; Baltes und Carsten 1996).

Das **Kohorten-Kontext-Reife-Herausforderungs-Modell (KKRH)** von Knight (1996) wurde entwickelt für die Beantwortung der Frage, ob und wie sich die Psychotherapie an die Arbeit mit älteren Patienten anpassen muss. Es baut Konzepte und Befunde der Lebensspannenpsychologie und der Gerontologie auf und ist von seiner Intention her transtheoretisch, d.h. es enthält Implikationen für unterschiedliche Theorien und Schulen der Psychotherapie. Es werden die Kohorteneffekte, Kontexte, Elemente der Reife, spezifische Herausforderungen in Bezug auf den Patienten betrachtet (Knight et al. 2002).

Von der Grundannahme, dass die psychologische Behandlung älterer Menschen jeweils zwei Perspektiven zugleich berücksichtigen sollte, die altersbezogene und die störungsspezifische Perspektive, geht das **Rahmenmodell** aus (Maercker 2002). Es zieht in seine Betrachtungen in Bezug auf den Patienten **erschwerende** Faktoren ein: Multimorbidität, interpersonelle Verluste, Fähigkeitseinschränkungen, eingeschränkte Lebenszeit und **erleichternde** Faktoren: Kumulierte Bewältigungs- und Lebenserfahrung (Reife), motivationale und emotionale Veränderungen, angepasste Wohlbefindensregulation.

2.2 Hintergrund der Gruppenpsychotherapie

Als Einstimmung in die Arbeit werden zwei emotionale Empfindungen über das „Erlebnis“ Gruppe zitiert.

„Die Leitung einer Gruppe ist ein faszinierendes Erlebnis. Sie ist eine Quelle unendlicher Information und Anregung und gleichzeitig ein Werkzeug von großer Wirksamkeit und weitem Anwendungsbereich. Man bedarf keiner großen Vorstellungsgabe, um sich ihre Reichweite, die insbesondere in ihrer großen Flexibilität begründet ist, vorzustellen. Man kann mit Sicherheit voraussagen, dass sie wohl eine der unentbehrlichen Einrichtungen der zukünftigen Psychotherapie werden wird (S.H. Foulkes 1974).

„Die Gruppe ist die ideale Arena für die Gruppenmitglieder, ihr neu erlerntes Verhalten in einer sehr risikoarmen Umwelt auszuprobieren, welche schnell direktes und ehrliches Feedback bietet.“
(Yalom & Yalom 1990)

Da der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der **Gruppenpsychotherapie** liegt (in Abgrenzung zu der **Einzelpsychotherapie**), wird kurz aufgezeigt, wie eine „Gruppe“ von Menschen in der Literatur definiert wird. Zusätzlich werden ihre geschichtliche Entwicklung und die speziellen therapeutischen Wirkfaktoren, die durch die Gruppe entstehen, aufgeführt. Die speziellen Anpassungen an das Alter werden dann im Hauptteil im Detail schulenspezifisch erläutert.

Allgemeine epidemiologische Daten und geschichtliche Entwicklung der Gruppenpsychotherapie:

Die Gruppenpsychotherapie hat allgemein eine sehr große Verbreitung und Popularität erfahren. Es sind über 15.000 Artikel in Hunderten von unterschiedlichen Zeitungen publiziert worden. In den USA gibt es allein 8 Zeitschriften, die sich ausschließlich der Gruppenpsychotherapie widmen. Jede Woche verbringen Millionen von Menschen mit

den unterschiedlichsten Störungsbildern einen Teil ihrer Zeit in Gruppentherapien. Die am meisten durchgeführte Gruppentherapie ist die geschlossene, kurze, ambulant durchgeführte Gruppe mit Erwachsenen (Dies 1992). Die in der Zukunft mit älteren Personen am häufigsten durchgeführte Therapie wird in der Form einer kurzen, Ziel orientierten, strukturierten Intervention stattfinden. Es besteht der dringende Bedarf nach erhöhter Forschung mit Gruppenpsychotherapien bei Älteren, da in dieser Hinsicht ein starker Mangel existiert und das Wissen durch diese Forschungsergebnisse in diesem Bereich erheblich vergrößert werden kann (Teri & Logsdon 1992).

Ursprüngliche Entwicklung der Gruppenpsychotherapie

- 1905 organisierte der amerikanische Internist Joseph H. Pratt eine Gruppentherapie mit Tuberkulosepatienten. Er behandelte diese schwerkranken, mutlosen und von ihrer Umwelt ausgegrenzten Patienten wie eine Schulklasse, indem er ihnen Vorlesungen über die Diagnostik und Therapie der Tuberkulose hielt. Berichte von Patienten über Heilerfolge sollten den Neuankömmlingen Mut machen. Pratt wird oft als der Vater der modernen Gruppenpsychotherapie angesehen (Saiger 2001).
- Die Einführung der psychoanalytischen Methode in die Gruppenpsychotherapie geht auf den von C.G. Jung analysierten Amerikaner T. Burrow (1925) zurück. In den Gruppensitzungen ermunterte er seine Patienten, offen über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen. Gruppenmitglieder waren für ihn Beobachter und Beobachtete zugleich.

Die Entwicklung der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit in Europa wurde von drei verschiedenen theoretischen Ansätzen geprägt:

- 1910 erläuterte Jacob L. Moreno in Wien seine Technik des Psychodramas mit Methoden der Dramaturgie. Der Gruppenleiter fungierte als „Regisseur“, der den Patienten ermutigte, spontan Situationen aus seinem Leben durchzuspielen. Die anderen Gruppenteilnehmer waren das Publikum, das Kommentare abgeben und dem „Spieler“ helfen konnte, sein Problem zu lösen, indem es „Nebenrollen“ übernahm.

- Sigmund Freud schuf 1921 die theoretischen Grundlagen der psychoanalytischen Gruppentherapien durch die anthropologische Analyse von Gruppenprozessen in seiner Abhandlung „Massenpsychologie und Ich-Analyse“. Seiner Meinung nach waren Gruppenprogramme nur dann verständlich, wenn man die Rolle des Führers genau untersuchte. Freuds früherer Schüler Alfred Adler beschrieb die Beziehung der Gruppe zu ihrem Leiter als Widerspiegelung der Klassenbeziehung zwischen Proletariat und Bourgeoisie. Von daher war die Schaffung einer Atmosphäre sozialer Gleichheit in Gruppen sein wesentliches Ziel. Michael Balint entwickelte dann aus dem gruppenpsychoanalytischen Ansatz ein Weiterbildungs- und Supervisionsinstrument für angehende Psychotherapeuten, Ärzte und Angehörige anderer sozialer Berufe (Balint-Gruppen).
- Von größter theoretischer Wichtigkeit war der Einfluss des in die USA emigrierten deutschen Psychologen Kurt Lewin, der 1935 den Begriff der Gruppendynamik einführte. Gruppe und Individuum wirken aufeinander ein, beide zusammen ergeben ein Ganzes, eine Gestalt.
- Die große Zahl kriegsbedingter psychischer Erkrankungen nach dem Zweiten Weltkrieg ließ in England eine eigene Britische Schule der Gruppenpsychotherapie entstehen. Durch den 2. Weltkrieg hat die Gruppenpsychotherapie ihren größten Wachstumserfolg erfahren, da die wenigen Psychiater des Militärs in England und den USA quasi gezwungen waren, für die riesige Anzahl an psychiatrischen Patienten innerhalb der Armeekrankenhäuser Gruppenmethoden anzuwenden (Scheidlinger 1994). Von Wilfried Bion stammt das Konzept der Gruppe als Ganzheit (Gruppen-Ich), die von unbewussten Strukturen gebildet wird. Die Abhängigkeit vom Gruppenleiter ist in der Suche nach dem Führer begründet. Paarbildung kann aus dieser Abhängigkeit herausführen. Die Routine der Gruppenarbeit mündet schließlich in einem Protestverhalten, an dessen Ende das Verlassen der Gruppe oder ein Neuanfang stehen sollte. Die Bedeutung von Gefühlübertragungen in Gruppen wurde vor allem von dem Organisator der Gruppentherapiebewegung in Großbritannien, S.H. Foulkes (1965), herausgearbeitet. Für ihn ist die Gruppe ein Netzwerk aus zwischenmenschlichen Interaktionen, das die Krankheit der Patienten zutage fördert und behandelbar macht (Knauers Moderne Psychologie 1992).

Kurze Übersicht der **wichtigsten Namen** der „Pioniere“ der Gruppenpsychotherapie:

(1905-1930): Joseph Pratt, Cody Marsh, Edward Lazell, Alfred Adler Rudolf Dreikurs, Trigant Burrow, Jacob Moreno

(1930-1940): Louis Wender, Paul Schilder, S.R. Slavson, Alexander Wolf und sein Partner Emanuel Schwartz (Scheidlinger 1994).

Ursprünge der Gruppenpsychotherapie speziell bei älteren Personen :

Die erste Literatur, die sich spezifisch mit der Gruppenpsychotherapie mit Älteren in Amerika beschäftigte, ist ein Bericht von **A. Silver** im Jahr 1950, der in einem protestantischen Hospital in Montreal arbeitete. Seine Arbeit beruhte auf den Prinzipien von Joseph Pratt (siehe oben).

Ein weiterer wichtiger Name ist der von **Maurice Linden**, da er als Präsident der „American Group Psychotherapy Association“ (AGPA) von 1960-62 mehrere Pionierpapers über die Gruppenpsychotherapie im Alter schrieb. Zeitlich danach listete Alvin Goldfarb im Jahr 1972 14 „Psychodynamic processes which favor improvements in elderly persons“ (p.120f) auf.

1988 veröffentlichte die **AGPA** eine Monographie über die Gruppentherapie mit Älteren, als Teil einer Serie über Gruppenarbeit mit variierenden Bevölkerungsgruppen.

Irvin Yalom, der in Amerika bekannt ist, für seinen großen Einfluss auf das Training und die Ausübung der Gruppenpsychotherapie, besitzt eine Vorliebe für die Arbeit mit älteren Menschen. Man hatte die Hoffnung, dass er diese beiden Vorlieben vereinigen würde, als er der „Jossey-Bass Library of Current Clinical Technique“ als Hauptherausgeber diente. Dies geschah leider nicht. Im Jahre 1996 bringt er jedoch die Serie „Treating the elderly“ mit J.I. Sheikh als Mitautor heraus. Im selben Jahr wird das „American Psychiatric Press Textbook of Geriatric Psychiatry“ von **Busse & Blazer** veröffentlicht, welches zwar einen breiten Rahmen an Therapiemöglichkeiten vorstellt, aber die kognitiv-behavioralen Modelle klar favorisiert. Der Überblick von **Katz & Alexopoulos** im Jahr 1997 für die „American Association for Geriatric Psychiatry“ betont fast ausschließlich die kognitiv-behavioralen und supportiven Modelle. Scott Simon Fehrs veröffentlichte eklektische Essays „Group Therapy in Independent Practice“ standen für die momentan typische Literatur: Sie beinhalteten einen Essay, der über die Gruppenarbeit mit Alten berichtet „Bereavement Groups with the elderly“,

welcher ein supportives Gruppenmodell beschreibt (**Cohen 2000**). Das Buch „Group Therapy“ von Alonso & Swiller (1993) enthält ein Kapitel von **B. MacLennan** mit dem Titel „Group Psychotherapy for the elderly“. Sie schreibt 1999 noch ein eigenes Buch, welches besonders die supportiven Zugänge bei der Gruppenpsychotherapie betont: „A friendship group in a nursing home“.

Eine wichtige Ausnahme innerhalb des Trends sich, von der psychodynamischen Gruppentherapie zu distanzieren, bildet die Arbeit von **Molyn Leszcz**. Er ist mittlerweile ein Sprecher der interpersonellen Zugänge der Gruppenpsychotherapie geworden (1992; 1998) und hat auch Gruppentherapien mit medizinisch kranken Patienten entwickelt (Leszcz 1998; Leszcz und Goodwind 1998). Für die dynamische Gruppentherapie hat er sich deutlich ausgesprochen (1987; 1996; 1997). Seine Basisprinzipien der interpersonellen psychodynamischen Therapie werden unten aufgeführt (Saiger 2001).

Allgemein kann man sagen, dass die ersten Empfehlungen der Gruppenpsychotherapie bei Älteren ab dem Jahr 1950 erschienen. Die ersten Veröffentlichungen berichteten fast ausschließlich von Gruppen innerhalb von Pflegeheimen und erschienen hauptsächlich in Zeitschriften für Sozialarbeiter und Krankenschwestern. Aufgrund des starken Wachstums der älteren Bevölkerung in Amerika erschien ab 1960-1970 Literatur über Gruppeninterventionen Älterer, die alleine und nicht in einem Pflegeheim leben. Die Literatur war sehr breit gefächert: Einige Veröffentlichungen berichteten über die noch sehr gesunden Älteren, andere Veröffentlichungen beschrieben eher Gruppen mit Älteren in bestimmten Lebenskrisen, wie dem Witwendasein, Rente, etc. Wieder andere Texte berichteten über die älteren Menschen mit schweren emotionalen und körperlichen Beschwerden. Es wurde festgestellt, dass die etwas eingeschränkten Älteren gut auf Verhaltensinterventionen mit dem Ziel der Angst- und Schmerzreduktion und auf soziale Fähigkeitstrainings reagierten. Viele der Befürworter der psychodynamischen Psychotherapie bevorzugten die supportiven psychoedukativen, expressiven oder Freizeit-Gruppenformate. Mit Ausnahme der sehr stark eingeschränkten Älteren waren die meisten Gruppenleiter beeindruckt von der großen Bereitschaft der Älteren innerhalb von Gruppen mit zu machen und wenn es auch nur als quasi „Antidote“ zu ihrer Einsamkeit ist. Daneben wird auch über die sehr spezifischen Probleme der jungen Therapeuten viel berichtet (Scheidlinger 1994).

Einige **Autoren in Deutschland** die sich intensiver mit diesem Thema beschäftigten: das Buch „Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen, Grundlagen und Praxis“ von **P. Bäurle et al.** (2000) und das Buch „Gruppenpsychotherapie mit älteren Menschen“ von **H. Bechtler** (2000). Beide Bücher geben einen breiten Überblick über die Bandbreite an Therapiemöglichkeiten, die momentan bei älteren Menschen durchgeführt werden. Das Buch „Depression im Alter“ von **M. Hautzinger** (2000), beschreibt ein bestimmtes kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm mit depressiven, älteren Menschen. Das Buch mit dem Titel „Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie“ von **G. Heuft et al.** (2000) beschäftigt sich ebenfalls in einem Kapitel mit dem speziellen Thema.

2.3 Hauptprinzipien und Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie bei Älteren

Leszcz legte 5 Hauptprinzipien, die auch von vielen Autoren in ihren Publikationen so übernommen werden, innerhalb der Gruppenpsychotherapie fest:

- (1.) Gruppenkohäsion
- (2.) Gruppe muss eine korrigierende emotionale Erfahrung liefern
- (3.) Gruppe muss als Mikrokosmos operieren
- (4.) Die essentielle Rolle des Feedbacks im interpersonellem Lernen
- (5.) Das überragende Prinzip des im Hier und Jetzt arbeiten.

(Leszcz 1996/7)

Yalom entwickelte eine Liste mit „**Wirkfaktoren**“, die den Gebrauch der Gruppenpsychotherapie bei Älteren reflektieren: Das Wiederherstellen des Potentials für ein gesünderes, mehr akzeptiertes und angenehmes Funktionieren. Diese kurativen Faktoren werden sehr häufig in den verschiedensten Publikationen zitiert:

- (1.) das Aufbauen von Hoffnung*
- (2.) Universalität
- (3.) die Gabe von Informationen*
- (4.) Altruismus
- (5.) das korrekte Wiederholen und Zusammenfassen der ursprünglichen Familiengruppe
- (6.) Entwickeln von sozialisierenden Techniken*

- (7.) Nachahmen von Verhalten
 - (8.) Interpersonelles Lernen
 - (9.) Gruppenkohäsion
 - (10.) Emotionale Katharsis*
 - (11.) Existentielle Faktoren*
- (Yalom 1975)

Die mit dem Stern* gekennzeichneten Faktoren werden von **Moberg & Lazarus** als besonders wichtig bei der Durchführung von Gruppenpsychotherapie bei Älteren gekennzeichnet. Sie geben an, dass sie speziell Probleme ansprechen, die besonders im Alter vorliegen, wie z. B. das Gefühl der Einsamkeit, das Überbetonen ihrer Schwächen und Minimieren ihrer Stärken, niedriges Selbstbewusstsein, das Gefühl von Versagen und Schuld, die vielen Verluste im Leben des älteren Menschen. Sie betonen, dass aufgrund dieser besonderen Probleme, die Gruppenpsychotherapie im Alter am effektivsten ist, wenn sie:

- akzeptabel und nicht stigmatisierend ist
- strukturiert
- zeitlimitiert
- zielorientiert
- auch von Paraprofessionellen ausgeführt werden kann
- demonstriert effektiv ist.

(Moberg & Lawrence 1990)

In fast allen Publikationen wird als ein besonderer Vorteil der Gruppenpsychotherapie noch die Zeit-, gerade auch ein großer Vorteil bei der Behandlung Älterer, und die Kosteneffizienz betont (Helfmann 1994).

3 Zielsetzungen und Fragestellung der Arbeit

3.1 Zielsetzungen

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Untersuchung, wie viel, und vor allem in welcher Form über Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen in den letzten 15 Jahre innerhalb der deutschen und anglo-amerikanischen Literatur berichtet wurde. Auf der einen Seite wurde ausgewertet, welche Möglichkeiten der Gruppenpsychotherapie es überhaupt für ältere Menschen gibt. Auf der anderen Seite wurde aber auch insbesondere untersucht, ob sich in diesem festgelegten Zeitraum für bestimmte Verhaltensstörungen oder Leidenszustände auch spezifische, besonders erfolgreiche oder auch nur auffallend häufig angewandte Gruppenpsychotherapieverfahren innerhalb der Literatur heraus kristallisiert haben.

3.2 Fragestellung

Die gefundene deutsch- und englischsprachige Literatur wurde im Sinne der oben genannten Zielsetzung unter den **folgenden spezifizierten Fragestellungen** untersucht:

- In welche Psychotherapieschulen kann die Gruppenpsychotherapie Älterer gegliedert werden bzw. in wie fern und wie häufig ist sie nicht einem schulenspezifischen Ansatz zuordbar?
- Haben die einzelnen Psychotherapieschulen, in denen Gruppenpsychotherapie durchgeführt wird, ihre jeweiligen hinter sich stehenden spezifischen Theorien und Konzepte, die sich bisher nur auf die Psychotherapie im Sinne einer Einzeltherapie bezogen, für die Gruppenpsychotherapie speziell verändert, ergänzt oder neue definiert?
- Gibt es bei den Theorien und Techniken, auf die sich die jeweiligen Gruppenpsychotherapieformen beziehen, Modifikationen bzw. Abweichungen bei der speziellen Arbeit mit Älteren? Wenn ja, welche Veränderungen sind es und mit welchem Zweck wurden sie entwickelt und jetzt eingesetzt?
- Haben die jeweiligen unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen, innerhalb derer die Gruppenpsychotherapie statt findet, bzw. die

Gruppenpsychotherapie an sich eigene Konzeptualisierungen von Alter und Altern?

- Welche Faktoren haben Einfluss auf die Gruppendynamik und den Gruppenprozess innerhalb der Gruppenpsychotherapie?
- Bei welchen diagnostischen Entitäten wurde eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung angewandt? Welche besonderen Aspekte sind gegebenenfalls bei der Diagnosestellung zu beachten?
- Welche bestimmte Ziele haben die jeweiligen Gruppenpsychotherapieformen?
- Welche spezifischen Kenntnisse und Aufgaben muss der jeweilige Therapeut besitzen, der eine Gruppenpsychotherapie bei Älteren durchführt? In welcher Art und Weise unterscheiden sich Therapeuten innerhalb dieser beider Punkte je nach Gruppenpsychotherapieansatz?
- Welche Angaben findet man in der Literatur über die Dauer und das Setting der Gruppenpsychotherapie im Alter?
- Gibt es die optimale Größe an Gruppenmitgliedern, um den maximalen Erfolg der Gruppenpsychotherapie zu erreichen? Wenn ja, welchen Wert beträgt sie?
- Wie fallen die Therapieergebnisse (Outcome) aus?
- Welche psychotherapeutischen Maßnahmen sind mit Rücksicht auf Fähigkeiten und Erkrankungen der Patienten indiziert?
- Siehe Punkt 5.-12.: Wo liegen bei diesen Fragestellungen die Hauptunterschiede/Abgrenzungen zwischen Gruppen- und Einzelpsychotherapie?
- Welche Therapiearten können nur innerhalb eines Gruppensettings durchgeführt werden? Welche Gruppenpsychotherapieformen werden hauptsächlich nur bei älteren Menschen durchgeführt?

3.3 Auswertung der klinischen Studien

3.3.1 Allgemeine Fragestellungen

- a) Wie häufig werden klinische Studien im Rahmen der Gruppenpsychotherapie bei Älteren durchgeführt?

- b) Wie sieht die Qualität der Studien aus? Welche Art von Studiendesign wird häufig verwendet?

3.3.2 Spezielle Fragestellungen

- a) Ist Gruppenpsychotherapie im Alter im Vergleich zu Kontrollgruppen prinzipiell erfolgreich?
- b) Sind Unterschiede in den verschiedenen Gruppenpsychotherapieformen hinsichtlich des Erfolges fest zu stellen?
- c) Ist die Gruppenpsychotherapie im Alter in dem gleichen Maß wie die Einzelpsychotherapie erfolgreich?
- d) Unterscheidet sich der Therapieerfolg von Patienten im höheren Lebensalter quantitativ von dem Therapieerfolg im mittleren Lebensalter?

4 Methoden

Innerhalb dieser Meta-Analyse wurde die deutsche und anglo-amerikanische Literatur der letzten 15 Jahre (von 1990-2004) nach Publikationen zu dem Thema „Gruppenpsychotherapie im Alter“ durchsucht.

Die Publikationen aus denen ersichtlich wurde, dass sie diesen Themenbereich umfassen, wurden dann unter bestimmten Fragestellungen und Zielsetzungen bearbeitet und ausgewertet (siehe Kapitel: Fragestellungen und Zielsetzungen).

4.1 Datenbanken

Die Literaturrecherche wurde unter der Verwendung der folgenden Datenbanken durchgeführt:

- (1.) Pub Med
- (2.) Psynindex
- (3.) PsycINFO
- (4.) Cochrane Library
- (5.) Web of Science
- (6.) Carelit

4.1.1 Vorgehen innerhalb der Datenbanken 2-6

Das Vorgehen innerhalb der Datenbanken 2-6 unterschied sich nicht in der Methodik. Als erster Schritt wurde jeweils das Suchwort „**Gruppenpsychotherapie**“ verwendet, kombiniert dann mit einem der folgenden Suchwörter, um den Begriff „**Alter**“ abzudecken. Je nach Datenbank wurden englische oder deutsche Angaben verwendet: Dementsprechend innerhalb der Datenbank „Carelit“ und „Psynindex“ :

- Alter
- Älteren
- Altern
- Ältere Menschen
- Alte

Innerhalb der Datenbanken „Cochrane Library“, „Web of Science“, „PsycINFO“ :

- old age

- elderly
- aging
- older people
- elder

Die Kombination der beiden unterschiedlichen Begriffe wurde durch das Wort „und“ hergestellt und so die Schnittmenge der unter diesen Suchwörtern jeweils gefundenen Veröffentlichungen hergestellt.

Ein Beispiel:

Innerhalb der Suchwortangabe in einer der 5 Datenbanken stand daraufhin:

„Gruppenpsychotherapie und Alter“.

Die folgende Abbildung soll ebenfalls diese Vorgehensweise verdeutlichen.

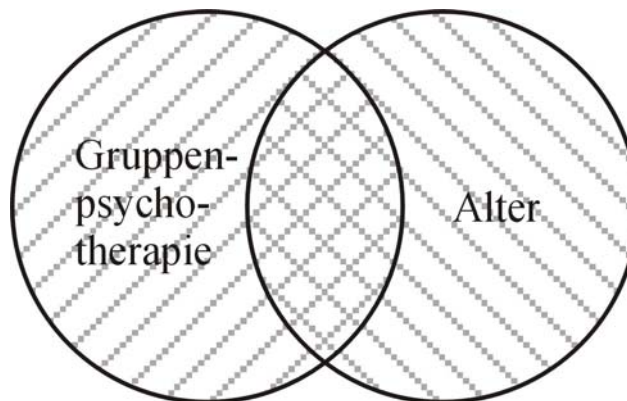


Abbildung 1

4.1.2 Vorgehen innerhalb der Datenbank 1

Das Vorgehen innerhalb der Datenbank „Pub Med“ unterschied sich insofern, dass nicht eine Kombination zweier Suchbegriffe hergestellt wurde, sondern der einzelne Begriff der „**Gruppenpsychotherapie**“ eingegeben wurde und als zweiter Schritt daraufhin bestimmte Einschränkungen als Suchvoraussetzungen hergestellt wurden.

Diese bestanden aus den folgenden zwei Angaben:

- Veröffentlichungen nur im Zeitraum von 1990-2004
- Altergrenze: Personen ab dem 65. Lebensjahr

4.1.3 Weiteres Vorgehen mit den aus den Datenbanken erhaltenen Literaturangaben

Auswertung der Referenzen

Soweit die als passend beurteilte Literatur verfügbar war, wurden jeweils die Referenzen der Texte nach möglichen, noch weiter diesen Themenbereich abdeckenden Publikationen durchgesehen. Falls dann aufgrund der Titel bereits ersichtlich wurde, dass der Themenbereich dieser Arbeit in der jeweiligen Veröffentlichung abgehandelt wird, wurde versucht, auch diese weitere Literatur zu beschaffen.

Eingrenzung der erhaltenen Literaturangaben

Um die erhaltenen Zusammenfassungen und Titel (Literaturangaben innerhalb der Referenzen) der erhaltenen Literaturangaben adäquat danach untersuchen zu können, ob sie das Thema „Gruppenpsychotherapie im Alter“ im Sinne dieser Meta-Analyse wirklich abhandeln, wurden für die folgenden Begriffe Definitionen festgelegt, um eine einheitliche und in sich stimmige Auswertung der Literatur erfolgen lassen zu können.

- (1.) Ab wann handelt es sich um eine **Gruppenpsychotherapie**, die im weiteren beschrieben wird, in Abgrenzung zu einer Einzelpsychotherapie?
- (2.) Welche **Altersgrenze** wird bestimmt?
- (3.) Welche Definition von **Psychotherapie** allgemein wird verwendet?

4.2 Definitionen

4.2.1 Gruppenpsychotherapie wurde definiert als eine Form der Psychotherapie, in der mehr als ein Patient mit dem Therapeuten in einer Beziehung steht. Es wird keine Eins-zu-eins Beziehung zwischen Patient und Therapeut aufgebaut, sondern die Therapie findet innerhalb einer Gruppe statt.

4.2.2 Die Altersgrenze wurde ab dem 65. Lebensjahr festgesetzt

4.2.3 Es wurde die von H. Strotzka 1978 formulierte und auch im Psychotherapiegutachten 1991 verwendete Definition benutzt:

- Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,

- die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- mit psychologischen Mitteln meist verbalen, aber auch nonverbal,
- in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit),
- mittels lehrbarer Techniken,
- auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

Während der Auswertung der Literaturangaben (Zusammenfassungen) traten häufig Schwierigkeiten dabei auf festzustellen, ob sie die oben aufgeführten Definitionskriterien erfüllen. In diesen Fällen wurde im Zweifel immer der Text zur weiteren Beurteilung versucht zu beschaffen und nach der Bearbeitung erneut die Erfüllbarkeit der Kriterien überprüft. Als zweiter Schritt wurden zusätzlich noch die folgenden Eingrenzungen festgelegt:

Ergänzungen zu den einzelnen Definitionen

Zu 4.2.1 Wenn nicht deutlich war, ob es sich um eine Einzel- oder Gruppenpsychotherapie handelt, wurde die Therapie nur bei den Ergebnissen der einzelnen Kapitel und innerhalb der Studententabellen jeweils gesondert aufgeführt.

Zu 4.2.2 Publikationen in denen nicht klar ersichtlich wurde, ob es sich um Klienten ab dem 65. Lebensjahr handelt, entfielen.

Zu 4.2.3 Es wurden keine Publikationen berücksichtigt,

- in denen nicht klar hervor ging, unter welcher Verhaltensstörung oder welchem Leidenszustand der Patient litt,
- wenn keine bestimmten Störungen oder Krankheiten innerhalb der Therapie behoben werden sollten, (zum Beispiel wenn nicht die Behandlung, sondern die Selbsterfahrung Ziel der Therapie war, üblicherweise in Selbsterfahrungsgruppen, die der persönlichen Weiterentwicklung dienen, Supervision, Trainings- oder Couchinggruppen, allgemeiner Lebensberatung, seelsorgischer Beratung etc.).
- innerhalb derer kein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel innerhalb der Therapie sichtbar wird,

- bei denen nicht sichtbar wird, ob eine in einem Konsens erzielte Vereinbarung zu einer Psychotherapie vorliegt (z.B. Beratungsgespräche mit Seelsorgern, Lehrern, Sozialarbeitern, Chefs, Mitarbeitern).
- Die Therapieformen „Reality Orientation“ und „Validation Therapy“ werden von manchen Autoren als Psychotherapieformen definiert, andere Autoren dagegen verneinen diese Zuordnung. In dieser Meta-Analyse wurde den Autoren ersterer Gruppe zugestimmt und dementsprechend Publikationen über diese beiden Therapieansätze in die Auswertung mit einbezogen.
- Es wurden auch Publikationen über Therapien miteinbezogen, bei denen nicht ein ausgebildeter Psychotherapeut im engen Sinn die Therapie durchführte, sondern auch eine Krankenschwester/-Pfleger oder ein(e) Sozialarbeiter(in), der/die durch eine spezielle theoretische Schulung/Ausbildung dazu befähigt waren.
- Außerhalb der zwei speziell gekennzeichneten und beschriebenen Exkurs-Kapitel wurden keine Veröffentlichungen verwendet, in denen die Patienten nicht innerhalb einer direkten therapeutischen Beziehung behandelt wurden, sondern indirekt über Angehörigen oder Personalgruppen.
- Publikationen, in denen „therapeutische Mitteilungen“ ausschließlich in der Form von Rundbriefen, Audio- oder Videokassetten etc. verbreitet wurden, wenn also keine persönliche Interaktion zwischen dem Patienten und dem Psychotherapeuten vorlag, wurden nicht innerhalb der Studienübersicht aufgeführt.

Allgemein wurden Publikationen weggelassen, in denen nur in einem Satz oder Absatz von Gruppenpsychotherapie die Rede war und deren Hauptgegenstand ein anderes Thema war.

Die Therapien, welche **mit nonverbalen, psychologischen Mitteln** arbeiten, wie die Kunst-, Tanz-, Bewegungs- und Musiktherapie, um Verhaltensstörungen und Leidenszustände der älteren Personen zu beeinflussen, werden unter dem Kapitel: 5.3 Gruppenpsychotherapien mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz aufgeführt.

4.3 Exkurs

Eine auffallend hohe Anzahl der in der letzten Zeit veröffentlichten Publikationen beschreibt verschiedenste Therapieansätze für an Demenz leidende Ältere und Therapieangebote für deren ältere pflegende Bezugspersonen. Um dem momentanen Trend und dem dementsprechenden Forschungs- und Erfahrungsstand innerhalb der veröffentlichten Literatur Rechnung zu tragen, werden in dieser Arbeit repräsentativ für die Vielzahl der erschienenen Publikationen einige, diese beiden Therapierichtungen beschreibenden Veröffentlichungen in einem Exkurs wiedergegeben.

Zwei Therapierichtungen werden innerhalb des Exkurses aufgezeigt:

1. **Therapieansätze** mit dem Ziel, den an **Demenz** erkrankten älteren Menschen mit ihren vielen, unterschiedlichen (Verhaltens-)Problemen Hoffnung und Hilfe zu geben.
2. Therapieangebote für die (meistens auch schon über 60jährigen) pflegenden **Angehörigen von körperlich und geistig kranken alten Menschen.**

4.4 Beschaffung der Literatur

Zur Beschaffung der Literatur wurde neben der großen Universitäts- und Landesbibliothek Münster auch die Bibliotheken der Fachbereiche Medizin, Psychologie, Sportwissenschaften, Fachhochschule, Erziehungswissenschaft, Musikwissenschaft, des Instituts für Medizinische Psychologie und der Kliniken der Allgemeinen Psychiatrie und Jugendpsychiatrie der Universität Münster, benutzt. Daneben wurde auch ausgiebig von dem Fernleihesystem der deutschen Universitätsbibliotheken Gebrauch gemacht. Publikationen, die über das Fernleihesystem nicht zu beschaffen waren, konnten nicht berücksichtigt werden.

Internationale Bücher und Dissertationen konnten aufgrund des hohen finanziellen Kostenaufwandes und der fast immer erfolglosen Versuche ihrer Beschaffung ebenfalls nicht berücksichtigt werden.

5 Ergebnisse

Vorgehensweise in der Bearbeitung und Gliederung der einzelnen Kapitel und Überblick über die Literaturverteilung des Ergebnisteiles

Vorgehensweise in der Bearbeitung und Gliederung der einzelnen Kapitel

Es wurde versucht, die Auswertung der Ergebnisse strukturiert zu gestalten. Dementsprechend wurde eine inhaltliche Gliederung innerhalb jedes **Unterkapitels** durchgehalten. Jedes Unterkapitel beschreibt einen in dieser Arbeit untersuchten Therapieansatz. In den seltenen Fällen, dass unter einem vorgesehenem Abschnitt innerhalb eines Kapitels kein passendes Material aus den Veröffentlichungen zu entnehmen war, wurde der inhaltliche Gliederungspunkt nicht aufgeführt.

Formale Gliederung:

- 5.1 Kognitiv- und behaviorale Therapien
- 5.2 Tiefenpsychologische, interpersonelle und psychoanalytisch-psychodynamische Therapieansätze
- 5.3 Gruppenpsychotherapien mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz
- 5.4 Life-Review und Reminiscence-Therapie
- 5.5 Validation-Therapie und Realitäts-Orientierungs-Training
- 5.6 Verschiedene Therapieansätze

Aus Gründen, die in der Einführung ausführlich erklärt wurden, werden die folgenden beiden Kapitel gesondert innerhalb eines „Exkurses“ aufgeführt, die inhaltliche Gliederung bleibt allerdings in der Art wie sie im Kapitel 5 angewendet wurde bestehen.

- 6 Exkurs
- 6.1 Verschiedenste Therapieansätze bei dementen Patienten

6.2 Therapieansätze bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen

Inhaltliche Gliederung:

- Literaturüberblick
- Konzepte
- Gegenüberstellung und Abgrenzung der unterschiedlichen Therapiekonzepte (nur in den Kapiteln 5.2, 5.4, 5.5)
- Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten
- Zusammensetzung der Gruppe unter den Aspekten: Alter, Gruppengröße, Geschlecht, Diagnosen und Indikatoren
- Auswahlkriterien
- Technische Aspekte
- Verlauf und Inhalt der Therapie
- Zeitrahmen und Setting
- Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen
- Wirkfaktoren und Ergebnisse
- Besondere Vorteile der untersuchten Gruppenpsychotherapien im Vergleich zur Einzelpsychotherapie
- Unterschiede bei der Durchführung und den Ergebnissen der untersuchten Gruppenpsychotherapien im Vergleich von älteren zu jüngeren Teilnehmern
- Zusammenfassung

Ausnahmen und Vorgehensweise bei der Beschreibung der Ergebnisse

Zur besseren inhaltlichen Übersicht wurden in den einzelnen Kapiteln die **wichtigsten Ergebnisse** innerhalb der jeweiligen Zusammenfassung, die wichtigsten **inhaltlichen Bestandteile der Arbeit**, die **nicht** am Ende des Kapitels **noch einmal zusammengefasst** werden und die **Autoren** innerhalb des Ergebnisteiles **fett gedruckt**.

Die **Ergebnisse der Studien** über die jeweiligen Therapien werden innerhalb des jeweiligen Kapitels kurz dargestellt. Die Studienbedingungen und Hintergründe werden aber nicht näher beschrieben, da diese ausführlich und übersichtlich einerseits in den

Tabellen am Ende der Arbeit aufgeführt werden und andererseits ein genereller, alle Studien umfassender Überblick innerhalb des Kapitels 6 „Studienergebnisse“ gegeben wird. Auch die Meta-Analysen werden insgesamt am Ende der Arbeit noch einmal aufgeführt. Sie werden aber nur überblicksartig mit ihren Kernergebnissen dort wiedergegeben, da eine explizitere Wiedergabe der Ergebnisse und Hintergründe der gesamten untersuchten Studien den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Die Autoren, die mit einem * **gekennzeichnet** sind beschreiben Therapien, die mit alten Leuten zwar arbeiten, aber **nicht altersspezifische Konzepte** als Hintergrund haben. Das heißt, es partizipieren gleichzeitig häufig auch jüngere Mitglieder innerhalb der Gruppe. Diese mit einem Stern gekennzeichneten Autoren werden nur unter dem Abschnitt der Diagnoseangaben kurz zitiert, um den breiten Anwendungsbereich der Therapien zu beleuchten. In der großen Mehrzahl wird auf die Veröffentlichungen nicht weiter eingegangen. In einigen wenigen Ausnahmen, wenn es als wichtig erachtet wurde, diese speziellen Autoren doch noch einmal zu zitieren, wurden sie weiterhin auch in den anderen Abschnitten des Kapitels mit einem * gekennzeichnet.

Bei Durchsicht der Literatur nach kognitiv-behavioralen Gruppentherapien konnte leider in mehreren Fällen durch das alleinige Lesen der Zusammenfassung und evtl. auch noch nach Durchsicht der gesamten Veröffentlichung nicht klar ersichtlich werden, ob eine Gruppen- oder Einzeltherapie beschrieben wurde. Die wenigen dadurch mit ausgewerteten Ergebnisse einer **Einzeltherapie werden kurz innerhalb des Ergebnisteiles des jeweiligen Kapitels aufgeführt.**

Die Therapien bei denen generell nicht klar ersichtlich wurde, ob sie innerhalb eines Einzel- oder Gruppenformates geleitet wurden, werden ebenfalls nur innerhalb des Ergebnisteiles des jeweiligen Kapitels aufgeführt. In einigen sehr seltenen Ausnahmen werden diese Therapien mit der speziellen Erwähnung, dass nicht klar ersichtlich ist, welches Therapieformat sie beschreiben, auch innerhalb anderer Unterkapitel kurz genannt.

Zur besseren Beleuchtung und Herausarbeitung der besonderen Kennzeichen einer speziellen Therapie wurde teilweise innerhalb des Abschnittes „Konzepte“ das Verfahren angewendet, die jeweilige Therapie **gegenüber einer sehr nah verwandten Therapie aufzuführen**, um durch die gegenseitige Abgrenzung und Vergleiche ihre spezifischen Charakteristika zu beleuchten. Dieses Verfahren wurde im Kapitel 5.2 zur Abgrenzung der tiefenpsychologischen Therapie von der psychodynamischen und interpersonellen Therapie, im Kapitel 5.4 zur Abgrenzung der Life-Review-Therapie von der Reminiscence-Therapie und im Kapitel 5.5 zur Abgrenzung der Validation-Therapie von dem Realitäts-Orientierungs-Training angewendet.

Innerhalb des Kapitels 5.2 werden als Ausnahme nicht nur allgemeine Konzepte zu den Therapieansätzen sondern auch verschiedene, auf bestimmte tiefenpsychologische, psychoanalytisch-psychodynamische und interpersonelle Therapieansätze bezogene Konzepte aufgeführt, da verschiedene Therapieansätze, die zwar der gleichen Therapieschule angehören, trotzdem oft auf sehr unterschiedlichen Konzepten basierten. Es wurden keine theoretischen Konzepte von den einzelnen Therapieschulen der jeweiligen Therapieansätze mehrmals genannt. Das heißt, dass z.B. die Konzepte der „behavioralen Therapien“, die unter dem Kapitel „Therapieansätze bei Bezugspersonen von dementen Patienten“ aufgeführt wurden, nicht noch einmal extra erläutert werden, da dies schon im Kapitel „Kognitiv- und behaviorale Therapien“ innerhalb dieser Arbeit durchgeführt wurde.

Innerhalb dieser Arbeit werden einige englische Fachtermini übernommen, bei denen keine eins-zu-eins Übersetzung ins deutsche möglich war. Dazu gehören z.B.: die „Reminiscence-Therapie“, die „Life-Review-Therapie“, die „bibliotherapy“, die „telephone group“ oder die „Resocialisation Group“, „Social Skill Training“, „Problem Solving Therapy“, „Self-Management Therapy“, „Classroom Mind/Body Wellness Intervention“, „Pain Management Therapy“ usw.

Bei der Literaturlauswertung muss beachtet werden, dass viele Veröffentlichungen über mehrere Therapieansätze nebeneinander bzw. gleichzeitig berichten. In diesen Fällen werden diese Veröffentlichungen in mehreren Kapiteln dieser Arbeit innerhalb der Auffächerung der Literaturverteilung und der jeweiligen Literaturangabe aufgeführt.

Einige Veröffentlichungen, die nicht über ein spezielles Gruppentherapieformat berichten, wurden häufiger ebenfalls in die einzelnen Kapitel miteinbezogen, da sie den nötigen Hintergrund eines Kapitels beleuchteten. Diese Veröffentlichungen werden speziell innerhalb der Beschreibung der Literaturverteilung gekennzeichnet.

Überblick über die Literaturverteilung des Ergebnisteiles der Arbeit

Innerhalb des Ergebnisteiles der Arbeit wurden insgesamt 149 mal Übersichtsartikel, 99 mal Studien, 89 mal Kasuistiken und 18 mal Meta-Analysen zitiert. Die folgende Abbildung soll dies veranschaulichen:

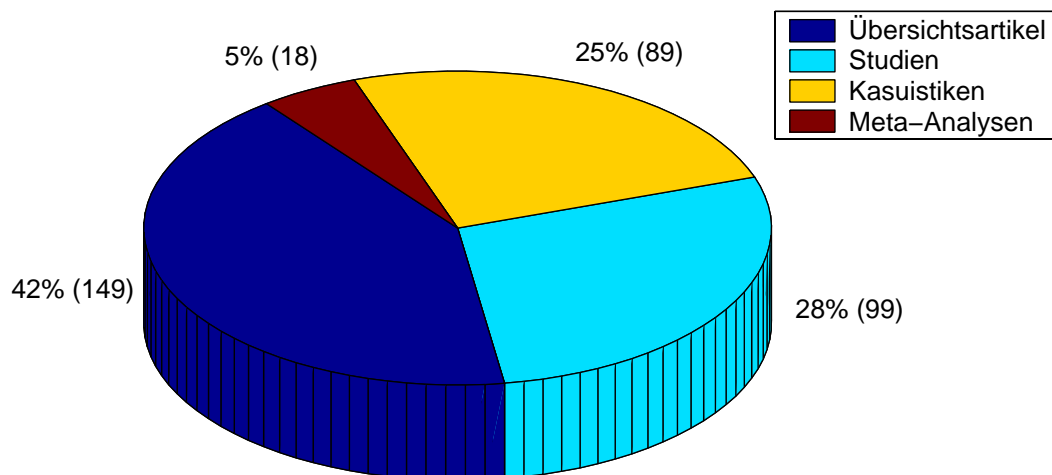


Abbildung 2: Die verschiedenen Publikationsarten im Ergebnisteil (n=355)

Innerhalb der einzelnen therapiespezifischen Kapitel wird diese Literaturübersicht noch einmal differenziert. An dieser Stelle soll nur ein Überblick über die Verteilung der Literatur in den einzelnen Kapiteln aufgeführt werden:

Kapitel	Therapieform	Übersichts- artikel	Studien	Kasuistiken	Meta- Analysen
5.1	Kognitiv-behaviorale Therapien	34	43	3	3
5.2	Tiefenpsychologische Therapien, Psychodynamische Therapien, Interpersonelle Therapien	18	3	20	3
5.3	Gruppenpsychotherapien mit sozio-kommunikativen bzw. humanistischen Ansätzen	47	5	30	2
5.4	Life-Review-Therapien	9	5	4	2
5.4	Reminiscence-Therapien	9	11	9	3
5.5	Validation-Therapie	4	4	1	1
5.5	Realitäts-Orientierungs-Training	5	6	0	2
5.6	Verschiedene Therapieansätze	2	5	8	0
6.1	Verschiedenste Therapieansätze bei dementen Patienten	15	8	9	0
6.2	Therapieansätze bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen	6	9	5	2

5.1 Kognitive- und behaviorale Therapien

5.1.1 Literaturüberblick

Innerhalb dieses Kapitels wird die Literatur näher untersucht, die sich mit der kognitiven oder behavioralen Therapie in der Anwendung mit älteren Menschen beschäftigt. Bei Durchsicht der Literatur wurde sichtbar, dass viele Autoren (Hautzinger 2000; Areal 1993; Abraham et al. 1991; Schonfeld et al. 2000; Brawley et al. 2000; Corgiat & Gill *1991/2; Klausner & Alexopoulos 1999; Hercek & Bahro 2000; Leszcz 1997; Rejeski et al. 2003; Koder 1998; Carmin et al. 1998; Cook 1998; Floyd & Scogin 1998; Grant & Casey 1995; Leung & Orrell 1993; Kaas et al. 1999; Morin et al. *1993) innerhalb ihrer jeweiligen Veröffentlichung die beiden Therapieansätze der kognitiven und behavioralen Therapie nicht trennen und von der „kognitiv-behavioralen“ Therapie berichten. In diesen speziellen Fällen wird auch innerhalb dieses Kapitels von der „**kognitiv-behavioralen**“ Therapie gesprochen. Weiterhin werden die „**Problem Solving Therapy**“ und das „**Social Skill Training**“, die „**Classroom Mind/Body Wellness Intervention**“, die „**Self-Management Therapy**“ und die „**Pain Management Therapy**“ eingeschlossen.

Insgesamt sind in den letzten 15 Jahren sehr viele Veröffentlichungen zu dem Thema erschienen. Auffallend **hoch** ist dabei die **Anzahl der veröffentlichten Studien (43)**, wobei zu beachten ist, dass 8 der 43 Studien nicht ausschließlich mit älteren Menschen durchgeführt worden sind. Diese 8 Studien werden spezifisch gekennzeichnet innerhalb dieses Kapitels aufgeführt. Aufgrund der Problematik, dass nach Durchsicht der Zusammenfassungen des jeweiligen Textes nicht direkt geklärt werden konnte, ob das Therapieformat ein Einzel- oder Gruppenformat beinhaltet, werden auch 10 Studien, die eine Einzeltherapie beschreiben, innerhalb dieses Kapitels, ebenfalls speziell gekennzeichnet, kurz unter dem Inhaltspunkt 5.12 aufgeführt.

Drei der insgesamt 43 Studien untersuchen nicht spezifisch die Effektivität einer Gruppentherapie, sondern umfassen generelle Umfragen und epidemiologische

* nicht altersspezifische Therapien

Untersuchungen in Bezug auf die Anwendung der kognitiv und behavioralen Therapien bei älteren Menschen. Mit weitem Abstand untersuchen **die meisten Studien (22) die kognitiv-behaviorale Therapien**. Danach folgen mit abnehmender Häufigkeit die veröffentlichten Studien über die Verhaltenstherapie (7) und die kognitive Therapie (3). Insgesamt werden drei Studien zu der Selbst-Management Therapie und dem „Social skill Training“ dargestellt. Zu dem Rest der geschilderten Therapien liegt jeweils nur eine Studie vor. Genauso liegen auch die **meisten Übersichtsartikel zu der kognitiv-behavioralen Therapie (19) vor**. Acht Übersichtsartikel über die Verhaltenstherapie und 5 Übersichtsarbeiten zur kognitiven Therapie werden dargestellt. Insgesamt liegen **34 Übersichtsartikel** vor, von denen aber 8 sich nicht speziell nur auf das Gruppenformat der Therapie beziehen. Es fällt auf, dass im Vergleich zu den verschiedenen anderen Therapieansätzen, die innerhalb der anderen Kapitel beschrieben werden, signifikant **wenig reine Fallberichte (3) vorliegen**. Jede der **drei hier wiedergegebenen Meta-Analysen** untersuchte jeweils parallel Einzel- und Gruppentherapien.

Die folgende Abbildung soll die Publikationsarten dieses Kapitels noch einmal verdeutlichen:

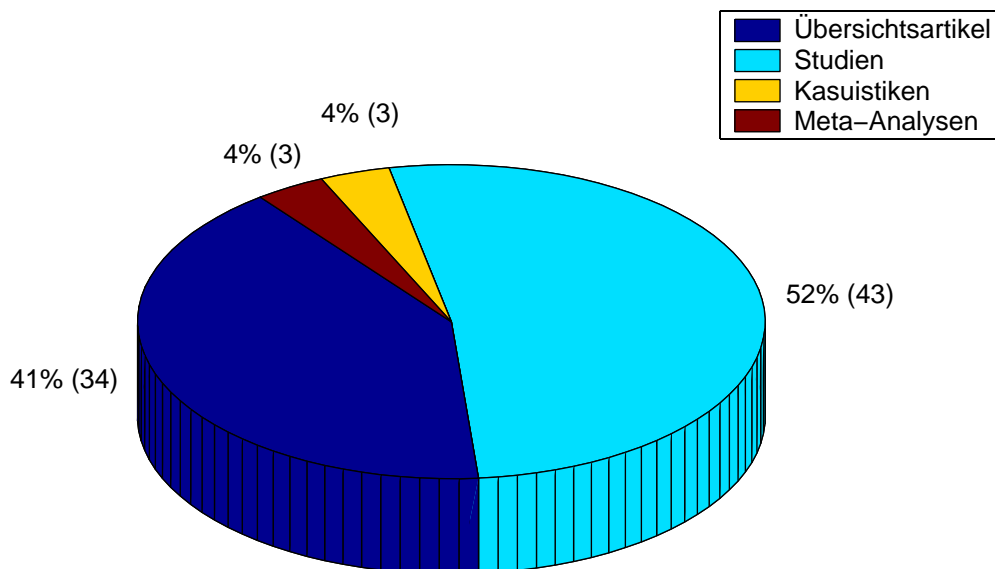


Abbildung 3: Publikationsarten zu den kognitiv-behavioralen Therapien (n=83)

5.1.2 Konzepte

Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie wird angenommen, nicht-angepasstes, „neurotisches“ Verhalten sei der Versuch, Angstzustände durch Flucht, Vermeidung und andere Mechanismen zu reduzieren. Die Symptome halten sich wie alle Verhaltensweisen durch ihre Folgen aufrecht. Verhaltensstörungen sind erlernt worden, werden durch die Umwelt verstärkt und müssten daher auch wieder verlernt werden können. Auf die Gerontologie bezogen heißt das: Kein Verhalten ist zwangsläufig Ergebnis des Alterungsprozesses, sondern wurde erworben. Und da es bis ins hohe Alter möglich ist, neue Verhaltensweisen zu lernen, müsste dies auch für Verhaltensänderungen gelten. Verhaltenstherapeutische Verfahren werden schwerpunktmäßig eingesetzt zur Steigerung der sozialen Kompetenz, der besseren Selbstkontrolle und sinnvollerem Lebensbewältigung, sowie bei Depressionen und Demenz im Alter (Hirsch 1990). Die Therapie hat einen zeitlimitierten, direkten, strukturierten Zugang, der das soziale Lernen betont und die Verstärker einer Depression (z.B. zu viele negative und zu wenige positive Ereignisse im Alltag), die sie aufrechterhalten, reduziert. Ihre Theorien und Konzepte beruhen auf Lewinsohn (1974) und wurden von Gallagher & Thompson im Jahr 1981 das erste Mal an die spezielle Patientengruppe der Älteren angepasst und verändert (z.B. das Anpassen von Listen über angenehme und unangenehme Ereignisse an das spezielle höhere Alter). Die Therapie beinhaltet oft das Lernen von Entspannungstechniken, das Erhöhen von positiven Ereignissen im Leben, problemlösende Ansätze, Selbstsicherheitstrainings und das Lösen von Hausaufgaben (Gatz et al. 1998, Morris & Morris 1991). Burgio et al. (1992) untersuchten innerhalb ihrer Studie die Akzeptanz von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und Umgebungsveränderungen bei Verhaltensstörungen älterer Erwachsener, die ihr geriatrische Gesundheitsexperten und Konsumenten entgegenbringen. Befragt wurden Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter, familiäre Pflegekräfte und ältere Privatpersonen. Die Ergebnisse zeigen, dass die verhaltenstherapeutischen Behandlungsvarianten die höchste und Haloperidol die niedrigste Akzeptanz erreichten, wenn auch die Gruppenzugehörigkeit die Akzeptanz-Urteile beeinflusste. Die kognitiven Fähigkeiten der Patienten, ihre Lebenssituation (Pflegeheim versus

Privatwohnung) und die Art der Verhaltensstörung beeinflussten die Akzeptanz der Behandlung.

Kognitive Therapie

Eine der Hauptaufgaben der Therapie ist die Aufklärung des Patienten über den Zusammenhang zwischen seinen negativen Gedanken und seinen depressiven Gefühlen. Danach sollen die persönlichen, konkreten, negativen Gedanken identifiziert und verändert werden. Die Aufgabe des Patienten ist es, seine Sicht über sich selber, die Welt und die Zukunft mehr realitätsbezogen und adaptiv zu gestalten (Moberg & Lazarus 1990). Die kognitive Therapie basiert auf den Theorien über die Depression von Beck (1979). Danach liegt die Betonung mehr auf der Veränderung der Gedanken, als auf der direkten Veränderung der Gefühle. Er postuliert folgende Vorgehensweise: Erst sollen die negativen Gedanken identifiziert und dann bewertet werden. Danach sollen sie durch realistischere, positivere Gedanken ersetzt werden. Am Ende steht die Modifizierung der dysfunktionalen Einstellungen. Die Therapie besitzt einen direkten, strukturierten, zeitlimitierten Zugang, die die Rolle von kognitiven Prozessen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von einer Depression betont. Das Bearbeiten von Hausaufgaben spielt eine zentrale Rolle innerhalb der Therapie. Gatz et al. (1998) und Morris & Morris (1991) geben an, dass von Emery im Jahr 1981 das erste Mal die Therapie, allerdings innerhalb eines Einzelformats, an die speziellen Bedürfnisse der älteren Menschen angepasst wurde. Dagegen diskutierten Steuer & Hammen im Jahr 1983 speziell eine Gruppentherapie mit 4 älteren, depressiven Menschen. Die Therapie kann dem Patienten eine größere Flexibilität innerhalb seiner Denkprozesse verleihen (Morris & Morris 1991). Generell beschreibt Maercker (1998), dass die Hereinnahme entwicklungspsychologischer Konzepte und Theorien (hinter denen oft kognitions- bzw. sozialpsychologische Konzepte stehen) die theoretische Basis der klinischen Psychologie sinnvoll erweitert.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Unter einer kognitiven Verhaltenstherapie versteht man einen problemzentrierten, strukturierten, psychologischen Behandlungsansatz, der bezogen auf das Krankheitsbild der Depressionen fünf Schwerpunkte verfolgt: **1.** die Überwindung der Inaktivität bzw. einseitigen belastenden Aktivität **2.** die Verbesserung des Sozial- und

Interaktionsverhaltens sowie der sozialen Contrastruktur **3.** das Erkennen, das Überprüfen, und das Korrigieren dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen **4.** den Aufbau eines Bewältigungsrepertoires für zukünftige Krisen **5.** Hilfen bei der Lösung realer (sozialer, materieller usw.) Schwierigkeiten (Hautzinger 2000).

Das Wesen der Therapie ist psychoedukativ. Die Therapie sieht vor, dass der Patient (siehe kognitive Therapie) im ersten Schritt seine destruktiven negativen Gedanken (wie z.B. Übergeneralisierungen, unrealistische Erwartungen usw.) Einstellungen und Informationsverarbeitungen identifiziert. Im zweiten Schritt soll er diese Vorgänge verändern und durch angepassteres Verhalten ersetzen (Abraham et al. 1991). Der Vorteil der Therapie gerade bei Älteren besteht darin, dass es weniger die Pathologie, sondern mehr die Stärken der Älteren fokussiert, um ihre akuten Probleme zu lösen (Arean 1993). Fuchs & Zimmer (1992) und Garner (2003) stellen dar, dass die kognitive Verhaltenstherapie unter anderem auf den Modellen des Verstärkerverlustes von Lewinsohn (1974), der Selbstregulation von Kanfer (1977) und Rehm (1977) und auf der kognitiven Theorie über die Depression von Beck et al. (1979) basiert. Klausner & Alexopoulos (1999) beschreiben folgende Hauptziele der Therapie: Das Verändern von Gedanken, das Verbessern von Fertigkeiten und das Modifizieren von emotionalen Zuständen, die unbehandelt zu einer Psychopathologie führen könnten. Die Therapie soll innerhalb eines strukturierten, zeitlimitierten, direkten Formates angepasstes Verhalten und Denken fördern (Garner 2003). Fielden (1992) betont, dass die Theorien, auf denen die kognitiv-behaviorale Therapie beruht, die Depression als durch Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit charakterisiert ansehen, die das kognitive Trias aus negativen Gedanken über das Selbst, über die eigenen Erfahrungen und die persönliche Zukunft widerspiegelt.

„Social Skill Training“

Die Therapie soll Gefühle der Hilflosigkeit durch das Erlernen von neuem Verhalten verringern (Morris & Morris 1991). Vaccaro beschreibt als typische Inhalte der Therapie, die Gabe von Instruktionen an die Patienten, Rollenspiele, modellhaftes Ausprobieren von Verhalten und die Gabe von Feedback, um die soziale Kompetenz der Patienten aktiv zu steigern.

„Problem Solving Therapy“

Die Therapie wurde bisher hauptsächlich bei depressiven, älteren Menschen angewendet. Durch die Therapie sollten sie lernen effektive Coping-Strategien anwenden zu können.

Generell wurde die Therapie nicht speziell für ältere Menschen entwickelt und es existieren auch keine altersspezifischen Therapiekonzepte. Aber einige Therapeuten haben bestimmte Modifikationen entwickelt, um die Therapie an die speziellen Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen.

„Classroom Mind/Body Wellness Intervention“

Die Therapie wird mit Patienten, die unter einer physischen, chronischen Krankheit leiden, geführt und ist eine Multikomponentenintervention, die den Patienten Informationen und Selbsthilfe-Fertigkeiten anbietet (Rybarczyk et al. 2001).

„Pain Management Training“

Die Intervention beinhaltet behaviorale und kognitive Aktivitäten, die das individuelle Wissen und die Kontrolle über den Schmerz erhöhen.

„Self-Management Therapy“

Die „Self-Management“ Theorie über die Depression wurde zuerst von Rehm (1979) entwickelt. Die Theorie und dementsprechend die praktische Ausübung der Theorie kombiniert Inhalte, die die Veränderung von bestimmten Aktivitäten vorsehen (Lewinsohn 1974), Theorien über die „erlernte Hilflosigkeit“ (Seligman & Teasdale 1978) und kognitive Theorien (Beck 1979) miteinander. Insgesamt basiert dieses Modell auf Kanfer (1970), welches Rehm dann auf das spezielle Modell der Depression übertrug und eine Assoziation der Depression mit 6 spezifischen Defiziten des Selbstmanagementprozesses beschrieb. Die Therapie beschäftigt sich mit jedem dieser Defizite, um sie möglichst positiv zu verändern, z.B. realistische Ziele zu setzen usw. Die Therapie ist sehr strukturiert und zeitlimitiert. Den Patienten werden Selbstmanagement-Konzepte präsentiert, die von Übungen begleitet werden, die dem Patienten helfen die Theorien auch aktiv umzusetzen.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, beruht auf dem „Assertiveness-Training-Programm (ATP) von Ulrich & Ulrich deMuynck. Das Training fand in den letzten Jahren wieder zunehmend Beachtung. Es beabsichtigt unter Einbezug körperlicher, emotionaler, kognitiver und verhaltensgemäßer Korrelate eine Modifikation, einen Erhalt oder einen Neuerwerb sozialer Kompetenzen.

5.1.3 Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Verhaltenstherapie

Der Leitungsstil sollte aktiv, strukturiert und richtungsbestimmend sein. Der Therapeut muss mit expliziten Zielen arbeiten (Moberg & Lazarus 1990). Bei Lynch et al. (1993) wurden die Therapien von Psychologen und Psychologiestudenten geleitet. Brand & Clingempel (1992) berichten, dass zwei Psychologen die Gruppen leiteten. In einer Studie, die die Behandlungsbereitschaft von 82 Berliner Psychotherapeuten gegenüber älteren Menschen untersuchte, wurde festgestellt, dass kein Unterschied in Bezug auf das gerontologische Wissen und die Behandlungsbereitschaft zwischen Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten existierte. Insgesamt zeigten 72 % der Therapeuten „gerne“ eine Bereitschaft auch mit Älteren zu arbeiten (Zank 2002). Tonscheidt (1992) beschreibt, dass die stationäre Verhaltenstherapie entweder von einem Psychologen oder einem Arzt ausgeführt wurde.

Kognitive Therapie

Der Leiter darf keine negativen Stereotypen über ältere Menschen und das Alter haben (Moberg & Lazarus 1990).

Der Therapeut muss sehr geduldig bei der Arbeit mit Älteren sein, da es bei ihnen häufig länger dauert bis sie z.B. die genaue Aufgabe der jeweiligen Hausaufgaben oder die neuen vom Therapeuten vorgeschlagenen Gedankenwege verstehen und verinnerlichen können (Moberg & Lazarus 1990). Bei Zerhusen et al. (1991) wurde die Therapie von einer Krankenschwester und einem Sozialarbeiter geleitet. Die Leiter wurden speziell für 10 Wochen, zweimal in der Woche à 1½ Stunden auf die Therapien vorbereitet. Der Inhalt ihres Vorbereitungskurs bestand darin, dass sie lernten, wie sie

die Patienten auf die Therapie vorbereiten sollten. Ebenfalls sollten die Leiter die Basistechniken, um die Kognition und das Verhalten der Patienten zu ändern und die genaue Vorbereitung, wie sie die Therapie beenden sollten, lernen.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Der Leiter muss die Therapien sowohl zeitlich, örtlich und auch innerhalb des Gruppenprozesses flexibel handhaben können (Abraham et al. 1991). Der Leiter muss die Patienten genau darauf vorbereiten, was die Therapie beinhaltet und vor allem, was ihre spezifischen Ziele sind. Er muss betonen, dass es auch im Alter nicht normal ist, emotionale Probleme zu haben und dass die Therapie ihnen neue Wege bietet, mit ihren Problemen umzugehen. Der Leiter muss die Patienten bewusst für die Therapie motivieren (Arean 1993). Der Leiter muss auf eventuelle Hör- und Seheinschränkungen der Patienten achten und besondere Rücksicht darauf nehmen (z.B. lauter sprechen oder sich näher an den Patienten setzen). Der Therapeut muss sich schon vor der Therapie ein genaues Bild über den psycho-sozialen und familiären Hintergrund der einzelnen Patienten machen (Arean 1993). Hautzinger (2000) beschreibt Echtheit, Aufrichtigkeit, Empathie, Verständnis, Akzeptanz, Wärme, gleichzeitig jedoch auch fachliche Kompetenz und professionell-entspanntes Verhalten in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient als grundlegend. Er muss strukturiert arbeiten, wichtige Problembereiche herausarbeiten, wiederholen, zusammen fassen und die Gespräche auf zentrale Aspekte lenken können. Er gibt Rückmeldungen und achtet darauf, dass Übungen, Hausaufgaben und konkrete Schritte in der Realität die Sitzung bzw. ein Thema beschließen. Areán et al. (2001) beschreiben in ihrem Überblick eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie, die speziell an das Setting eines normalen Krankenhauses angepasst wurde, die sowohl von Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern und Krankenschwestern geleitet werden kann. Sie mussten als Voraussetzung einen Workshop, basierend auf den Theorien der kognitiv-behavioralen Therapie, besuchen. Bei Abraham et al. (1992) leiteten Krankenschwestern die Gruppen. Leung & Orrell (1993) beschreiben, dass der Therapeut die Gruppe auf die wichtigen Themen fokussieren soll, das heißt, Abschweifungen der Patienten verhindern soll. Er soll die Patienten ermutigen sich gegenseitig zu unterstützen und offen innerhalb der Gruppe reden zu können. Er muss allerdings auf die altersspezifischen Haltungen und Einstellungen der älteren Patienten Rücksicht nehmen. Die von ihnen beschriebene

Gruppe wurde von einem Psychologen geleitet. Auch innerhalb der Studie von Corgiat & Gill *(1991/92) wurden die Gruppen von zwei Psychologen geleitet. Stanley et al. (1996) berichten, dass die Therapeuten (Psychologiestudenten, die speziell zur Durchführung der kognitiv-behavioralen Therapie geschult waren) nach Leitung der Gruppensitzungen regelmäßige Supervisionen bekamen. Schonfeld & Dupree (1995) betonen, dass besonders bei kognitiv-behavioralen Gruppentherapien die Therapeuten bei der Handhabung der Techniken gut ausgebildet sein sollten. Hercek & Bahro (2000) verlangen von dem Leiter, dass er auf einen strukturierten, ritualisierten Ablauf und auf regelmäßiges Hinweisen auf die Regeln der Gruppe, sowie auf die Fokussierung der Gruppe auf ein Thema achten soll. Zusätzlich soll er die Patienten zur aktiven Partizipation motivieren. Er soll nicht bewerten, sondern überparteilich sein und den Patienten zum Experten seiner Geschichte, seiner Gegenwart und seiner Zukunft machen.

„Social Skill Training“

Innerhalb der Studien von Vaccaro (1992) und Granholm et al. (2002) mit schizophrenen Patienten wurde die Therapie von 2 Psychologen geleitet.

„Classroom Mind/Body Wellness Intervention“

Die Therapie wurde von einem Psychologen und einem Arzt geleitet (Rybarczyk et al. 2001).

„Self-management Therapy“

Rokke et al. (2000) beschreiben, dass Psychologen und Psychologiestudenten die Therapie leiteten. Ersek et al. (2003) berichten, dass ein Arzt die Therapien leitete.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Training wurde bei Stuhlmann (1992) von einem Psychologen geleitet.

5.1.4 Die Zusammensetzung der Gruppe

5.1.4.1 Die Alterszusammensetzung

Verhaltenstherapie

Lynch et al. (2003) konzipierten ihre dialektische Verhaltenstherapie für 65-85jährige ältere Menschen. Das Durchschnittsalter lag bei 66 Jahren. Bei Little et al. (1997) waren die Gruppenmitglieder zwischen 50 und 70 Jahren alt.

Kognitive Therapie

Das Durchschnittsalter der Gruppenmitglieder bei Zerhusen et al. (1991) betrug 77 Jahre.

Kognitiv-behaviorale Therapie

In dem Übersichtsartikel von Hautzinger (2002) wurden 10 Studien untersucht, bei denen insgesamt das Alter der teilnehmenden Patienten zwischen 62-85 Jahren lag, wobei die meisten Teilnehmer 62-74 Jahre alt waren, also eher zu den „jungen“ Alten gehörten. Hautzinger (1999) konzipierte sein Gruppenprogramm für 65-85jährige ältere Menschen.

Cook (1998) führte ihr kognitiv-behaviorales Schmerz-Management mit einer Gruppe durch in der das Durchschnittsalter bei 78 Jahren lag. Brawley et al. (2000), die eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie in Kombination mit physischen Aktivitäten durchführten, gaben ein Durchschnittsalter von 70 Jahren an. Schonfeld et al. (2000) führten eine Studie über eine kognitive-behaviorale Therapie bei Veteranen mit einer Alkoholabhängigkeit durch, in der das Durchschnittsalter bei 65 Jahren lag. Abraham et al. (1992) hatten in ihren Gruppen ein Durchschnittsalter von 85 Jahren. Stanley et al. (1996) hatten innerhalb ihrer Studienteilnehmer ein Durchschnittsalter von 68 Jahren. Garner (2003) beschreibt die Therapie bei den sehr alten Älteren (das Durchschnittsalter liegt über 77 Jahre) als nicht so erfolgreich. Scogin & McElreath (1994) untersuchten insgesamt 17 psychosoziale Behandlungen bei Älteren. Davon untersuchten 7 Studien kognitive Therapien (darunter waren 2 Gruppenformate) und 4 Studien untersuchten verschiedene Verhaltenstherapien (darunter waren ebenfalls 2 Gruppentherapien). Diese 4 speziell untersuchten Gruppentherapien arbeiteten mit Patientengruppen, deren Alter zwischen 65-70 Jahren lag. Rejeski et al. (2003) arbeiteten mit Patienten, die unter einer

kardiovaskulären Krankheit litten und deren Durchschnittsalter bei 65 Jahren lag. Kaas et al. (1999) beschreiben eine Gruppe mit depressiven Patienten in der das Durchschnittsalter bei 82 Jahren lag.

Nicht Altersspezifische Therapien

Subramanian *(1994) untersuchte in ihrer Studie eine kognitiv-behaviorale Therapie, die bei Menschen mit chronischen Schmerzen erfolgreich ihre durch die Schmerzen gedrückte Stimmung heben konnte. Das Durchschnittsalter lag bei 60 Jahren. Morin et al. *(1993) leiteten eine kognitiv-behaviorale Therapie bei Patienten mit Schlafstörungen und geben an, dass das Durchschnittsalter der Patienten bei 67 Jahren lag. Innerhalb der Studie von Corgiat & Gill *(1991/2) lag das Durchschnittsalter bei 74 Jahren. Calfas et al.* (1992) führten die Therapie mit Patienten, die unter Osteoarthritis litten, durch. Das Durchschnittsalter betrug 66 Jahre.

„Classroom Mind/Body Wellness Intervention“

Die Therapie wurde mit Patienten geleitet, deren Durchschnittsalter bei 68 Jahren lag.

„Social Skill Training“

In der Studie von Vaccaro (1992) lag das Durchschnittsalter der Gruppenmitglieder bei 68 Jahren. In der Studie von Vaccaro (1990) lag das Durchschnittsalter der Gruppenmitglieder nur bei 66 Jahren. Granholm et al. (2002) berichten von einem Durchschnittsalter von 55 Jahren, beschreiben die Therapie aber als explizit konzipiert für speziell ältere Patienten.

„Self-Management Therapy“

Ersek et al. (2003) führten die Therapie mit Patienten, die unter chronischen Schmerzen litten durch, deren Durchschnittsalter bei 83 Jahren lag. Das Durchschnittsalter bei Rokke et al. (2000) betrug 67 Jahre.

„Pain Management Training“

Die Therapie wurde mit Patienten geleitet, deren Durchschnittsalter 68 Jahre betrug.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training, welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, arbeitet mit Patienten, deren Durchschnittsalter 69 Jahre beträgt.

5.1.4.2 Geschlechterverhältnis und Gruppengröße

Gruppengröße

Verhaltenstherapie

Lynch (2000) beschreibt, dass bei der Durchführung einer dialektischen Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung die Gruppengröße bei 8 Patienten lag. Brand & Clingempel (1992) begrenzten ihre Gruppen auf 9 Mitglieder.

Kognitive Therapie

Hersen & Van Hasselt (1992) berichten von einer kognitiven Therapieform, die mit 10 Gruppenmitgliedern geleitet wurde. Clare et al. (2003) untersuchten eine Studie in der die Gruppe aus 4 Mitgliedern bestand.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Hautzinger (2002) empfiehlt bei Parkinson Patienten eine Gruppengröße von 3-4 Patienten. Hautzinger (1992) konzipierte seine Gruppen, die mit depressiven Patienten durchgeführt wurden so, dass innerhalb einer Gruppe 6-7 Patienten partizipierten. Hautzinger (1999) konzipierte sein Gruppenprogramm für insgesamt 5-7 Mitglieder. Cook (1998) führte das kognitiv-behaviorale Schmerz-Management mit einer Gruppe bestehend aus 11 Mitgliedern durch. Brawley et al. (2000), die eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie in Kombination mit physischen Aktivitäten durchführten, gaben eine Anzahl von 20 Gruppenmitgliedern an. Subramanian *(1994) untersuchte in ihrer Studie eine kognitiv-behaviorale Therapie in der jeweils 5-7 Mitglieder waren. Morin et al. *(1993) und Stanley et al. (1996) leiteten eine kognitiv-behaviorale Therapie, bei der eine Gruppe aus 4-6 Gruppenmitgliedern bestand. Oude Voshaar et al. (2003) wollten die Gruppe mit nicht mehr als 4 Mitgliedern leiten. Hercek & Bahro (2000) und Kaas et al. (1999) beschreiben Gruppen mit 10-12 Mitgliedern. Bei Radley et al. (1997) variierte die Mitgliederanzahl zwischen 4-5 Patienten.

„Social Skill Training“

In der Studie von Vaccaro (1990, 1992) bestand die Gruppe aus 6 Mitgliedern. Granholm et al. (2002) berichteten, dass die Gruppenmitgliederanzahl bei 8 Patienten lag.

„Self-management Therapy“

Rokke et al. (2000) beschreiben, dass die Therapie nur jeweils aus 3-4 Mitgliedern bestand. Ersek et al. (2003) führten die Therapie mit einer Gruppengröße, die zwischen 3-8 Mitgliedern bestand, durch.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training, welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, arbeitet mit einer Gruppengröße von 6-8 Patienten.

Geschlechterverhältnis

Verhaltenstherapie

Lynch et al. (2003), Brand & Clingempel (1992) führten ihre Verhaltenstherapie mit einer deutlichen Mehrheit an weiblichen Mitgliedern durch. Tonscheidt (1992) berichtet von einer 2/3 Mehrheit an weiblichen Mitgliedern auf der psychiatrischen Station und dementsprechend auch innerhalb der Gruppensitzungen.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Arean (1993) empfiehlt ausdrücklich, innerhalb einer Gruppe nicht nur einen Mann als Gruppenmitglied zu haben. Falls dies einmal der Fall sein sollte, muss der Leiter dafür sorgen, dass so schnell wie möglich ein weiterer männlicher Patient in die Gruppe kommt. Cook (1998) führte das kognitiv-behaviorales Schmerz-Management mit einer Gruppe bestehend aus 4 Männern und 7 Frauen durch. Brawley et al. (2000), die eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie in Kombination mit physischen Aktivitäten durchführten, gaben ein Frauen- Männer-Verhältnis von 11/7 an. Subramanian *(1994) untersuchte in ihrer Studie eine kognitiv-behaviorale Therapie, die zu 91 % aus weiblichen Mitgliedern bestand. Morin et al. *(1993) leiteten eine kognitiv-behaviorale Therapie bei Patienten mit Schlafstörungen und geben an, dass eine Mehrheit der Gruppenmitglieder weiblich ist. Ebenso war innerhalb der Studie von Corgiat & Gill

*(1991/92), Calfas et al. *(1992), Stanley et al. (1996), Oude Voshaar et al. (2003) eine Mehrheit an Frauen vorhanden. Kaas et al. (1999) führten ihre Studie mit einer Gruppe durch, die aus 10 Frauen und einem Mann bestand.

„Social Skill Training“

In der Studie von Vaccaro (1992) bestand die Gruppe aus 6 Mitgliedern, wovon 4 Männer und 2 Frauen waren. In der Studie von Vaccaro (1990) bestand die Gruppe auch aus 6 Mitgliedern, es waren genau drei Männer und drei Frauen innerhalb der Gruppe. Granholm et al. (2002) berichteten, dass die Gruppenmitgliederanzahl bei 8 Patienten lag, wovon 87 %, also 7 der Mitglieder männlich waren.

„Self-Management Therapy“

Bei Rokke et al. (2000) waren 75 % der Teilnehmer weiblich. Ersek et al. (2003) beschrieben, dass 90 % der Studienteilnehmer weiblich waren.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training, welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, arbeitete mit einer deutlichen Mehrheit an Frauen.

„Classroom Mind/Body Wellness Intervention“

Bei der Therapie waren insgesamt 80 % der Teilnehmer weiblich (Rybarczyk et al. 2001).

5.1.4.3 Diagnosen und Indikationen: Zusammensetzung der Gruppe bezüglich der Erkrankungen

Verhaltenstherapie

Die meisten Veröffentlichungen beschreiben die Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten (Moberg & Lazarus 1990; Abraham et al. 1992, Brand & Clingempel 1992; Scogin & McElreath 1994; Tonscheidt 1992). Lynch (2000) beschreibt die Durchführung einer dialektischen Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Gagliese & Melzack (1997) beschreiben in ihrem Übersichtsartikel 2 erfolgreiche Verhaltensinterventionen, die mit älteren Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden, durchgeführt wurden. Haag & Bayen (1990) geben

einen Überblick von verschiedenen Verhaltenstherapien, die erfolgreich bei den verschiedensten Diagnosen, wie Demenz, Depression, Ängsten, Inkontinenz durchgeführt wurden. Hirsch (1990) beschreibt die Therapie als erfolgreich bei depressiven oder ängstlichen Patienten und bei älteren Menschen mit chronischen Behinderungen (wie z.B. Schwerhörigkeit, Lähmungen, Blasen- und Darmstörungen) und dementen Patienten. Fuchs & Tenter (1999) und Loebach Wetherell (1998) erwähnen in ihren Übersichtsartikel ebenfalls, ohne spezifisch das Gruppenformat anzusprechen, dass bei dementen Patienten verhaltenstherapeutische Techniken erfolgreich anwendbar sind. Little et al. (1997) leiteten ihre Gruppe mit Patienten, die unter einer Wurzelerkrankung litten. Andersson et al. (1995) führten die Therapie mit Patienten, die unter Höreinschränkungen litten, durch.

Kognitive Therapie

Die kognitive Therapie ist eine der strukturierten Therapien, die zunächst speziell für die Behandlung von Depressionen entwickelt wurde. Dementsprechend wird am häufigsten die Therapie in der Anwendung bei depressiven Patienten beschrieben (Moberg & Lazarus 1990; Koder et al. 1996; Zerhusen et al. 1991; Scogin & McElreath 1994). Ebenso berichtet Pulsford *(1997) in seinem Überblickartikel von kognitiven Therapien, die bei dementen Patienten angewendet werden. Hersen & Van Hasselt (1992) berichten von einer kognitiven Therapieform („Restructuring“) die bei Patienten mit einer Angststörung durchgeführt wurde. Auch Loebach Wetherell (1998) beschreibt die Therapie, ohne spezifisch sich auf das Gruppenformat zu beziehen, mit Patienten, die unter einer Angststörung leiden (auch bei dementen Patienten, bei denen eine zusätzliche Angststörung) vorliegt. Clare et al. (2003) untersuchen in ihrer Meta-Analyse die Effektivität der Therapie in der Anwendung mit Alzheimer Patienten.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Die meisten der Therapien werden mit depressiven Patienten durchgeführt: Leszcz (1997), Klausner & Alexopoulos (1999), Abraham et al. (1991), Leung & Orrell (1993), Hautzinger (1992, 1999, 2000, 2002), Floyd & Scogin (1998), Fielden (1992) und Kaas et al. (1999). Loebach Wetherell (1998), Koder (1998), Stanley et al. (1996) und Radley et al. (1997) beschreiben die Durchführung der Therapie mit Patienten, die unter einer Angststörung leiden. Loebach Wetherell (1998) fasst in ihrem Überblick zusammen,

dass häufig bei der Behandlung einer Angststörung ein kognitives Restrukturieren mit Entspannungstechniken kombiniert wird. Innerhalb der Studie von Corgiat & Gill *(1991/92) wurde der therapeutische Erfolg einer kognitiv-behavioralen Therapie bei depressiven Patienten mit einer zusätzlich chronischen physischen Krankheit mit depressiven Patienten ohne eine zusätzlich chronische Krankheit verglichen. Hautzinger (2002) und Burgio (1996) beschreiben ebenfalls die erfolgreiche Durchführung der Verhaltenstherapie bei dementen Patienten und auch für Angehörige von dementen Patienten. Es können auch Patienten, die unter der Parkinson-Krankheit leiden und Patienten, die einen Schlaganfall hatten, mit der Therapie behandelt werden (Hautzinger 1999). Smith & Atkinson (1995) beschreiben sogar bei dementen Alkoholikern die Anwendung von kognitiv-behavioralen Techniken als sehr wirksam und erfolgreich.

Klausner & Alexopoulos (1999) berichten in ihrem Überblick auch von dementen Patienten und Patienten, die unter Schlafstörungen oder Angststörungen leiden, bei denen die kognitiv-behaviorale Therapie durchgeführt wurde. Cook (1998) führte ihr kognitiv-behaviorales Schmerz-Management mit Bewohnern eines Pflegeheimes durch, die unter starken physischen Schmerzen litten. Grant & Casey (1995) betonen ebenfalls generell (ohne sich auf ein spezielles Therapieformat zu beziehen), dass neben depressiven Patienten auch Patienten mit einer Demenz von einer kognitiv-behavioralen Therapie profitieren. Carmin et al. (1998) führten eine Studie über eine kognitiv-behaviorale Therapie mit Patienten, die unter einer Zwangsneurose litten, durch. Schonfeld et al. (2000) führten eine Studie über eine kognitiv-behaviorale Therapie bei Veteranen, die unter einer Alkoholabhängigkeit leiden, durch. Schonfeld & Dupree (1995) und Hercek & Bahro (2000) beschreiben ebenfalls kognitiv-behaviorale Gruppentherapien, die mit älteren, alkoholabhängigen Patienten arbeiten. Gagliese & Melzack (1997) beschreiben in ihrem Übersichtsartikel erfolgreiche kognitiv-behaviorale Therapien, die mit älteren Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden, durchgeführt wurden. Morin et al. *(1993) leiteten eine kognitiv-behaviorale Therapie mit älteren Patienten, die unter einer Schlafstörung litten. Fast die Hälfte der Patienten innerhalb der Studie litten zusätzlich unter einer sekundären Diagnose, wie z.B. einer Depression oder einer Panikstörung usw. Hercek & Bahro (2000) beschreiben in ihrem Übersichtsartikel, dass in Bezug auf die Störungsbilder der Gruppenmitglieder auf eine homogene Gruppenzusammensetzung geachtet werden sollte. Garner (2003)

beschreibt die Gruppentherapie als sowohl erfolgreich bei chronisch kranken, hospitalisierten, in einem Pflegeheim wohnenden und ambulanten Patienten. Auch Patienten mit einer Dysthymie oder Cyclothymie antworten positiv auf die Therapie, allerdings etwas weniger stark als die Patienten, die unter einer „major Depression“ leiden. Rejeski et al. (2003) leiten die Therapie mit Patienten durch, die unter einer kardiovaskulären Krankheit leiden.

Nicht altersspezifische Therapien

Einige Gruppen werden mit Frauen, die Brustkrebs haben, durchgeführt (Durchschnittsalter von 46 Jahren bei der Studie von Kissane et al.*2003). Kröner-Herwig et al. *(2003) und Wise et al. *(1998) führten eine Studie mit Patienten, die unter einem Tinnitus litten, durch. Das Durchschnittsalter bei Kröner-Herwig et al. *(2003) lag bei 50 Jahren. Die kognitiv-behaviorale Therapie wird bei Patienten mit kardiovaskulären Problemen durchgeführt (Durchschnittsalter von 53 Jahren bei der Studie von van Andel et al.* 2003). Morley et al. *(1999) untersuchten kognitiv-behaviorale Therapien bei Personen (Durchschnittsalter von 50 Jahren) mit chronischen Schmerzen. Calfas et al. *(1992) führten die Therapie mit Patienten, die unter einer Osteoarthritis litten, durch. Das Durchschnittsalter betrug 66 Jahre. Oude Voshaar et al. *(2003) führten die Therapie mit Patienten (Durchschnittsalter 64 Jahre), die unter einer Benzodiazepinabhängigkeit litten, durch. Insgesamt beschreiben sie die Therapie als auch erfolgreich bei Patienten, die unter einer Schlafstörung, einer Angststörung oder einer Demenz leiden. Nicholas et al. *(1992) führten die Therapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen durch (Durchschnittsalter 44 Jahre).

„Social Skill Training“

In der Studie von Vaccaro (1990; 1992) und Granholm et al. (2002) litten die institutionalisierten Gruppenmitglieder unter einer Schizophrenie, die sich auch durch sehr aggressives Verhalten auszeichnete.

Unklares Therapieformat

Donohue et al. (1995) führten die Therapie bei Patienten mit Sehenschränkungen durch.

„Problem Solving Therapy“

Die Therapie wird hauptsächlich in der Anwendung mit depressiven Patienten beschrieben (Morris & Morris 1991).

„Classroom Mind/Body Wellness Intervention“

Die Therapie wird mit ambulanten Patienten, die unter einer chronisch verlaufenden physischen Krankheit leiden, durchgeführt (Rybarczyk et al. 2001).

„Self-management Therapy“

Rokke et al. (2000) arbeiteten mit depressiven Älteren. Ersek et al. (2003) führten die Therapie mit Patienten, die unter chronischen Schmerzen litten, durch.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training, welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, arbeitet mit einem gemischten Diagnosenbild. Das heißt, manche Patienten leiden unter einer Depression, manche unter einer Neurose und manche Patienten unter paranoiden Syndromen.

5.1.5 Auswahlkriterien

Verhaltenstherapie

Brand & Clingempel (1992) geben, wie auch die meisten anderen Autoren, als erste Voraussetzung an, dass der Patient einen bestimmten Wert auf der jeweils innerhalb der Studie benutzten Depressionsskala haben muss. Der Patient soll ebenfalls nicht unter kognitiven Einschränkungen oder einer Substanzabhängigkeit leiden.

Lynch et al. (1993) geben folgende Ausschlusskriterien an: Die Patienten dürfen nicht gleichzeitig in einer anderen psychotherapeutischen Behandlung sein und keine Psychopharmaka zusätzlich einnehmen. Ebenso dürfen sie unter keiner bipolaren Depression leiden, psychotische Symptome aufweisen oder unter kognitiven Einschränkungen leiden.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Cook (1998) legte bei dem kognitiv-behavioralem Schmerz-Management folgende Voraussetzungen fest: Die Patienten müssen die Landessprache sprechen können, seit mindestens 3 Monaten unter chronischen Schmerzen leiden und keine größeren

kognitiven Einschränkungen aufweisen. Brawley et al. (2000), die eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie in Kombination mit physischen Aktivitäten durchführten, gaben folgende Auswahlkriterien an: die Patienten dürfen keine kardiovaskulären und pulmonalen Krankheiten haben, sie müssen mobil genug sein, um auch Aerobic Übungen mitmachen zu können, sollen einen festen Wohnsitz haben, keine stärkeren psychologischen Krankheiten haben, in keiner aktiven Behandlung einer chronischen Krankheit sein, müssen innerhalb eines 53 km Radius des Studienortes wohnen und sollten innerhalb der gesamten Studiendauer erreichbar sein. Abraham et al. (1992) gaben folgende Voraussetzungen an: die Patienten müssen auf der „Geriatric Depression Scale“ eine Punktzahl von 11 aufweisen, dürfen keine größeren Hör-, Seh- oder kognitiven Einschränkungen haben, sich angemessen innerhalb eines Gruppenprozesses artikulieren und verhalten können, unter keiner endogenen Depression leiden und dürfen nicht gleichzeitig Psychopharmaka einnehmen. Morin et al. *(1993) leiteten eine kognitiv-behaviorale Therapie bei Patienten mit Schlafstörungen und gaben dabei folgende Ausschlusskriterien an: die Patienten dürfen neben der durch die „International Classification of Sleep Disorders“ eingestufte Schlafstörung kein Schlafapnoesyndrom haben, keine schwereren physischen Krankheiten aufweisen, nicht innerhalb einer anderen Psychotherapie gleichzeitig partizipieren, keine Psychopharmaka einnehmen und keine Depression oder kognitiven Einschränkungen aufweisen. Hercek & Bahro (2000) nennen als Ausschlusskriterien, wenn der Patient eine schwere Sinnesbeeinträchtigung, eine Demenz, einen Wahn oder eine akute Suizidalität aufzeigt. Rejeski et al. (2003), die mit Patienten arbeiteten, die unter einer kardiovaskulären Krankheit litten, gaben folgende Ausschlusskriterien an: Die Patienten dürfen nicht unter einer psychiatrischen Krankheit wie einer Depression oder Schizophrenie leiden, keine zu starke bzw. gefährliche Herzkrankheit haben, keine schwere, systemische Krankheit haben. Sie sollen nicht in einer Behandlung einer Krebserkrankung sein und keine Hör-, Seh- oder kognitiven Einschränkungen haben. Zusätzlich sollten sie nicht mehr als 21 alkoholische Getränke in der Woche trinken oder in einer anderen Interventionsstudie gleichzeitig mitpartizipieren. Sie sollten die Landessprache sprechen oder lesen können. Sie müssen nach der NYHA (New York Heart Association) den Typ 1 oder 2 erfüllen und ein bestimmtes Maß an Bewegungsleistungen noch erbringen können. Kaas et al. (1999) gaben folgende

Ausschlusskriterien an: störendes Verhalten des Patienten, die Unfähigkeit des Patienten Englisch zu sprechen und eine vorhandene Demenz des Älteren. Radley et al. (1997) geben folgende Ausschlusskriterien an: Die Patienten bei denen die ursprüngliche Diagnose nicht die der Angststörung ist (wie z.B. die Depression oder Demenz), Patienten, die sich in einer Krise befinden (und z.B. unfähig sind auf den Start der Gruppe zu warten), Patienten, die nicht motiviert sind, einen psychologischen Selbsthilfe-Zugang zu akzeptieren, und Patienten, denen die Fähigkeit fehlt, die Anweisungen der Gruppenleiter zu verinnerlichen und bis zum Ende auszuführen.

„Classroom Mind/Body Wellness Intervention“

Zur Aufnahme in die Therapie mussten die Patienten unter einer chronischen, physischen Krankheit und einer durch die Krankheit bedingten psychosozialen Komponente leiden. Patienten, die nicht zu der Therapie anreisen oder nicht Englisch sprechen konnten, wurden ausgeschlossen (Rybarczyk et al. 2001).

„Self-management Therapy“

Rokke et al. (2000) arbeiteten mit depressiven Älteren. Sie gaben an, dass die Patienten unter keiner Psychose, bipolarer Störung, Alkoholabhängigkeit oder zu starker kognitiven Einschränkung leiden durften. Ersek et al. (2003) setzten fest, dass die Patienten unter dem Schmerz mindestens schon seit drei Monaten leiden mussten, lesen und auf Fragen antworten können sollten. Sie durften unter keiner Alkoholabhängigkeit leiden und in keiner akuten Krebsbehandlung sein.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training, welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, gibt als Ausschlusskriterien an, wenn die Patienten unter zu starken Hör-, Seh- oder kognitiven Einschränkungen leiden.

5.1.6 Technische Aspekte

Technische Mittel

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten beinhaltet generell viele technische Mittel, die während und nach der Therapiesitzung eingesetzt werden: Dazu gehören Rollenspiele, didaktische Diskussionen, Erfüllen und Bewerten von Hausaufgaben, die Gabe von aktivem Feedback, aktive Schulungen darüber, wie stark die Stimmung mit den Aktivitäten (positive oder negative) am Tag korreliert und der dementsprechenden aktiven Aufforderung mehr schöne Aktivitäten in den Alltag zu integrieren (Leszcz 1997). Hautzinger (2002) beschreibt den Einsatz von Verhaltensübungen, Realitätstesten und dem bewussten Miteinbeziehen von engen Sozialpartnern und der Familie. Lynch (2000; 2003) beschreibt, dass bei der Durchführung einer dialektischen Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung bzw. bei nur depressiven Patienten, mit täglichen Gedächtniskarten, Handouts, audio-visuellem Material, Hausaufgaben und dem Anwenden von vielen Metaphern gearbeitet wurde. Tonscheidt (1992) beschreibt den Einsatz folgender Mittel: Rollenspiele, Gespräche, Diskussionen, schriftliches Informationsmaterial, eigene Ausarbeitungen und Recherchen der Gruppenmitglieder, therapeutische Hausaufgaben, Sportangebote, sowie Übungen lebenspraktischer Fertigkeiten. Wichtigstes Prinzip der themenzentrierten Gruppe ist die Alltags- und Handlungsbezogenheit der Gruppenmaßnahmen und ihre Relevanz für die aktuelle Problem- und Situationsbewältigung.

Kognitive Therapie

Es sollte innerhalb der Therapie bewusst mit altersspezifischen Beispielen gearbeitet werden, wenn bestimmte Sachverhalte verdeutlicht werden sollen. Koder et al. (1996) empfehlen innerhalb der Therapie auch mit Life review oder Reminiscence Techniken ergänzend zu arbeiten. Es sollen sowohl enge Vertraute der Patienten mit in die Therapie involviert werden, als auch Verstärker bzw. Techniken, die sensorische Einschränkungen kompensieren sollen, wie z.B. Handouts, viele Wiederholungen,

langsames Vorgehen, helles Licht, ein sehr ruhiger Raum und das enge Sitzen innerhalb eines Kreises eingesetzt werden.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Fast in allen beschriebenen kognitiv-behavioralen Therapien werden den Patienten Hausaufgaben aufgegeben (Abraham et al. 1991; 1992; Corgiat & Gill 1991/2; Calfas et al. * (1992); Hautzinger 1992). Hautzinger (2002) beschreibt den Einsatz von Verhaltensübungen, Realitätstests und dem bewussten Miteinbeziehen von engen Sozialpartnern und der Familie. Es werden innerhalb einiger Gruppen für die Patienten mit Hörproblemen Mikrophone und große Tafeln benutzt. Besonders bei Patienten mit körperlichen Einschränkungen wird darauf geachtet, dass sie in einer bequemen Haltung sitzen (Abraham et al. 1991). Cook (1998) arbeitete bei seinem kognitiv-behavioralen Schmerz-Management mit Rollenspielen, progressiven Entspannungsübungen und Schulungen/Trainingseinheiten über kognitive und behaviorale Copingtechniken. Leung & Orrell (1993) beschreiben eine Gruppe in der bewusst auch Handouts an die Mitglieder verteilt wurden. Hautzinger (1992) führt in den Gruppen bewusst Pausen ein. Es soll innerhalb der Gruppen mit viel Feedback und Übungsaufgaben gearbeitet werden. Kaas et al. (1999) arbeiteten mit dem Einsatz von Hausaufgaben, Handouts, „angenehmen Aktivitäten-Listen“ und einem Stundenplan über die Inhalte der Sitzungen. Innerhalb der von Radley et al. (1997) beschriebenen Therapie waren zwei Hauptkomponenten vorhanden: Die Entspannungs- und Atemübungen auf der einen und die Informations- und Instruktionsbroschüren, die sich mit dem Vorgang des Vermeidens, des wenig vorhandenen Selbstvertrauens der ängstlichen Patienten und einigen Copingmethoden zum Umgang mit der Angst auseinander setzten, auf der anderen Seite.

„Social Skill Training“

Die Therapie von Vaccaro (1990, 1992) arbeitete mit Rollenspielen, dem aktiven Verteilen von Feedbacks, dem Einsatz von Modellszenarien und normalen Schulungen und Instruktionen. Bei Granholm et al. (2002) wurde ebenfalls mit Rollenspielen gearbeitet. Außerdem erfolgte ein problemlösender Ansatz, um die negativen Gedanken zu identifizieren und Kommunikationsfertigkeiten einzuüben. Es wurde mit multiplen Modalitäten der Informationspräsentation (Verteilen eines „Workbook manuals“ und

einer Anleitung zum Erfüllen der Hausaufgaben und Verwendung von Postern, Gedächtniskarten und einer Tafel) gearbeitet. Insgesamt wurde der ganze Inhalt der Therapie mit altersrelevanten Themen und Situationen gestaltet.

„Self-management Therapy“

Rokke et al. (2000) arbeiteten bewusst mit dem Aufgeben von Hausaufgaben. Ersek et al. (2003) schildert, dass in jeder Sitzung bestimmte Themen, die sich mit dem chronischen Schmerz beschäftigen, präsentiert und dann besprochen wurden. Die Intervention beinhaltete auch ein Entspannungstraining, welches die Patienten auch aktiv lernen sollten alleine durchführen zu können. Der Hauptbestandteil der Therapie bestand darin, den Patienten Schmerz-Management Fertigkeiten beizubringen. Zusätzlich wurden den Patienten problemlösende Strategien beigebracht.

Selbst-Sicherheits-Training

Es kamen technische Mittel wie Instruktionen, Modelllernen, Rollenspiele, Feedback, operante Verstärkungen, kognitive Methoden, Verhaltensübungen als „Hausaufgaben“ oder Übungen in alltäglichen Situationen im Stations- und Klinikbereich zur Anwendung (Stuhlmann 1992).

Format

Verhaltenstherapie

Leszcz (1997) beschreibt die Therapie bei depressiven Patienten als entmystifizierend. Den Patienten soll ein Gefühl der Universalität und Allgemeinheit innerhalb der Therapie vermittelt werden.

Die meisten der Verhaltenstechniken sind eher für eine kurze zeitliche Dauer angelegt. Der Fokus innerhalb der Gruppentherapien liegt auf der Veränderung des momentanen Verhaltens der Patienten (Moberg & Lazarus 1990). Brand & Clingempel (1992) führten ihre Gruppentherapie innerhalb eines geschlossenen Formates durch.

Kognitive Therapie

Häufig wird die Therapie mit einer begleitenden Verhaltenstherapie, Familientherapie oder Pharmakotherapie kombiniert. Bonhote et al. (1999) leiten eine Therapie, die neben einem kognitiv-behavioralen Zugang auch noch einen psychodynamischen und

unterstützenden Zugang beinhaltet. Sie nennen es insgesamt ein „integratives Therapiemodell“. Loebach Wetherell (1998) beschreibt die Durchführung der Therapie mit Patienten, die unter einer Angststörung leiden. Sie fasst in ihrem Überblick zusammen, dass häufig bei der Behandlung einer Angststörung ein kognitives Restrukturieren mit Entspannungstechniken kombiniert wird.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Leung & Orrell (1993) empfehlen eine Gruppe, die innerhalb eines geschlossenen, kurzen Formates mit dem Schwerpunkt auf dem Erlernen von kognitiven Theorien und Techniken, durchgeführt wurde. Hautzinger (1992) konzipierte die Gruppen so, dass sie sehr strukturiert ablaufen. Hercek & Bahro (2000) beschreiben in ihrer Übersicht, dass eine multimodale Gruppenstruktur am effektivsten ist. Die Therapie sollte sehr strukturiert und ritualisiert ablaufen. Die Therapie kann sowohl geschlossen, als auch „halboffen“ sein. Garner (2003) beschreibt in ihrem Überblick auch eine kognitiv-behaviorale „bibliotherapy“ und „telephone Group“ als erfolgreich. Brok (1997) empfiehlt ein sehr strukturiertes Therapieformat. Er kombiniert die kognitiv-behavioralen Techniken mit humanistischen und Entwicklungsperspektiven, wobei aber auch Raum für psychodynamische Aspekte gelassen wird, wenn sie erwünscht werden. Es werden dabei bestimmte Übungen, wie das Aufstellen, Bewerten und Diskutieren einer Liste über angenehme Tätigkeiten durchgeführt.

„Classroom Mind/Body Wellness Intervention“

Die Therapie wird mit Patienten, die unter einer physischen, chronischen Krankheit leiden, geführt (Rybarczyk et al. 2001). Sie ist eine Multikomponentenintervention. Sie beinhaltet ein Entspannungstraining (Progressive Muskelentspannung, Atemübungen, Autogenes Training, Imaginationsübungen) ein kognitives Restrukturieren in Bezug auf depressive-, ängstliche- und Stresssymptome, einen problemlösenden Ansatz und eine verhaltenstherapeutische Behandlung über das richtige Schlafverhalten, ausgewogene Ernährung und einige Übungen.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training, welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, wurde in einem offenem Format geführt.

5.1.7 Verlauf und Inhalt der Therapie

Verhaltenstherapie

Das von Ehrhardt et al. (1998) beschriebene verhaltenstherapeutische Kompetenztraining bei dementen Patienten besteht aus mehreren Inhaltseinheiten: Einer Verhaltensanalyse und Therapieplanung, einer Informationsgabe und Psychoedukation, einem Aktivitätsaufbau und einer Tagesstrukturierung, einem Stressmanagement, der Förderung sozialer Kompetenzen und der Modifikation dysfunktionaler Kognitionen. Die Einbeziehung von Angehörigen ist möglich und üblich. Lynch et al. (1993) wiederholen innerhalb ihres 28 Wochen Moduls den 14 Wochen Modus zweimal, so dass jedes Thema auch zweimal innerhalb der Gruppen besprochen wird. Eine Sitzung besteht erst aus einer Schulung, der darauf hin folgenden Durchführung bestimmter Übungen und am Ende erfolgt die Diskussion über das Erlernte. Die ersten 4 Sitzungen handeln das Thema „Umgang mit der Depression“ ab. In den nächsten 2 Sitzungen werden Fertigkeiten zum Umgang mit quälenden Situationen gelehrt, danach folgen drei Sitzungen darüber, wie man Emotionen regulieren kann und die letzten 5 Gruppensitzungen klären über interpersonelle Fähigkeiten auf. Jeder einzelne Patient bekam zusätzlich einmal wöchentlich für 30 Minuten einen individuellen Telefonkontakt. Brand & Clingempel (1992) berichten über eine Gruppentherapie, die streng auf dem Therapiemanual von Gallagher & Thompson beruht.

Kognitive Therapie

Am Anfang der Therapie wird meistens den Patienten genau erklärt, was die Kognitive Therapie ist und was ihre genauen Ziele sind. Dabei werden die Erwartungen des Patienten an die Therapie mit einbezogen. Es wird betont, dass für den Erfolg der Therapie die aktive Mitarbeit des Patienten wichtig ist (Moberg & Lazarus 1990; Koder et al. 1996). Koder et al. (1996) betonen, wie wichtig die sorgfältige Beendigungsphase ist, in der die Patienten nicht nur auf mögliche Krisen vorbereitet werden, sondern ihnen angeboten wird, sich auch in Zukunft ohne die Gruppen noch Hilfe holen zu können. Eventuell werden auch noch vereinzelte „Follow up“ Sitzungen durchgeführt.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Am Anfang der Gruppe wird sehr oft den Patienten vermittelt, wie sie sich innerhalb der Gruppe verhalten sollen (Gruppenregeln werden erläutert) und wie sie von der Gruppe profitieren können (Schonfeld et al. 2000, Abraham et al. 1991; Corgiat & Gill 1991/2; Hautzinger 1992). Innerhalb einiger Therapien werden am Anfang negative Selbstgespräche identifiziert und die Gründe dafür diskutiert. Dieser Prozess kann teilweise bis zu 4 Monaten dauern (Abraham et al. 1991). Das Beenden der Gruppe wird von den meisten Autoren als schwierig beschrieben und benötigt häufig einen längeren Zeitraum, innerhalb dessen die Patienten auf das Ende der Gruppe vorbereitet werden. Nach Ankündigung des Endes der Gruppe erfährt die Gruppe durch die sich entwickelnde Angst und entstehende Schwachheit ihrer Mitglieder einen verletzbareren Charakter.

Arean (1993), Corgiat & Gill *(1991/92) und Hautzinger (1992) empfehlen Pausen innerhalb der Therapien einzubauen.

Hautzinger (2002) fasst in seiner Übersicht folgende Inhalte der Therapie bei Parkinson Patienten zusammen: Information und Schulungen zur Krankheit, Atemübungen, Entspannungsverfahren, Training der Grob- und Feinmotorik und von Verhaltensabläufen, EMG-Biofeedback, Training von sozialen Fertigkeiten, Stressabbau und Stressbewältigung, Alltagsstrukturierung und Aktivierung.

Hautzinger (1992; 1999; 2000) hat für jede einzelne Therapiesitzung mit depressiven Patienten ein bestimmtes Diskussionsthema vorgesehen (wie z.B. „Denken und Fühlen“, „Negative und positive Gedanken“, „Soziale Kompetenzen“ usw.) Die Themen beruhen alle auf dem von ihm entwickeltem „**Selektion Optimierung Kompensation Gruppenprogramm**“, (SOK). Zu Beginn der ersten Sitzung erfolgt eine Begrüßung, ein gegenseitiges Kennenlernen und das Vorstellen der Gruppenregeln. In jeder weiteren Sitzung wird generell am Anfang die vorherige Therapie zusammengefasst bzw. wiederholt und die Hausaufgaben besprochen. Danach erfolgt die Besprechung der jeweils vorgesehenen Themen und die Bearbeitung der dazu passenden Aufgaben (z.B. Aufstellen eines Wochenplanes oder einer Liste an angenehmen Tätigkeiten). Am Ende werden die relevanten Inhalte der jeweiligen Sitzung noch einmal wiederholt. Innerhalb der letzten Sitzung wird bewusst das Thema „die Zeit nach Gruppenende“ angesprochen, alle Gruppeninhalte noch einmal

wiederholt und ein persönlicher Handlungsplan erstellt, um die Patienten auf das oft schwierige Ende der Gruppe vorzubereiten.

Cook (1998) legte bei dem von ihm geschilderten kognitiv-behavioralen Schmerz-Management fest, dass am Anfang der Sitzungen jeweils die Themen der vorherigen Sitzung besprochen und die Hausaufgaben kontrolliert wurden. Danach wurden neue Informationen und Fertigkeiten den Patienten präsentiert und mit ihnen eingeübt. Im Anschluss daran wurden diese Informationen und Fertigkeiten innerhalb der Gruppe diskutiert. Am Ende erfolgte eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte der Sitzung und die Hausaufgaben wurden verteilt.

Bei Brawley et al. (2000), die eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie in Kombination mit physischen Aktivitäten durchführten, wird die erste halbe Stunde damit verbracht, gemeinsam Lektüren über bestimmte Gesundheitsthemen zu studieren. Danach werden für 1 Stunde verschiedene Sport- bzw. Bewegungsübungen durchgeführt. In der letzten halben Stunde werden dann innerhalb der Gruppendiskussionen bestimmte kognitive und behaviorale Fertigkeiten den Patienten vermittelt.

Bei Schonfeld et al. (2000), die eine Studie über eine kognitiv-behaviorale Therapie bei Veteranen mit einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit durchführten, bestanden die einzelnen Sitzungen aus einem Angst- und Frustrations-Managementtraining. Außerdem wurden ihnen Copingtechniken beigebracht, um mit Ärger, Anspannung, sozialem Druck, Depressionen und Einsamkeit umgehen zu können. Am Anfang der Therapie wurde eine Analyse des eigenen Verhaltens durchgeführt und am Ende der Therapie wurde ihnen speziell beigebracht, wie ein Rückfall verhindert werden kann.

Areán et al. (2001) beschreiben in ihrem Überblick zwei kognitiv-behaviorale Gruppentherapien. Eine von ihnen beinhaltet eine Schulung über Depressionen, ein kognitives Restrukturieren, das Aufstellen eines Aktivitätenstundenplanes, das Entwickeln von problemlösenden Strategien und einem Entspannungstraining. Die zweite Therapie besteht aus drei Modulen: „Gedanken“, „Menschen“ und „Aktivitäten“.

Subramanian *(1994) untersuchte in ihrer Studie eine kognitiv-behaviorale Therapie, die ein Entspannungstraining, soziales Fertigkeitstraining und ein kognitives Restrukturieren beinhaltete.

Morin et al. *(1993) leiteten eine kognitiv-behaviorale Therapie bei Patienten mit Schlafstörungen. Dementsprechend bestand der Inhalt der Therapie darin den Patienten über die Basisgrundregeln eines richtigen Schlafverhaltens, über die Gestaltung der Umgebung und über Faktoren die den Schlaf stören, aufzuklären. Insgesamt bestand die Therapie aus kognitiven, behavioralen und schulenden Elementen.

Calfas et al. * (1992) führten die Therapiesitzungen mit Patienten, die unter Osteoarthritis litten, jeweils an Themen orientiert durch. Am Anfang berichtete jeder Patient von seiner Woche und die Hausaufgaben bzw. die Ziele der letzten Sitzung wurden besprochen. Danach sollte jeder Patient möglichst einen Kommentar zu dem vorher festgelegtem Thema geben und am Ende wurden wieder Hausaufgaben erteilt.

Bei Stanley et al. (1996) bestand die Therapie aus einer Tiefenmuskelentspannung und einer kognitiven Therapie.

Oude Voshaar et al. *(2003) beschreiben drei Hauptkomponenten ihrer Therapie: (1.) eine Schulung der Patienten über die Vor- und Nachteile einer Benzodiazepinlangzeitanwendung, (2.) die Durchführung und Schulung über eine progressive Muskelentspannung, (3.) ein kognitives Restrukturieren über die Bedeutung eines sozialen Rückzuges.

Schonfeld & Dupree (1995) beschreiben in ihrer Übersicht, dass die meisten kognitiv-behavioralen Therapien mit Alkoholikern so aufgebaut sind, dass in den ersten zwei Sitzungen ihr Verhalten in Bezug auf das Trinken untersucht wird. Danach erfolgen ungefähr 6 Sitzungen, die sich mit dem Identifizieren von Situationen die ein hohes Risiko bergen erneut mit dem Trinken anzufangen, beschäftigen. Danach erfolgt die Schulung und das Beibringen von Verhaltensfertigkeiten um zu lernen, mit der Alkoholabhängigkeit angepasst umgehen zu können. Die Anzahl der Sitzungen variiert sehr. Als letzte Phase wird über einen Zeitraum von einem Jahr der Kontakt so aufrecht erhalten, dass die Patienten sich in Krisensituationen auf jeden Fall Unterstützung holen können.

Hercek & Bahro (2000) beschreiben folgende Inhalte als sehr wichtig innerhalb der Therapie mit älteren Alkoholikern: (1.) die Analyse der gegenwärtigen Lebenssituation, (2) das Erlernen von Kriseninterventionen und Krisenprophylaxen, (3.) die Vorbereitung auf Grenzsituationen. Es wird häufig sichtbar, dass nach anfänglichem Zögern fast alle Patienten dann im Laufe der Therapie doch noch aktiv mitmachen.

Rejeski et al. (2003) teilten ihre Therapiesitzungen so auf, dass die unter einer kardiovaskulären Krankheit leidenden Patienten erst für 1 Stunde sportliche Übungen machten, dann eine Aufklärungslektüre über bestimmte Aspekte der Rehabilitationstherapie lasen und dann die letzten 25 Minuten die Gruppenberatung darüber erfolgte, wie sie sich erfolgreich auch alleine im Alltag fit halten können.

Kaas et al. (1999) schildern, dass in den ersten 15 Minuten die Patienten begrüßt und die Hausaufgaben besprochen wurden. Daraufhin wurde in den nächsten 20-30 Minuten neues Material verteilt und besprochen. Die letzten 20 Minuten waren für Fragen, die Verteilung der Hausaufgaben und die Vorankündigung des Themas der nächsten Sitzung vorgesehen. Generell wurde am Anfang der ersten Sitzung den Patienten erklärt, was genau die kognitiv-behaviorale Therapie ist und was für Ziele sie verfolgt. Danach wurden in den nächsten Sitzungen bestimmte Gefühle und Gedanken auch in Verbindung zu bestimmten Situationen identifiziert und die Listen mit den angenehmen Tätigkeiten ausgefüllt und besprochen.

„Social Skill Training“

Innerhalb der Therapie von Vaccaro (1990, 1992) mit schizophrenen, aggressiven Patienten wurden in jeder Sitzung in den ersten 15 Minuten die Vorteile eines bestimmten angepassten Verhalten innerhalb des Gruppensettings besprochen. Die Leiter der Therapie machten dies in den nächsten 20 Minuten durch Rollenspiele und Modelle deutlich. Daraufhin wurden die Patienten aufgefordert diese bestimmten Szenen in den nächsten 30 Minuten noch einmal nachzuspielen. Die Nichtspieler beobachteten die Spiele und es wurden sowohl die Auswirkungen von angepasstem als auch von aggressivem Verhalten besprochen. Zusätzlich mussten die Patienten einmal in der Woche eine „Socialisation hour“ besuchen, in der sie innerhalb von normalen Aktivitätsgruppen ihr neu gelerntes Verhalten ausprobieren und anwenden sollten. Innerhalb der darauf folgenden Trainingssitzungen wurde dann das gezeigte Verhalten gemeinsam besprochen.

„Problem Solving Therapy“

Die Therapie wird hauptsächlich in der Anwendung mit depressiven Patienten beschrieben und hat als Hauptbestandteile das Definieren von Problemen und das dementsprechende Umformulieren dieser definierten Probleme. Es wurden alternative

Aktivitätspläne durch ein „Brainstorming“ entwickelt und Lösungen gesucht (Morris & Morris 1991).

„Self-management Therapy“

Rokke et al. (2000) beschreibt, dass innerhalb der 1. Sitzung erklärt wurde, was genau die Therapie ist und bewirkt. In der 2. Sitzung wurden angenehme Tätigkeiten identifiziert, in der 3. und 4. Sitzung wurden die Kognitionen identifiziert, die die Depression aufrechterhalten und erzeugen, in der 5. und 6. Sitzung wurden realistische Ziele, die erreicht werden sollen, aufgestellt und in der 6. und 7. Sitzung wurde verstärkendes Verhalten den Patienten vermittelt. Innerhalb der letzten beiden Sitzungen wurden die Hauptaussagen und Ziele der Therapie noch einmal wiederholt und geübt.

5.1.8 Zeitrahmen und Setting

Dauer

Verhaltenstherapie

Das von Ehrhardt et al. (1998; 1999) beschriebene Verhaltenstherapeutische Kompetenztraining bei dementen Patienten besteht aus 12-40 Einheiten für jeweils 50 Minuten und umfasst sechs Module. Lynch (2000) beschreibt, dass bei der Durchführung einer dialektischen Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung eine Sitzung jeweils 2 Stunden dauerten und einmal wöchentlich statt fand. Lynch et al. (1993) führten ihre Gruppen einmal wöchentlich à eine Stunde für insgesamt 28 Wochen durch. Brand & Clingempel (1992) berichten, dass die Gruppe sich für insgesamt 2 Wochen lang, viermal in der Woche für 2 Stunden lang traf. Little et al. (1997) beschrieben eine Therapie, die aus 5 wöchentlichen 90 Minuten andauernden Sitzungen bestand. Bei der von Radley et al. (1997) beschriebenen Therapie fanden insgesamt 8 Sitzungen statt.

Kognitive Therapie

Koder et al. (1996) untersuchen in ihrem Überblick insgesamt vier Gruppentherapien. Die Sitzungen wurden über folgende Zeitspannen geführt: 10, 20, 26 und 37 Wochen. Hersen & Van Hasselt (1992) berichten von einer kognitiven Therapieform, die zweimal in der Woche für 45 Minuten über eine Zeitspanne von 10 Wochen geführt

wurde. Loebach Wetherell (1998) beschreibt die Durchführung der Therapie mit Patienten, die unter einer Angststörung leiden. Die beschriebene Gruppe traf sich für 2 Stunden in der Woche für insgesamt 4 Wochen. Clare et al. (2003) untersuchen in ihrer Meta-Analyse die Effektivität von Therapie mit Alzheimer Patienten. Eine der 6 Therapien wurde innerhalb eines Gruppenformats geleitet und dauerte jeweils eine Stunde und wurde täglich für insgesamt 5 Wochen durchgeführt.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Hautzinger (1999) konzipierte sein Gruppenprogramm für insgesamt 12 Sitzungen zu jeweils 120 Minuten und Hautzinger (1992) konzipierte die Gruppen so, dass sie insgesamt für 12-16 Wochen einmal wöchentlich für 1½ Stunden stattfanden. Cook (1998) legte bei ihrem kognitiv-behavioralen Schmerz-Management fest, dass sich die Gruppe wöchentlich für insgesamt 10 Sitzungen à eine Stunde trifft. Brawley et al. (2000), die eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie in Kombination mit physischen Aktivitäten durchführten, leiteten die Gruppen einmal wöchentlich für jeweils 2 Stunden für insgesamt 12 Wochen. Schonfeld et al. (2000) führten eine Studie über eine kognitiv-behaviorale Therapie bei Veteranen mit einer Alkoholabhängigkeit durch, bei der die Sitzungen einmal wöchentlich à 75 Minuten für insgesamt 16 Sitzungen durchgeführt wurden. Areán et al. (2001) beschreiben in ihrem Überblick eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie, die für insgesamt 20 Sitzungen je eine Stunde lang durchgeführt wird und eine Therapie, die speziell an das Setting eines normalen Krankenhauses angepasst wurde, und für insgesamt 16 Sitzungen über jeweils eine Stunde andauernd konzipiert wurde. Subramanian *(1994) untersuchte in ihrer Studie eine kognitiv-behaviorale Therapie, die insgesamt achtmal wöchentlich für je 2 Stunden durchgeführt wurde. Abraham et al. (1992) leiteten ihre Therapien für insgesamt 24 Wochen. Morin et al. *(1993) leiteten eine kognitiv-behaviorale Therapie, die sich einmal wöchentlich für insgesamt 8 Sitzungen à 90 Minuten traf. Leung & Orrell (1993) beschreiben eine Gruppe, die sich einmal wöchentlich für 1½ Stunden, für insgesamt 7 Sitzungen traf. Corgiat & Gill führen ihre Gruppe für insgesamt 12 Wochen, einmal wöchentlich für 2 Stunden durch. Calfas et al. *(1992) führten die Therapie mit Patienten, die unter Osteoarthritis litten insgesamt für 10 Sitzungen jeweils einmal die Woche durch. Stanley et al. (1996) leiteten die Gruppen einmal wöchentlich für insgesamt 14 wöchentliche 1½ Stunden Sitzungen. Oude Voshaar et al. (2003) leiteten

die Therapie fünfmal wöchentlich für insgesamt 3 Monate. Die einzelnen Sitzungen dauerten jeweils 2 Stunden. O'Rourke & Hadjistavropoulos (1997) beschreiben in ihrem Übersichtsartikel eine Therapie, die sich einmal in der Woche für eine Stunde über einen Zeitraum von 9 Monaten trifft. Rejeski et al. (2003) staffelten ihre Therapie auf: In den ersten 2 Monaten traf sich die Gruppe zweimal für 1½ Stunden in der Woche und in den nächsten 7 Monaten kam die Gruppe nur einmal in der Woche für 1½ Stunden zusammen. Loebach Wetherell (1998) beschreibt die Durchführung der Therapie mit Patienten, die unter einer Angststörung leiden. Die Gruppe traf sich zweimal wöchentlich für eine Stunde für insgesamt 5 Wochen. Kaas et al. (1999) führten ihre Gruppe einmal in der Woche für eine Stunde über insgesamt 8 Wochen durch. Die Therapie fand mittags zwischen 13.30 und 14.30 statt.

„Social Skill Training“

Das Training fand bei Grabholm et al. (2002) über insgesamt 12 Wochen einmal wöchentlich à 90 Minuten statt. Bei Vaccaro (1990; 1992) wurde die Therapie zweimal in der Woche à 1 Stunde für insgesamt 18 Wochen geführt.

„Problem-Solving Therapy“

Die von Morris & Morris (1991) in ihrem Überblick wiedergegebene Gruppe traf sich fünfmal in der Woche für je 30 Minuten für insgesamt 2 Wochen.

„Classroom Mind/Body Wellness Intervention“

Die beschriebene Gruppe traf sich für 8 Sitzungen für jeweils zwei Stunden.

„Self-management Therapy“

Rokke et al. (2000) beschreiben, dass sich die Gruppe für insgesamt 10 Sitzungen einmal in der Woche à 1 ½ Stunden traf. Ersek et al. (2003) leiteten die Gruppe einmal in der Woche für 90 Minuten über einen Zeitraum von insgesamt 7 Wochen.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training, welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, traf sich einmal wöchentlich für 90 Minuten. Die Patienten partizipierten für die Dauer ihres Stationsalltages in der Gruppe.

Setting

Verhaltenstherapie

Ehrhardt et al. (1998; 1999) leiteten ihr verhaltenstherapeutisches Kompetenztraining sowohl ambulant als auch auf einer Station einer psychiatrischen Klinik. Burgio (1996) berichtet von Verhaltenstherapien, die innerhalb von Pflegeheimen durchgeführt werden. Lynch et al. (2000; 2003) führten ihre dialektische Verhaltenstherapie mit ambulanten Patienten durch. Brand & Clingempel (1992) führten ihre Therapie dagegen mit stationären Patienten einer geriatrischen Psychiatrie durch. Aufgrund dessen, dass Tonscheidt (1992) in der stationären psychotherapeutischen Behandlung Älterer eine große Chance sieht, kritisiert er die in Deutschland eher noch sehr rar bestehenden speziellen Behandlungsangebote in Fachkliniken. Die von ihm geschilderte Therapie beschreibt allerdings eine stationäre Verhaltenstherapie.

Kognitive Therapie

Koder et al. (1996) untersuchten in ihrem Überblick insgesamt vier Studien, die über eine Gruppentherapie berichten. Davon wird eine Studie mit Patienten innerhalb eines Pflegeheimes und die anderen drei Studien mit ambulanten Patienten geführt. Zerhusen et al. (1991) führten ihre Gruppe in einem Pflegeheim durch.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Hautzinger (1999) leitete Gruppen innerhalb eines Altenheimes, auf einer psychiatrischen Station und innerhalb einer psychiatrischen Tagesklinik. Er führte ebenso Gruppen mit ambulanten Patienten durch.

Cook (1998) führte ihr kognitiv-behaviorales Schmerz-Management innerhalb eines Pflegeheimes durch. Grant & Casey (1995) beschreiben die Therapie (ohne speziell dabei zwischen Einzel- und Gruppentherapieformat zu unterscheiden) sowohl in ambulanten als auch in institutionalisierten Settings als erfolgreich. Carmin et al. (1998) führten eine Studie über eine kognitiv-behaviorale Therapie mit institutionalisierten Patienten, die unter einer Zwangsneurose leiden, durch. Schonfeld et al. (2000) führten eine Studie über eine kognitiv-behaviorale Therapie bei Veteranen mit einer Alkoholabhängigkeit ambulant durch. Areán et al. (2001) beschreiben in ihrem Überblick zwei kognitiv-behaviorale Gruppentherapien. Eine der beiden Therapien

wurde bewusst so verändert, dass sie auch innerhalb der medizinischen Grundversorgung, also in normalen Krankenhäusern durchführbar ist. Abraham et al. (1992) führten die Gruppen in einem Pflegeheim durch. Morin et al. *(1993), Leung & Orrell (1993) und Corgiat & Gill *(1991/92) leiteten eine kognitiv-behaviorale Therapie mit ambulanten Patienten einer psychiatrischen Tagesklinik oder einer Gemeinde. Oude Voshaar et al. (2003) führten die Therapien mit ambulanten Patienten durch. Rejeski et al. (2003) arbeitete ebenfalls mit ambulanten Patienten. Hercek & Bahro (2000) beschreiben Gruppen, die stationär mit alkoholabhängigen Älteren arbeiten. Kaas et al. (1999) führten ihre Therapie innerhalb eines Betreuten Wohnens durch. Die von Radley et al. (1997) beschriebene Therapie wurde mit ambulanten Patienten innerhalb eines Gemeindezentrums geführt.

„Problem-Solving Therapy“

Die von Morris & Morris (1991) in ihrem Überblick wiedergegebene Gruppe fand innerhalb eines Pflegeheimes statt.

5.1.9 Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen

Verhaltenstherapie

Burgio (1996) betont, dass z.B. innerhalb von Pflegeheimen die Krankenschwestern noch verstärkter lernen sollten, verhaltenstherapeutische Techniken anzuwenden. Das gesamte Management System eines Pflegeheimes sollte daraufhin verbessert werden. Hirsch (1990) beschreibt, dass bei dementen Patienten die Verhaltenstherapie fast nur in Institutionen eingesetzt wird - und zwar vor allem im Interesse der Umwelt und des Pflegepersonals, die oft die Verhaltensweisen der Betroffenen nicht mehr ertragen können. Hier werden hauptsächlich operante Methoden angewendet. Voraussetzung ist: Das Behandlungspersonal muss gut trainiert, ausführlich informiert sein und über alle Schwierigkeiten sprechen können. Der gesamte Tagesablauf muss klar durchstrukturiert sein. Tonscheidt (1992) sieht in der stationären Verhaltenstherapie die Möglichkeit der Kooperation somatischer, psychologischer und sozialer Interventionen in interdisziplinärer Zusammenarbeit gestattet. Im stationären Rahmen ist eine nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich wesentlich umfanglichere Betreuung der Patienten

möglich. So lassen sich stationär auch schwerer gestörte Patienten behandeln als im ambulanten Setting. Einerseits besteht ein Vorteil durch die Entlastung von Alltagspflichten, aber andererseits besteht auch die Gefahr einer Hospitalisierung und Entfremdung.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Carmin et al. (1998) führten eine Studie über eine individuelle kognitiv-behaviorale Therapie mit institutionalisierten Patienten, die unter einer Zwangsneurose leiden, durch. Innerhalb des komplexen Behandlungsplan des Patienten ist die Therapie nur ein Teilbestand. Der Patient besucht häufig auch noch eine Familientherapie, ein Angst Management Training oder bekommt zusätzlich noch Medikamente. Innerhalb der Psychiatrie arbeitet ein multidisziplinäres Behandlungsteam, bestehend aus Psychologen, Psychiatern, Sozialarbeiter und Krankenschwestern den individuellen Behandlungsplan des Patienten aus. Areán et al. (2001) beschreiben in ihrem Überblick eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie, die speziell an das Setting eines normalen Krankenhauses angepasst wurde. Sie betonen, wie wichtig es für ältere Menschen ist, auch außerhalb spezialisierter Psychiatrien das Angebot für bestimmte Psychotherapien innerhalb normaler Krankenhäuser zu bekommen. Der Therapeut sollte mit dem Pflorgeteam des Krankenhauses eng zusammenarbeiten.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training, welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, fand innerhalb eines komplexen Behandlungskonzeptes einer gerontopsychiatrischen Station statt. Das Training war innerhalb eines komplexen Gesamtbehandlungsplanes mit den Schwerpunkten der aktivierenden Pflege, der medikamentösen Therapie von körperlichen Erkrankungen, spezifischen psychiatrischen Störungsbildern und Hirnleistungsstörungen. Das heißt, neben dem Training partizipierten die Teilnehmer auch an Massagen, Gedächtnisübungen, Übungen von Alltagsaktivitäten, Gymnastikgruppen usw.

5.1.10 Wirkfaktoren und Ergebnisse

Verhaltenstherapie

Ehrhardt et al. (1998, 1999) sehen drei Hauptziele, die das von ihnen entwickelte verhaltenstherapeutische Kompetenztraining für Alzheimer Patienten erreichen soll: 1. den Patienten bei seinen Belastungen, die durch die Krankheit erzeugt wurden, zu helfen. 2. durch die Mobilisierung vorhandener Ressourcen zu vermeiden, dass der Patient im Frühstadium seiner Erkrankung in einem stärkeren Maße deaktiviert wird als dies aufgrund seiner tatsächlichen neuropsychologischen Defizite gerechtfertigt ist. 3. den depressiven Symptomen der Patienten soll entgegengewirkt werden. Das Training kann nicht nur innerhalb eines Gruppen-, sondern auch innerhalb eines Einzelformates durchgeführt werden. Bisher wurde nur das Einzelformat innerhalb der Literatur anhand eines Fallbeispiels als positiv wirkend auf die Kognition der Patienten beschrieben (Ehrhardt et al. 1999). Burgio (1996) berichtet in seinem Review, dass die Verhaltenstherapie erstens erfolgreich bei Alzheimer Patienten ist und zweitens im Vergleich zur Pharmakotherapie oft von den Patienten mehr akzeptiert wird. Lynch (2000) beschreibt, dass bei der Durchführung einer dialektischen Verhaltenstherapie inkl. Medikation bei depressiven Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu einer Gruppe von Patienten, die nur mit Medikamenten behandelt wurden, kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Behandlungsgruppen festzustellen war. Beide Behandlungsgruppen reduzierten die Depressionen erfolgreich. Lynch et al. (1993) verglichen innerhalb ihrer Studie ebenfalls depressive Patienten, die eine dialektische Verhaltenstherapie inkl. einer Medikation bekamen mit Patienten, die nur Psychopharmaka bekamen. Bei den Patienten, die eine Therapie und Medikamente gleichzeitig bekamen, wurde ihre Depression mehr gesenkt und nur sie konnten auch ihre Autonomie und Copingstrategien erhöhen. Brand & Clingempel (1992) konnten in ihrer Studie keine signifikant höhere Reduzierung der Depression der Patienten, die innerhalb einer Verhaltenstherapie mitpartizipiert hatten, im Vergleich zu Patienten, die nur eine Standardkrankenhausbehandlung bekommen hatten, bestätigen. Bei beiden Patientengruppen wurden die Depression ungefähr gleich stark reduziert.

Einzeltherapie

Friedman et al. (1992) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass verschiedene Verhaltenstrainings bei älteren Menschen ihre Schlafstörungen reduzieren und ihre Wahrnehmung über ihren Schlaf verbessern können. Fielden (1990) beschreibt die Therapie allgemein, aber speziell auch bei einer Patientin mit einem Tinnitus als erfolgreich.

Lundervold & Lewin (1990) kommen bei einer Umfrage von 20 älteren Menschen zu dem eindeutigen Ergebnis, dass ältere Menschen eine Verhaltenstherapie eher und besser als Behandlungstechnik bei einer Depression akzeptieren als eine Psychopharmakotherapie.

Kognitive Therapie

Eine der Hauptaufgaben der Therapie ist die Aufklärung des Patienten über den Zusammenhang zwischen seinen negativen Gedanken und seinen depressiven Gefühlen. Danach sollen die persönlichen, konkreten, negativen Gedanken des Patienten identifiziert und verändert werden. Die Aufgabe des Patienten besteht darin, seine Sicht über sich selber, die Welt und die Zukunft mehr realitätsbezogen und adaptiv zu gestalten (Moberg & Lazarus 1990). Fuchs & Zimmer (1992) berichten innerhalb ihrer Meta-Analyse von einer kognitiven, ambulant über 20 Wochen lang durchgeführten Gruppentherapie, die erfolgreicher als eine Placebobehandlung war, und eine Patientengruppe, die nur mit Alprazolam behandelt wurde, die depressiven Symptome der Gruppenteilnehmer senkte. Koder et al. (1996) untersuchen in ihrem Überblick insgesamt 7 Studien, wo denen vier Studien Therapien innerhalb eines Gruppenformates untersuchten. Insgesamt kommt man zu dem eindeutigen Ergebnis, dass die kognitive Therapie erfolgreicher als keine Therapie oder eine Placebogruppe ist. Hersen & Van Hasselt (1992) berichten von einer kognitiven Therapieform bei Patienten mit einer Angststörung, die im Vergleich zu einer Muskelentspannungsgruppe innerhalb einer Studie untersucht wurde und im Gegensatz zur Muskelentspannungsgruppe keine signifikanten Symptomverbesserung bei den Patienten erzeugte. Bei Zerhusen et al. (1991) wurde die Depression, im Gegensatz zu einer Musiktherapie und einer Kontrollgruppe, signifikant reduziert.

Unklares Therapieformat

Clare et al. (2003) untersuchen in ihrer Meta-Analyse die Effektivität von 6 Therapien, die mit Alzheimer Patienten arbeiteten. Keine der Studien konnte in irgendeinem Zielparameter einen statistisch signifikanten Effekt aufweisen. Scogin & McElreath (1994) untersuchten insgesamt 17 psychosoziale Behandlungen bei Älteren (darunter waren 2 kognitive Gruppentherapien und 2 Studien über eine Gruppenverhaltenstherapie). Insgesamt wiesen die kognitiven Therapien die größten Effekte auf und waren dementsprechend effektiver als die Verhaltenstherapien.

Einzeltherapien

Campbell *(1992) untersucht in ihrer Studie konkret den therapeutischen Erfolg auf die Depression der Patienten, der durch das bewusste Einsetzen und Besprechen von Tagebüchern erfolgt. Die Therapie wurde mit ambulanten Patienten eines Betreuten Wohnens von einer Krankenschwester durchgeführt. Im Vergleich zu einer Kontroll- und Handwerksgruppe wurden bei der kognitiven Therapie die depressiven Symptome am meisten reduziert.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Generell formuliert Hautzinger (1999, 2002) drei Hauptziele, die die Therapie bewirken soll: (1.) Selektion: Die Ziele und Wünsche sollen realistisch an die Lebensbedingungen angepasst werden. Es müssen alte Enttäuschungen und Hoffnungen aufgegeben werden. (2.) Optimierung: Geschickter Einsatz von Ressourcen und Aufgabe von depressionsfördernden Bedingungen im Lebensalltag. (3.) Kompensation: Verhaltensweisen, die depressionsfördernd sind werden korrigiert und durch situationsangemesseneres Verhalten ersetzt. Hautzinger (1999) führte Studien mit stationären, teilstationären und ambulanten Patienten durch, die die Effektivität des SOK-Gruppenprogrammes (siehe Einführung) überprüfen sollten. Er kam bei allen Patientengruppen zu positiven Ergebnissen: Die Depression der Patienten konnte signifikant dazu reduziert werden (Bei den ambulanten Patienten betrug die Effektstärke zwischen Prä und Post Vergleich 0,84 und zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe 0,57). Somit wurde belegt, dass das Behandlungssetting ambulant versus stationär keine Rolle spielt. Hautzinger (2000) berichtet, dass die Kombination aus Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie kurzfristig keine Vorteile bringt.

Leszcz (1997) sieht das Ziel der Therapie darin, dass der Teufelskreis der depressiven Stimmung, die zu einer Reduzierung der Interaktionen und dementsprechend positiven interpersonellen Verstärkungen führt und dann in einem generellen sozialen Rückzug und Verlust von sozialen Fähigkeiten endet, beendet werden muss. Klausner & Alexopoulos (1999) sehen folgende zwei Hauptziele in der Therapie: (1.) Die Veränderung von Gedanken, (2.) Die Verbesserung von Fertigkeiten, Umgangsweisen und emotionalen Zuständen, die zu einer Psychopathologie beitragen. In ihrer Übersicht untersuchten sie zwei Studien, bei denen eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie bei depressiven Älteren durchgeführt wurde. Beide Studien kamen zu positiven Ergebnissen: Die Depressionen der Patienten konnten reduziert und das Schlafverhalten im Vergleich zu einer Placebo-Gruppe und einer Gruppe, die mit Medikamenten behandelt wurde, verbessert werden. Generell beschreiben sie die Therapie als auch erfolgreich bei dementen Älteren, und Patienten, die unter Schlafstörungen oder Angststörungen leiden. In dem Überblick untersuchte Hautzinger (2002) 10 Studien, die bei depressiven Patienten eine kognitive Verhaltenstherapie durchführten (4 dieser Studien arbeiteten mit einem Gruppenformat). Im Vergleich mit keiner Behandlung ergaben sich Effektstärken von 0.78-1.4 zugunsten der kognitiven Verhaltenstherapie. Bei Vergleichen der kognitiven Verhaltenstherapie mit anderen Formen der Psychotherapie errechneten sich Effektstärken von 0.20-0.70 zugunsten der kognitiven Verhaltenstherapie. Hautzinger (2002) untersuchte ebenfalls drei Studien, die bei Parkinson-Patienten eine kognitive Verhaltenstherapie durchführten: Alle drei Studien kamen zu positiven Ergebnissen. Hautzinger (1992) führte 2 Studien mit depressiven Patienten durch und kam zu dem Ergebnis, dass in beiden Fällen die Depression der Patienten durch das kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm reduziert werden konnte. Cook (1998) kam in der Studie, welche die Effektivität des kognitiv-behavioralem Schmerz-Management im Vergleich zu einer Unterstützungsgruppe überprüfte, zu dem Ergebnis, dass sie in Bezug auf die Reduzierung der Depression und den Medikamentenverbrauch der Patienten nicht erfolgreich war. Das Training konnte aber den empfundenen Schmerz und die damit verbundenen Einschränkungen signifikant senken. Die Erfolge konnten auch über einen Zeitraum von 4 Monaten nach Beendigung der Therapie noch aufrecht erhalten werden. In dem Übersichtsartikel von Koder (1998) wird die kognitiv-behaviorale Therapie in der Anwendung bei kognitiv

eingeschränkten Patienten zur Behandlung ihrer Angst als erfolgreich beschrieben. Es wurden zwei Studien wiedergegeben, bei denen die Therapie innerhalb eines Gruppenformates erfolgte. Bei ihnen wurden jeweils die kognitiven Symptome der Angst besonders durch die Therapie reduziert. Sie erwähnen allerdings bestimmte Anpassungen der Therapie an diese spezielle Patientengruppe. Bei Brawley et al. (2000), die eine Studie über eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie in Kombination mit physischen Aktivitäten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe und einem Standardsportprogramm durchführten, kam das Ergebnis heraus, dass nach einem „Follow up“ von 9 Monaten eindeutig die Gruppe mit der Kombination aus Sport und einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie die höchste wöchentliche Frequenz an sportlichen Aktivitäten aufwies. Beide Sportgruppen wiesen eine höhere gesundheitsbewusste Lebensqualität nach 6 Monaten auf. Schonfeld et al. (2000), die eine Studie über eine kognitive-behaviorale Therapie bei Veteranen mit einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit durchführten, kommen zu dem Ergebnis, dass die Patienten, die die Therapie zu Ende führten, höhere Abstinenzraten als die Patienten die die Therapie abgebrochen hatten, aufwiesen. Dementsprechend wurde die Therapie als erfolgreich bei Veteranen mit einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bewertet. Fuchs & Zimmer (1992) berichten innerhalb ihrer Meta-Analyse von einer über 36 Wochen dauernden, kognitiv-behavioralen ambulanten Gruppentherapie, die signifikanter im Vergleich zu einer Psychodynamischen Therapie die depressiven Symptome der Patienten senkte. Abraham et al. (1992) kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass weder die kognitiv-behaviorale Therapie noch die Imaginationstherapie oder Erziehungsgruppe die Depression und Hoffnungslosigkeit der Patienten reduzieren oder die Lebenszufriedenheit erhöhen konnte. Nur die kognitiv-behaviorale Therapie konnte noch mehr als die Imaginationstherapie die kognitiven Funktionen der Patienten verbessern. Morin et al. *(1993) leiteten eine kognitiv-behaviorale Therapie bei Patienten mit Schlafstörungen und geben an, dass die Therapie erfolgreich einige Aspekte des Schlafverhaltens der Patienten verbessern konnte. Diese Erfolge blieben auch noch bei einer Nachuntersuchung nach einem Jahr bestehen. Leung & Orrell (1993) beschreiben die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie generell als die erfolgreichste Gruppentherapie, die bei älteren Menschen durchgeführt wird. Sie belegen durch ihre Studie, dass sie besonders bei Patienten mit einer nach DSM-III-R

klassifizierten „major Depression“ in Abgrenzung zu anderen Diagnosen die Depression der Patienten reduziert. Calfas et al. *(1992) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die kognitiv-behaviorale Therapie gleich stark positive Langzeiteffekte wie die Erziehungsgruppe auf die physischen und psychischen Funktionen (z.B. Depression) bei Patienten mit Osteoarthritis hat. Innerhalb der Studie von Corgiat & Gill *(1991/92) wurde der therapeutische Erfolg einer kognitiv-behavioralen Therapie bei depressiven Patienten mit einer zusätzlich chronischen physischen Krankheit mit depressiven Patienten ohne eine zusätzlich chronische Krankheit verglichen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Therapie bei beiden Gruppen gleich stark die Depression der Patienten senkt und die Alltagsaktivitäten erhöht. Oude Voshaar et al. *(2003) berichten nach Durchführung der Studie, dass eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie bei Patienten mit einer Benzodiazepinabhängigkeit den Entzug im Vergleich zu einem gewöhnlichen Entzug nicht erleichtert oder verbessert. Klausner & Alexopoulos (1999) zeigen in ihrer Übersicht Ergebnisse dreier Studien auf, die nach einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie über eine Reduzierung der depressiven Symptome der Patienten berichten. Bei einer der drei Studien senkte sie sogar erfolgreicher als das Medikament „Alprazolam“ die depressiven Symptome der Patienten. Insgesamt beschreiben sie die Therapie als auch erfolgreich bei Patienten, die unter einer Schlafstörung, Angststörung oder Demenz leiden. In dem Überblick von Garner (1999) wird ebenfalls die Durchführung einer kognitiv-behavioralen Therapie als erfolgreich bei älteren Menschen beschrieben. O'Rourke & Hadjistavropoulos (1997) kommen im gleichen Maße zu dem Ergebnis, dass die kognitiv-behaviorale Therapie erfolgreich im Reduzieren von depressiven Symptomen ist. Sie führten drei Studien zu dem Thema durch und die Therapie war auch hier erfolgreicher als Psychopharmaka und auch etwas effektiver als eine psychodynamische Therapie. Ebenfalls kommt Garner (2003) in ihrer Übersicht zu dem Ergebnis, dass die Therapie erfolgreich bei den verschiedensten Patientengruppen die depressiven Symptome lindern kann (auch erfolgreicher als nur Antidepressiva alleine). Schonfeld & Dupree (1995) beschreiben besonders die kognitiv-behavioralen Gruppentherapien, in Abgrenzung zu psychodynamischen Ansätzen, Unterstützungsgruppen usw., die mit älteren, alkoholabhängigen Patienten arbeiten, als erfolgreich. Nur Therapien, die mit kognitiv und behavioralen Techniken arbeiten, konnten statistisch signifikante Effektivitätsnachweise aufzeigen. Rejeski et al.

(2003) führten ihre Studie mit Patienten durch, die unter einer kardiovaskulären Krankheit leiden. Es konnte nachgewiesen werden, dass die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie im Vergleich zu einer Standardübungsgruppe signifikant stärker die physische und metabolische Kapazität der Älteren vergrößern konnte. Bei den Männern waren die positiven Effekte noch höher als bei den Frauen ausgeprägt. Kaas et al. (1999) beschreiben in ihrer Kasuistik die Therapie als erfolgreich beim Reduzieren der depressiven Symptome der Patienten. Die von Radley et al. (1997) beschriebene Therapie konnte vor allem die kognitiven Symptome der Angststörung der Patienten senken. Von drei benutzten Messinstrumenten konnte die Therapie bei zweien der Instrumente die Angstsymptome senken.

Einzeltherapien

Innerhalb der Studie von Thompson et al. (2001) wurde innerhalb von 16-20 Sitzungen bei depressiven Patienten untersucht, ob die Therapie alleine, in Kombination mit dem Einsatz von Despiraminen, oder die Pharmakotherapie alleine am erfolgreichsten ist. Im Ergebnis senkte die Kombination aus Therapie und Medikamenten am effektivsten bei Patienten mit sehr starker Depression die Symptome. Die Therapie alleine zeigte ungefähr die gleichen Verbesserungen wie die kombinierte Therapie. Allerdings erreichte die kombinierte Therapie signifikant positive Ergebnisse und die Therapie alleine nur leicht erhöhte Erfolge im Vergleich zur Pharmakotherapie, die isoliert bei den Patienten durchgeführt wurde.

Swales et al. (1994) führen eine Studie über die Anwendung von 10 Sitzungen einer kognitiv-behavioralen Therapie bei älteren, ambulanten Patienten mit einer Panikstörung über einen Zeitraum von 12 Wochen durch. Die Therapie stellte sich als erfolgreich bei der Reduzierung der durch die Krankheit erzeugten physischen Symptome des vermeidenden Verhaltens und bei der Verbesserung der Kognition dar.

Scogin et al. (1990) führten über 2 Jahre mit 30 depressiven Patienten eine „Bibliotherapie“ mit einem Selbsthilfebuch über kognitiv-behaviorale Techniken durch. Die Depressionen konnten gesenkt werden und der Erfolg auch während eines „Follow up“ aufrechterhalten werden. Edinger et al. (1992) führten eine Studie über eine kognitiv-behaviorale Therapie im Vergleich zu einer reinen Entspannungstherapie bei 7 Patienten mit Schlafstörungen durch. Die Entspannungstherapie konnte nur eine moderate, die kognitiv-behaviorale Therapie dagegen signifikante Verbesserungen aller

gemessener Aspekte des Schlafverhaltens bewirken. King & Borrowclough (1991) untersuchten an 10 Patienten mit einer Angststörung die Effektivität einer kognitiv-behavioralen Therapie und kamen zu dem Ergebnis, dass sie evtl. effektiv ist. Es konnten keine eindeutig statistisch signifikanten Verbesserung der Symptome gemessen werden. Grant & Casey (1995) betonen die Anpassungen der Therapie (ohne sich auf dabei speziell auf das Gruppentherapieformat zu beziehen), die an kognitiv eingeschränkte Patienten gemacht werden müssen, damit die Therapie erfolgreich ist. Sie betonen, dass sie besonders bei älteren Patienten eingesetzt werden sollte, wo Medikamente bzw. somatische Behandlungen kontraindiziert sind. (siehe Kruse (1995), der die Nebenwirkungen von Arzneimitteln bei Älteren generell betont). Sie sehen die Therapie als auch sehr erfolgreich an, wenn sie mit anderen Psychotherapieansätzen kombiniert wird. Carmin et al. (1998) führten eine Studie über den Erfolg einer kognitiv-behavioralen Therapie mit institutionalisierten Patienten, die unter einer Zwangsneurose leiden, (Durchschnittsalter 69 Jahre) im Vergleich zu einer jüngeren Patientenkohorte mit einer Zwangsneurose (Durchschnittsalter 30 Jahre), die genau gleich behandelt wurden, durch. Beide Altersgruppen gaben auf einer Skala die gleichen selbst gemessenen Verbesserungen an. Das heißt, das Alter der Patienten korrelierte nicht mit dem Behandlungserfolg.

Unklares Therapieformat

Walker & Clarke (2001) verglichen in ihrer Studie die Effektivität der kognitiv-behavioralen Therapie bei jüngeren Erwachsenen mit Angststörungen oder einer Depression (16-65 Jahre) mit einer Altersgruppe von über 65jährigen mit den gleichen Diagnosen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Therapie bei beiden Gruppen gleich effektiv ihre Krankheitssymptome reduzierte, aber die Abbruchrate bei den Älteren niedriger und die jeweilige Anwesenheitsrate höher war. Gagliese & Melzack (1997) kommen in ihrem Überblick zu dem Ergebnis, dass generell kognitiv-behaviorale Therapien bei älteren Menschen mit chronischen Schmerzen sehr effektiv sind (wahrscheinlich im gleichem Ausmaß wie bei jüngeren Patienten). Gatz et al. (1998) untersuchten in ihrer Meta-Analyse 14 Studien über die Effektivität der kognitiv-behavioralen Therapie und kommen zu dem Abschlussergebnis, dass die Therapie insgesamt „wahrscheinlich“ erfolgreich ist.

„Social Skill Training“

Die Therapie wird in dem Überblick von Morris & Morris (1991) als erfolgreich bei der Vergrößerung der eigenen Selbstsicherheit und Kontrolle bei älteren Menschen beschrieben.

Innerhalb der Studie von Vaccaro (1990, 1992), die mit schizophrenen, aggressiven Patienten geführt wurde, konnte eine signifikante Reduzierung des physischen, aggressiven Verhaltens der Patienten beobachtet werden. Granholm et al. (2002) beschreiben, dass das Training im Vergleich zu einer rein pharmazeutischen Therapie die depressiven Symptome und die Schwere der schizophrenen Symptome stärker reduzieren kann.

„Problem-Solving Therapy“

Die von Morris & Morris (1991) in ihrem Überblick wiedergegebene Gruppe wurde im Vergleich zu einer Aktivitätsgruppe als effektiver beim Reduzieren der Depression der Patienten empfunden, es konnte aber kein Langzeiteffekt festgestellt werden.

„Classroom Mind/Body Wellness Intervention“

Die Therapie wird in der Studie von Rybarczyk et al. (2001) als erfolgreich beim Senken der Schlafprobleme, Schmerzen, Ängste und depressiven Symptome im Vergleich zu einer Kontrollgruppe beschrieben. Nach einem Jahr konnte nur noch die Verbesserung der Schlafprobleme aufrecht erhalten werden, gleichzeitig zeigten die Patienten im Vergleich zu der Kontrollgruppe ein bewussteres und positiveres „Gesundheitsverhalten“.

„Pain Mangement“, nicht klar ersichtlich ob Einzel- oder Gruppenformat.

Die Therapie innerhalb der Studie von Fry & Wong (1991) führte zu einer Verringerung der Schmerzen und Angst der Patienten. Außerdem konnte eine vergrößerte Zufriedenheit und Anpassung der Gruppenmitglieder festgestellt werden. Sie betonen, dass darauf geachtet werden muss, dass jeder einzelne Patienten mit dem speziellen Therapieformat behandelt werden sollte, welches dem Patienten die für ihn geeignetesten Copingstrategien vermittelt (z.B. dass die Patienten, die einen problemlösenden Stil bevorzugen, nicht innerhalb einer Therapie partizipieren, die Copingstrategien beinhaltet, die eher Emotionen betonen). Insgesamt schnitt in der Studie die Problem-fokussierte Intervention am erfolgreichsten ab.

„Self-management Therapy“

Rokke et al. (2000) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die „self-management therapy“ im gleichen Maße, wie eine „educational support therapy“ (sie dauerte gleich lang und beinhaltete die Gabe von Informationen und eine darüber diskutierende Gesprächsrunde) die Depression der Patienten senkt und die Eigenkontrolle und die Selbstverstärkung und das Nutzen von eigenen Ressourcen erhöht. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Therapien festgestellt werden. Die Ergebnisse wurden innerhalb eines Jahres aufrecht erhalten. Ersek et al. (2003) berichten in ihrer Studie, dass die Therapie zwar die Schmerzintensität und die „physischen Rollen Funktionen“ verbesserte, aber keine Reduzierung der Depressionen und der schmerzbezogenen Gedanken statt fand. Auch das durch den Schmerz bedingte niedrige Aktivitätsniveau verbesserte sich nicht.

Selbst-Sicherheits-Training

Das Selbst-Sicherheits-Training, welches von Stuhlmann (1992) beschrieben wird, konnte sowohl auf die Selbstbeurteilung der Alltagsaktivitäten und der situativen Ängstlichkeit als auch in der Fremdbeurteilung hinsichtlich des selbstsichereren Verhaltens signifikante Verbesserungen gegenüber der Kontrollgruppe aufweisen.

Einzeltherapie

Rokke et al. (1999) kamen zu dem Ergebnis, dass die Therapie erfolgreich depressive Symptome von älteren Menschen senken kann. Die Patienten konnten sich aussuchen, ob sie in einer Therapie, die das Verhalten oder die Kognition verändert, mitmachen wollen. Zwar konnte kein Unterschied in der Effektivität der beiden Therapieansätze festgestellt werden, aber die Autoren betonen, dass die Älteren, die sich ihren Therapieansatz selber aussuchen können, weniger oft aus der Therapie austreten.

5.1.11 Besonderheiten der Therapie bei älteren im Vergleich zu jüngeren Patienten

Morris & Morris (1991) betonen zwei wichtige Punkte, aufgrund dessen die Verhaltens- und Kognitive Therapie bezogen auf ihre Konzipierung gut für ältere Menschen geeignet sind (nicht spezifisch auf das Gruppenformat bezogen):

(1.) die Therapien fokussieren gegenwärtige Probleme und entwickeln konkret Fertigkeiten zum Umgang mit ihnen. (2.) durch die Konzentration auf zielorientiertes Verhalten und Kognitionen, ist es möglich negative Gedanken und Stereotypen über das Altern zu verändern. Brok (1997) ergänzt diese Aufzählung durch Hervorhebung des besonderen Vorteils, dass beide Therapien sehr strukturiert sind. Dadurch wird die Aufmerksamkeit der Patienten erhöht, evtl. auftretende Ängste werden reduziert und die Therapie ist auch für aversive Patienten geeignet. Außerdem können Patienten, denen die Einsicht in gewisse Dinge schwer fällt, durch die klare, einfache Therapiestruktur profitieren. Die beiden Therapieansätze helfen dem Therapeuten, mit auftretenden Übertragungsphänomenen und evtl. Mängeln an Wissen über psychodynamische Aspekte mit Hilfe dieser spezifischen klar strukturierten Techniken besser umgehen zu können. Tonscheid (1992) betont in seiner Veröffentlichung, wie sehr man auf die sensorischen, kognitiven, gesundheitlichen und materiellen Einschränkungen der älteren Menschen innerhalb der Therapie achten soll.

Kognitive Therapie

Koder et al. (1996) betonen allgemein folgende Adaptionen der Therapie (hier nicht konkret nur auf das Gruppenformat bezogen) an die ältere, depressive Patientengruppe: Sie sehen den Schwerpunkt auf einem konkreten, problemlösenden Therapieansatz, der klare Ziele und viele Aktionen beinhaltet. Die Familienmitglieder sollen mit in die Therapie einbezogen werden und es sollte ebenfalls versucht werden mit den verschiedensten Hilfsmitteln die sensorischen Einschränkungen der Älteren auszugleichen. Es muss eine längere Einführungs- und Beendigungsphase durchgeführt werden. Es wird außerdem konkret das Gruppenformat empfohlen.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Fast alle Autoren berichten über die Tatsache, dass der Gruppenprozess und das Erreichen der therapeutischen Ziele (wie z.B. das Identifizieren von destruktiven kognitiven Gedanken) bei Älteren sehr viel mehr Zeit im Vergleich zu Gruppen mit jüngeren Patienten benötigt. Dementsprechend nimmt die gesamte Therapie mehr Zeit in Anspruch (Abraham et al. 1991).

In dem Übersichtsartikel von Koder (1998), der nicht speziell nur auf das Gruppenformat bezogen ist, werden folgende Anpassungen der Therapie an kognitiv

eingeschränkte Patienten empfohlen: (1.) Das Material muss vereinfacht werden. (2.) Den Patienten sollte von jeder Sitzung eine einfache Zusammenfassung ausgehändigt werden. (3.) Es sollten eher strukturierte Verhaltenstechniken als abstrakte kognitive Methoden verwendet werden. (4.) Die Pfleger stationärer Patienten sollten während der Therapiesitzungen anwesend sein. (5.) Der Leiter muss eine hohe Aktivität und viel Initiative aufweisen (6.) Es sollte mit Gedächtnishilfen wie Tagebücher, Listen, Tonaufnahmen usw. gearbeitet werden. Grant & Casey (1995), die sich ebenfalls nicht speziell auf das Gruppenformat der Therapie beziehen, empfehlen bei eher kognitiv eingeschränkten Patienten eine „unterstützende kognitiv-behaviorale Therapie“. Hercek & Bahro (2000) beschreiben, dass der Leiter bei älteren Patienten eine größere Motivationsarbeit leisten muss, die Sitzungsdauern müssen flexibler gehalten werden und besonders auf die kognitiven und teilweise auch Einsichtseinschränkungen muss geachtet werden. Die medikamentöse Therapie der Patienten muss beachtet werden. Außerdem sind häufig größere Widerstände vorhanden. Der Leiter soll ein breiteres Informationsangebot geben und häufig Wiederholungen einbeziehen. Floyd & Scogin (1998) (nicht speziell auf das Gruppenformat bezogen) betonen, dass gerade bei der Therapie mit Älteren die Reduzierung ihrer Hoffnungslosigkeit im Vordergrund steht, und dass man besonders auch auf Placeboeffekte achten soll. Sie kommen ebenfalls zu der Vermutung, dass bei Älteren nicht die dysfunktionalen Einstellungen primärer Ursprung der Depression sind und dementsprechend nur ihre Modifizierung zur Heilung führt, sondern auch therapeutische Wirkfaktoren, wie die Empathie des Leiters, das Bilden von Beziehungen, der Therapieort, die Therapieprozedur, Hausaufgaben usw. einen erheblichen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Kaas et al. (1999) empfehlen bei älteren Patienten die Informationen sowohl verbal als auch schriftlich und sogar evtl. innerhalb einer Demonstration (z.B. Rollenspiel) den Patienten zu geben. Die Verteilung von Hausaufgaben in einem übersichtlichem Format wird ebenfalls empfohlen. Der Therapeut muss die Älteren stetig an die Erfüllung der Hausaufgaben erinnern und sie ermutigen, sie sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gruppe aktiv zu besprechen. Namensschilder sollen angewendet werden und Erfrischungen und viel positives Feedback an die Patienten verteilt werden. Fuchs & Tenter (1999) erwähnen in ihrem Übersichtsartikel ebenfalls, ohne spezifisch das Gruppenformat anzusprechen, dass bei dementen Patienten verhaltenstherapeutische

Techniken erfolgreich anwendbar sind. Sie sollten sich allerdings vor allem auf den Alltag, also „klassische Problemsituationen“ für Demente konzentrieren (z.B. Baden, Ankleiden, Wasserlassen, Stuhlgang), daneben sich aber auch auf Verfahren, die den geistigen Abbau verlangsamen, insbesondere im Frühstadium einer Demenz, konzentrieren.

„Social Skill Training“

Granholm et al. (2002) verwenden bewusst zur Anpassung an die Einschränkungen des Alters multiple Modalitäten der Informationspräsentation (Verteilen eines „Workbook manuals“ und einer Anleitung zum Erfüllen der Hausaufgaben und Verwendung von Postern, Gedächtniskarten und einer Tafel). Insgesamt wurde der ganze Inhalt der Therapie mit altersrelevanten Themen und Situationen gestaltet.

5.1.12 Besondere Vorteile der kognitiv-behavioralen Gruppentherapie in Abgrenzung zur Einzeltherapie

Verhaltenstherapie

Hirsch (1990) sieht in dem Gruppenformat bei älteren Menschen folgende speziellen Vorteile: Die Therapie ist sowohl zeitlich als auch finanziell effizienter, löst weniger Angst bei den einzelnen älteren Menschen aus.

Kognitive Therapie

Koder et al. (1996) sehen den besonderen Vorteil der Gruppentherapie darin, dass es gerade bei Älteren wichtig ist ihre Isolation zu reduzieren und ihre Offenheit für Diskussionen zu fördern.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Das Gruppenformat ist kostengünstiger (Arean 1993). Außerdem wirkt es häufig auf ältere Menschen weniger furchterregend als die Einzeltherapie und bietet den oft sehr einsamen Älteren durch die Gruppentherapie eine größere Chance, gleichzeitig noch Freundschaften aufzubauen. Ebenfalls können die neu erlernten Copingstrategien und sozialen Fertigkeiten innerhalb des sicheren Gruppenrahmens ausprobiert werden (Arean 1993). Hercek & Bahro (2000) betonen, dass gerade bei älteren Alkoholikern die

Förderung der Kommunikation und Reduzierung der Isolation ein wichtiger Therapiebestandteil sind, der innerhalb einer Einzeltherapie nicht so möglich wäre.

5.1.13 Zusammenfassung

Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

In der Verhaltenstherapie wird ausschließlich darüber berichtet, dass **Psychologen** und etwas weniger häufig **Ärzte** die verhaltenstherapeutischen Gruppen mit älteren Menschen durchführten. Sie sollten dabei eine eher **aktive, strukturierte und richtungsbestimmende** Haltung einnehmen. Die Veröffentlichungen über die kognitive Therapie, beschreiben dagegen ausschließlich, dass **Sozialarbeiter und Krankenschwestern** die Sitzungen leiteten. Sie betonen auch eher die nötige **Geduld** der Therapeuten. Bei der kognitiv-behavioralen Therapie werden sowohl Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Psychologen als Therapeuten beschrieben, wobei die große **Mehrheit der Therapien von Psychologen** geleitet wurden. Sehr viele der Autoren betonen, dass die Therapeuten über explizite Kenntnisse und ausreichende Erfahrung in Bezug auf die Ausführung der Therapie haben müssen. Auf der einen Seite wird hervor gehoben, dass der Therapeut **sehr strukturiert und aktiv** arbeiten muss, auf der anderen muss er die Gruppe **flexibel** handhaben können. Er sollte den **psycho-sozialen Hintergrund** der Patienten vor der Therapie **wissen**, sie zur aktiven Partizipation ermutigen und ihnen mit Wärme begegnen. Alle anderen Therapieansätze wurden ausschließlich von Psychologen oder Ärzten geleitet.

Alterszusammensetzung der Gruppe

Das Spektrum der Altersgruppen der Patienten innerhalb aller hier beschriebenen Therapien reichte von 50-85 Jahren. Die überwiegende **Mehrheit der Patienten** lag allerdings innerhalb der Altersspanne, die das Alter von **65-75 Jahren** umfasste. Es werden zwar auch Therapien mit über 80jährigen Patienten durchgeführt, aber diese bilden eher die Minderheit. Zwischen den verschiedenen Therapieansätzen lagen **keine deutlichen Altersunterschiede** der Patienten vor.

Gruppengröße

Ebenfalls werden auch keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Gruppengröße zwischen den verschiedenen Therapieansätzen deutlich. Die Bandbreite reicht von **3-20 Patienten**, wobei die absolute **Mehrheit** der Therapien mit **4-8 Patienten** durchgeführt werden. Es wird deutlich, dass bei Gruppen, die mit schwerer eingeschränkten Patienten (z.B. bei Parkinson- oder dementen Patienten) durchgeführt werden, eher kleinere Gruppen empfohlen werden.

Geschlechterverhältnis

Abgesehen von drei Ausnahmen lag bei allen Therapien eine **deutliche Mehrheit an Frauen** vor. Alle drei Therapien bei denen **keine Mehrheit an Frauen** vorlag bestanden aus dem „**social skill Training**“. Bei zwei der Therapien des „social skill Trainings“ lag sogar eine Mehrheit an Männern vor und bei einem Training bestand ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis.

Diagnosen und Indikationen

Beim Durchsehen der Literatur wird der Eindruck erweckt, dass die Verhaltenstherapie für viele Indikations- und Diagnosegruppen geeignet ist. Es wird allerdings deutlich, dass gerade bei älteren Patienten, die **überwiegende Zahl** der Verhaltenstherapien mit **depressiven älteren Patienten**, aber auch mit **dementen älteren Patienten** arbeiten. Die kognitive Therapie wird ebenfalls überwiegend mit depressiven und dementen Patienten durchgeführt. Es werden zusätzlich Therapien beschrieben, die auch mit Älteren arbeiten, die unter einer **Angststörung** leiden. Die kognitiv-behaviorale Therapie wird ebenfalls bei einer großen Anzahl unterschiedlicher Diagnosen angewendet. Aber auch hier wird ersichtlich, dass die deutliche Mehrheit der Therapien mit älteren, depressiven Patienten durchgeführt werden, aber auch bei dementen Patienten und Älteren, die unter einer Angst- und seltener einer Schlafstörung leiden. Viele der kognitiv-behavioralen Therapien arbeiten auch mit älteren Menschen, die unter den verschiedensten schweren physischen Krankheiten leiden. Das „social skill training“ wurde in der Anwendung bei **schizophrenen** Patienten und älteren Menschen mit **Sehstörungen** beschrieben. Das Selbst-Sicherheits-Training arbeitete in einer Gruppe mit Patienten, die unter verschiedenen psychischen Problemen litten, zusammen. Dies ist insofern auffallend, da innerhalb der verschiedenen Publikationen

eigentlich ganz klar die Tendenz zur Empfehlung erkennbar ist, mit einem homogenen Diagnosebild innerhalb einer Gruppe zu arbeiten. Die Selbst-Management Therapien werden häufig bei Älteren, die unter chronischen physischen Schmerzen leiden, durchgeführt.

Auswahlkriterien

Die Autoren nahezu aller Therapieansätze geben **sehr minimale Voraussetzungen** an, die die älteren Menschen erfüllen müssen, um innerhalb der Gruppen partizipieren zu können. Sie sollten häufig unter **keiner Psychose, keiner bipolaren Störung, keiner Alkoholabhängigkeit und unter keinen zu starken Hör-, Seh-, Bewegungs- und kognitiven Einschränkungen leiden**. Im anglo-amerikanischen Raum sollten sie Englisch sprechen und dem Therapeuten bzw. dem Gruppenverlauf folgen können. Zur Aufnahme in Gruppen, die innerhalb einer Studie geleitet werden, müssen die Patienten meistens bestimmte Werte auf den jeweiligen Eingangsmessinstrumenten/Skalen erfüllen. Bei den Therapien, die mit körperlichen Übungen arbeiten, müssen die Patienten noch gewisse körperliche Funktionen aufweisen.

Technische Mittel

Die Verhaltenstherapie, besonders auch bei depressiven Patienten, beinhaltet generell **viele unterschiedliche technische Mittel**, die während und nach der Therapiesitzung eingesetzt werden: Dazu gehören **Rollenspiele, didaktische Diskussionen, Erfüllen und Bewerten von Hausaufgaben, die Gabe von aktivem Feedback**, aktive Schulungen darüber, wie stark die Stimmung mit den Aktivitäten (positive oder negative) am Tag miteinander korrelieren. Daraufhin erfolgt meistens die dementsprechende aktive Aufforderung mehr schöne Aktivitäten in den Alltag zu integrieren und dazu erst mal eine Liste „angenehmer Aktivitäten“ anzufertigen. Die meisten Therapeuten arbeiten mit dem bewussten **Miteinbeziehen von engen Sozialpartnern und der Familie**. Oft kommen auch Handouts, **audio-visuelles Material und Tagebücher** zum Einsatz. Einige der Therapien führen **Übungen zu lebenspraktischen Fertigkeiten** durch und wiederum andere Therapien benutzen **Reminiszenz-Techniken** innerhalb ihrer Sitzungen. Generell wird empfohlen gewisse **Anpassungen an das Alter** der Teilnehmer zu machen, das heißt z.B. bewusst mit altersspezifischen Beispielen zu arbeiten, viele Wiederholungen, ein langsames

therapeutisches Vorgehen, helles Licht, einen sehr ruhiger Raum einzusetzen. Häufig wird dementsprechend eine multimodale Informationspräsentation für die älteren Patienten empfohlen.

Es werden innerhalb einiger Gruppen für die Patienten mit Hörproblemen **Mikrophone** und **große Tafeln** benutzt bzw. darauf geachtet, dass die Patienten sich in einen engen Kreis innerhalb einer möglichst bequemen Haltung setzen. Einige der Therapien führen ergänzend noch **progressive Entspannungsübungen oder ein Autogenes Training** neben den typischen Schulungs- bzw. Trainingseinheiten über kognitive und behaviorale Copingtechniken durch. Sie werden dann als eine **Multikomponentenintervention** durchgeführt. Einige Therapeuten legen Wert darauf, dass auch **Pausen** innerhalb der Therapiesitzungen gemacht werden. Die meisten der Therapien wurden sehr **strukturiert, zeitlimitiert und innerhalb eines eher geschlossenen oder halb geschlossenen Format** geführt (mit Ausnahme des Selbst-Sicherheits-Trainings, welches innerhalb eines offenen Formates durchgeführt wurde).

Verlauf und Inhalt der Therapie

Da sehr viele Therapien mit verschiedenen Komponenten innerhalb ihrer Therapie arbeiten (siehe oben) ist ein generell gleich stattfindender Ablauf der einzelnen Therapiesitzungen nicht beobachtbar. Aber sehr viele Therapien beginnen die **erste Sitzung** meistens mit einer **Begrüßung, dem Vorstellen der Therapieinhalte, Ziele und der jeweiligen Gruppenregeln**. Generell werden häufig am Anfang der jeweiligen Sitzung die Inhalte der vorherigen Sitzung und die Hausaufgaben besprochen. Danach erfolgen meistens zu den bestimmten, vom Therapeuten vorgesehenen Themen und angesprochenen Problematiken, **spezielle Diskussionen und Vorschläge bzw. Übungen über spezielle sinnvolle Verhaltens- und Denkweisen**. **Am Ende** werden meistens noch einmal die wichtigsten **Inhalte** der Gruppensitzung **zusammengefasst** und besprochen und **die Hausaufgaben aufgegeben**.

Zeitrahmen

Es kristallisierte sich bei Durchsicht der einzelnen Zeitspannen, innerhalb derer die Therapien durchgeführt wurden, heraus, dass die Mehrheit der Therapien **einmal in der Woche für 1-2 Stunden durchgeführt wurden**. Insgesamt fanden meistens **8-16 Sitzungen statt**. Bei Betrachtung der generellen Bandbreite liegt die kürzeste Länge

einer einzelnen Therapie bei 30-45 Minuten und die längsten beschriebenen Therapiesitzungen dauerten 2 Stunden. Insgesamt wurde keine Therapien unter 2 Wochen und keine über 9 Monate lang durchgeführt. Nur drei Therapien fanden fünfmal wöchentlich statt. Eine dieser drei Therapien war die „Problem Solving Therapy“, die mit depressiven Patienten durchgeführt wurde, die zweite war eine kognitiv-behaviorale Therapie, die mit benzodiazepinabhängigen Patienten arbeitete und die dritte Therapie war eine kognitiven Therapie.

Setting

Bei allen innerhalb dieses Kapitels beschriebenen Therapieansätzen wurden die einzelnen Therapien ungefähr **gleich häufig stationär als auch ambulant durchgeführt**. Einige Autoren geben bewusst an, dass das von ihnen beschriebene **Therapieformat sowohl stationär, als auch ambulant erfolgreich anwendbar ist**.

Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan

Das Behandlungspersonal muss gut trainiert, ausführlich informiert sein und über alle Schwierigkeiten sprechen können. Der gesamte Tagesablauf muss klar durchstrukturiert sein. Bei Durchführung der Gruppentherapien innerhalb eines stationärem Rahmens ist die Möglichkeit der **Kooperation** somatischer, psychologischer und sozialer Interventionen in **interdisziplinärer Zusammenarbeit** gestattet. Im stationären Rahmen ist eine nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich wesentlich umfanglichere Betreuung der Patienten möglich. Allerdings betonen einige Autoren auch die Gefahr der Entfremdung von ihrem Zuhause und der Hospitalisierung der Patienten, wenn sie sehr lange stationär behandelt werden.

Wirkfaktoren und Ergebnisse

Insgesamt kann die **Effektivität** der hier genannten Therapieansätze bei älteren Menschen als **bewiesen** angesehen werden (Morris & Morris 1991). Allerdings können durch die verschiedenen Outcome-Studien die Effektivität der verschiedenen Therapieformate bzw. Typen nicht gut unterschieden und miteinander verglichen werden.

Das verhaltenstherapeutische Kompetenztraining, welches bei Alzheimer Patienten durchgeführt wurde, wirkte **positiv auf die Kognition** der Patienten. Insgesamt kommen auch mehrere andere bei Alzheimer Patienten durchgeführte Verhaltenstherapien zu positiven Ergebnissen. Generell gilt die Verhaltenstherapie als erfolgreich beim Reduzieren von depressiven Symptomen älterer Menschen. Bei einer **dialektischen Verhaltenstherapie inkl. Medikation**, die bei depressiven Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, im Vergleich zu einer Gruppe von Patienten, die nur mit Medikamenten behandelt wurde, durchgeführt wurde, konnte **kein signifikanter Unterschied** zwischen beiden Behandlungsgruppen festgestellt werden. Einige Studien kommen auch zu dem Ergebnis, dass die Therapie nicht signifikant effektiver im Vergleich zu einer Standardkrankenhausbehandlung ist. Generell akzeptieren ältere Menschen eine Verhaltenstherapie eher und **besser** als Behandlungstechnik ihrer Depression als eine Psychopharmakotherapie.

Die **kognitive Gruppentherapie** wird innerhalb einer Studie als erfolgreicher als eine ausschließliche Medikation beim **Reduzieren der depressiven Symptome** der Gruppenmitglieder beschrieben. Innerhalb einer anderen Studie ist sie im Vergleich zu einer Placebogruppe und keiner Behandlung ebenfalls erfolgreicher. Außerdem wird sie innerhalb einer Studie auch im Vergleich zu einer Musiktherapie als erfolgreicher beim Reduzieren von depressiven Symptomen bewertet. Allerdings senkte sie nicht, im Vergleich zu einer Muskelentspannungsgruppe, bei Patienten mit einer Angststörung die spezifischen Symptome der Krankheit. Ebenfalls kam eine Meta-Analyse, die 6 Studien (Einzel- und Gruppenformate) umfasste, die die Effektivität der kognitiven Therapie bei **Alzheimer Patienten** überprüfte, zu **keinem positiven Ergebnis**. Innerhalb einer Meta-Analyse kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die kognitiven Gruppentherapien etwas erfolgreicher als die Gruppenverhaltenstherapien waren.

Leung & Orrell (1993) beschreiben die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie generell **als die erfolgreichste Gruppentherapie**, die bei älteren Menschen durchgeführt wird. Die kognitiv-behaviorale Therapie wird von fast allen Autoren als **erfolgreich** beim **Senken der Depressionen** der Gruppenmitgliedern beschrieben. Einige Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Kombination aus einer Verhaltenstherapie, die

zusätzlich mit einer Pharmakotherapie ergänzt wird, kurzfristig keine Vorteile bringt. Die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie wird, mit drei Ausnahmen, von allen Studien als effektiv beschrieben. Sie kann sowohl **erfolgreich bei dementen und depressiven Patienten als auch bei Älteren, die unter einer Angststörung, unter der Parkinson Krankheit, einer Schlafstörung, einer Alkoholabhängigkeit oder unter einer chronischen physischen Krankheit leiden**, angewendet werden. Sie ist ebenfalls erfolgreich bei Älteren, die sich mehr körperlich bewegen sollen, da die Frequenz der Aktivitäten, die die Älteren nach der Therapie innerhalb ihres Lebens durchführten, anstieg. Insgesamt schneidet sie **im Vergleich zu anderen Psychotherapien, einer medikamentösen Therapie und Kontrollgruppen am effektivsten** ab. Die Therapie wurde nur in drei Fällen als teilweise nicht erfolgreich bewertet: innerhalb einer Studie erleichterte sie den Entzug einer Benzodiazepinabhängigkeit der Gruppenmitglieder nicht und innerhalb einer anderen Studie konnten die depressiven Symptome der Patienten nicht gesenkt werden. Außerdem konnte ein kognitiv-behaviorales Schmerz-Management nicht auf alle Messparameter innerhalb der Studie Erfolge verzeichnen: Es wurde nicht die Depression und der Medikamentenverbrauch der Patienten gesenkt. Alle anderen in diesem Kapitel beschriebenen Therapieansätze sind in dem gleichen Maße erfolgreich. Das „social skill training“ **senkte speziell auch starke schizophrene Symptome** der Patienten. Eine der drei untersuchten „self-management therapies“ konnte nur teilweise Erfolge aufweisen, da sie nicht die Depression der Patienten, die unter chronischen Schmerzen litten, senken konnte.

Generell waren auch die innerhalb dieses Kapitels aufgeführten **Einzeltherapien** sehr **erfolgreich**. Auffallend viele Einzeltherapien wurden mit Patienten, die unter Schlafstörungen litten, durchgeführt.

Bei den Studien, die die Effektivität einer kognitiven-, behavioralen-, oder kognitiv-behavioralen Therapie, die mit Älteren durchgeführt wurde, mit einer dieser Therapien bestehend aus jüngeren Teilnehmern verglichen, kommt man eindeutig zu dem Ergebnis, dass **kein Unterschied der Effektivität** zwischen den beiden Altersgruppen besteht.

Unterschiede bei der Durchführung und den Ergebnissen der Gruppenpsychotherapie bei älteren im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern

Im Vergleich zu den Therapien, die mit jüngeren Erwachsenen geführt werden, muss der Therapeut bei der Arbeit mit Älteren ihre **sensorischen, kognitiven, gesundheitlichen und materiellen Einschränkungen innerhalb der Therapie beachten**. Als besonders positiv wird empfunden, dass die innerhalb dieses Kapitels beschriebenen Therapien ein gegenwartsbezogenes, klar strukturiertes, **zielorientiertes** und auf **Kognitionen konzentriertes Therapieformat besitzt**. Die Therapie muss **aktiver** geführt werden und möglichst einen problemlösenden Ansatz verfolgen. Es muss eine **längere Einführungs- und Beendigungsphase** innerhalb der Arbeit mit Älteren durchgeführt werden. Fast alle Autoren berichten über die Tatsache, dass der Gruppenprozess und das Erreichen der therapeutischen Ziele bei Älteren sehr viel mehr Zeit im Vergleich zu Gruppen mit jüngeren Patienten benötigt. Die Pfleger stationärer Patienten sollten während der Therapiesitzungen anwesend sein, das therapeutische Material muss vereinfacht werden und den Patienten sollte von jeder Sitzung eine einfache Zusammenfassung ausgehändigt werden. Es sollten innerhalb der Therapie mit altersrelevanten Themen und Situationen gearbeitet werden.

Besondere Vorteile der Gruppen- in Abgrenzung zur Einzelpsychotherapie

Die Gruppentherapie wird sowohl **zeitlich als auch finanziell effizienter**, in Abgrenzung zur Einzeltherapie, beschrieben. Sie löst **weniger Angst** bei den einzelnen älteren Menschen aus und gibt ihm die Möglichkeit, seine **soziale Isolation aufzulösen** und innerhalb des sicheren Gruppenrahmens neu erlernte **soziale Fertigkeiten auszuprobieren**.

5.2 Tiefenpsychologische, interpersonelle und psychoanalytisch-psychodynamische Therapieansätze

5.2.1 Literaturüberblick

Bei der Bearbeitung und Betrachtung der Literatur zu diesen drei Therapiemethoden gibt es verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. In Bezug auf die Psychodynamische und die Tiefenpsychologische Psychotherapie ist zu beachten, dass nahezu keine Studien, die die Effektivität der Therapie untersuchen, erschienen sind. Fast alle Beschreibungen über die Therapie beruhen auf Fallberichten. Außerdem wurden sehr viele Übersichtsartikel generell über die Psychotherapie im Alter und die verschiedensten dabei zu beachtenden Aspekte, z.B. auch in Bezug auf den Therapeuten, veröffentlicht. Aus diesem Grund konnte nicht verhindert werden, dass innerhalb dieses Kapitels einige Artikel wiedergegeben werden, die allgemein über Psychotherapie bei älteren Menschen und nicht spezifisch über die Gruppenpsychotherapie bei Älteren berichten. Ein weiterer problematischer Punkt bestand darin, dass bei den drei Studien, die die Interpersonelle Therapie auf ihre Effektivität überprüfen, aus der Veröffentlichung nicht ganz klar deutlich wurde, ob es sich um ein Gruppen- oder Einzelformat handelt. Es wurde von der Autorin deshalb darauf geachtet, dass auf die hier wiedergegebenen Texte, die nicht ausschließlich über die Gruppenpsychotherapie berichten, extra hingewiesen wird.

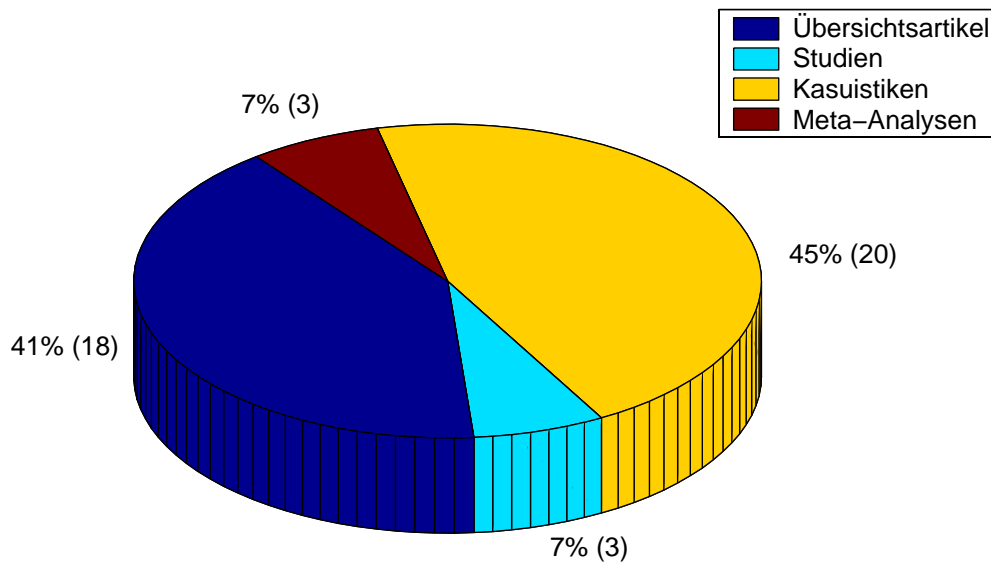


Abbildung 4: Publikationsarten zu tiefenpsychologischen, interpersonellen und psychoanalytisch-psychodynamischen Therapieansätzen (n=44)

5.2.2 Konzepte

Allgemeine Konzepte

Tiefenpsychologische Therapie

Fielden (1992), Hinze (1990), Canete et al. (2000), Thilo (1996) und Garner (2003) betonen innerhalb ihrer jeweiligen Veröffentlichungen, dass die Meinung von Freud, dass Ältere für eine Psychoanalyse zu alt sind, überholt ist und zeigen auf, unter welchen Voraussetzungen und unter welcher Methodologie tiefenpsychologisch orientierte Therapien auch für Menschen im dritten Lebensabschnitt prognostisch günstig sein können.

Hirsch (1990) formuliert generell, dass die Psychoanalyse - vereinfacht ausgedrückt - davon ausgeht, dass im neurotischen Symptom, dessen Grundtrauma in der frühen Kindheit liegt, verdrängte Motivationen wirksam sind, die im Laufe des Lebens nicht verarbeitet werden konnten und sich dabei immer wieder - bis ins hohe Alter - störend bemerkbar machen, auch in Form von körperlichen Krankheiten. In der Behandlung wird der Patient aufgefordert, alles zu sagen, was ihm gerade einfällt, frei zu assoziieren und über Träume, die als „via regia“ (Königsweg) zum Unbewussten gelten, zu

berichten. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten bezeichnen den therapeutischen Prozess. Kantrowitz et al. (1990) betonen in zwei ihrer Veröffentlichungen, dass das eigentliche Ziel der psychoanalytischen Therapie darin besteht, bei dem Patienten die Kapazität der Selbstanalyse zu entwickeln. Diese Fähigkeit sollte auch noch nach Beendigung der Therapie andauern. Garner (1999) beschreibt, dass das psychoanalytische Modell auf zwei bestimmten Wegen erfolgreich ist: Als erstes betont es speziell die Einzigartigkeit der Patienten und zweitens ist das Modell fähig die speziellen Ängste und Befürchtungen des Personals zu adressieren.

Davies-Osterkamp et al. (1992) unterscheiden innerhalb ihrer Untersuchung, ohne dass es spezifisch auf ältere Menschen bezogen ist, noch zwischen der tiefenpsychologisch fundierten und der psychoanalytisch interaktionellen Gruppentherapie hinsichtlich der therapeutischen Faktoren aus Sicht der Patienten. Nach über einen Fragebogen erfassten Einschätzungen zeigte sich, dass die beiden Gruppenmethoden sich stärker hinsichtlich des Therapeutenverhaltens als hinsichtlich der Gruppenverfahren unterschieden, und dass die für beide Methoden als unspezifisch ermittelten Faktoren gut mit den in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie bekannten Ergebnissen korrespondieren. Ebenfalls kam bei der Untersuchung heraus, dass die nach den theoretischen Konzepten für jede Methode spezifischen Faktoren nicht in erwarteter Weise zwischen diesen unterschieden.

Innerhalb der letzten Jahre wurde auch vermehrt Literatur zu den verschiedensten inhaltlichen Bereichen der psychoanalytischen Gerontopsychosomatik veröffentlicht (Heuft 1990; 1993; 1994; 1995; Lamprecht 1990; Peters 1992; Beutel et al. 2000; Beutel 2002; Peters 1995). Innerhalb der stationären psychotherapeutisch-gerontopsychosomatischen Behandlungen der älteren (oft depressiven) Patienten sind häufig neben Einzelgesprächen und kreativen Therapien auch Gruppentherapien Bestandteil der stationären Therapieangebote. Ebenfalls wird die besondere Übertragungs- und Gegenübertragungssituation zwischen dem meist jüngeren Therapeuten und dem älteren Patienten von einigen Autoren näher untersucht und auch ihre Auswirkungen in Bezug auf die differentielle Therapieindikation und den therapeutischen Verlauf beleuchtet (Heuft 1990; Hinze 1990; Canete et al. 2000). Kemper (1991) beleuchtet z.B. spezifisch die Sohn-Tochter Übertragung innerhalb einer Gruppentherapie näher.

Interpersonelle Therapie

Gatz et al. (1998) und Fuchs & Zimmer (1992) erläutern, dass die Interpersonelle Therapie (IPT) auf den Theorien bzw. auf dem von Sullivan 1953 entwickelten psychiatrischen Krankheitsmodell beruht. Nach seiner Auffassung entsteht die Depression in einem interpersonellen Kontext und wird darin aufrechterhalten. Ablehnung, Verlust und Trennung, unerfüllte Bedürfnisse und Konflikte, vor allem mit Eltern oder Lebenspartnern, werden als wesentliche ursächliche Faktoren der Depression verstanden. Ziel der Therapie ist zunächst die Analyse, dann die Modifikation des zwischenmenschlichen Beziehungsfeldes, das mit dem Beginn der Symptome in Zusammenhang steht – nicht zuletzt auch im Sinne einer Prävention künftiger depressiver Störungen. Sie halten diese Therapieform mit ihren eher traditionell-psychodynamisch orientierten Gesprächsstil und dem eklektizistisch-pragmatischen Vorgehen als besonders für ältere Patienten geeignet - nicht zuletzt bei leichten kognitiven Beeinträchtigungen, welche die reflektierende Analyse des eigenen Denkens in der kognitiven Verhaltenstherapie erschweren können. Einige Autoren geben auch an, dass die IPT von Klerman & Weissman entwickelt wurde und ein Modell ist, welches die Depression als eine Folge von interpersonellen Konflikten oder Rollendisputen, Trauer, Rollenübergänge und sozialer Isolation aufgrund interpersoneller Defizite darstellt (Arèan et al. (2001). Gatz et al. (1998) heben hervor, dass zwischen der kurzen Interpersonellen und Psychodynamischen Therapie bedeutsame Ähnlichkeiten bestehen, sich die IPT aber insofern von der Psychodynamischen Psychotherapie unterscheidet, als die Betonung auf den depressiven Symptomen und der Fokus auf folgenden spezifischen Problembereichen liegt: Verzögerte und unvollständige Trauer, Rollenübergänge, Rollendispute und interpersonelle Defizite. Sie heben hervor, dass Frank et al. (1993) bestimmte Adaptionen an die Therapie mit Älteren machten. Auch Klausner & Alexopoulos (1999) beschreiben die IPT als zeitlimitierte Behandlung von hauptsächlich depressiven Erkrankungen, die auf Trauervorgängen, Rollenübergängen und interpersonellen Defiziten beruhen. Dementsprechend ist sie ist eine bedeutsame Therapie für ältere depressive Patienten, bei denen die Depression mit multiplen Verlusten, verschiedenen Rollenveränderungen, sozialer Isolation und einer empfundenen Hilflosigkeit assoziiert ist.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Gatz et al. (1998) legten innerhalb ihrer Meta-Analyse dar, dass die psychodynamische Therapie eine große Bandbreite an Behandlungen umfasst. Gemeinsam ist ihnen die Betonung ungelöster Konflikte, die innerhalb der Kindheit entstanden, die Bearbeitung von unbewussten Prozessen und die Verbesserung der Einsicht des Patienten als ein Weg, der zu möglichen positiven Veränderungen führen kann. Die Beziehung zu dem Therapeuten (inklusive Übertragungs- und Gegenübertragungs-Reaktionen) soll dabei stetig überprüft werden. Sie erwähnen besonders das von Yalom (1975; 1995) geschriebene Manual über die psychodynamische Gruppentherapie.

Fielden (1992) beleuchtet die Entwicklung der psychodynamischen Therapie. Sie betont dabei, dass mit einigen veränderten Schwerpunkten die Therapie auf jeden Fall erfolgreich bei Älteren anwendbar ist. Fielden (1992) nennt einige Autoren wie Hildebrand, Cooper, Saracino und Burnside, die spezielle Adaptionen der Therapie an die Bedürfnisse älterer Menschen vornahmen. Burnside (1970) betont besonders diese spezielle Anpassungen der Therapie an das fortgeschrittenere Alter in Bezug auf die Durchführung von Gruppenpsychotherapien. Diese Adaptionen machen die Therapie für ältere Menschen leichter zugänglich und ermöglichen, dass direkte und angemessene Interventionen in dem Leben der Älteren positive Veränderungen bewirken können. Diese „unterstützende“ Psychotherapie ist der bei Älteren am meisten angewandte Zugang, um die Symptome eher Ich-synton als Ich-dyston zu machen und den Lebenskomfort der Älteren von Beginn der Therapie an zu erhöhen, als zu erniedrigen, wie das eher bei der traditionellen Psychoanalyse der Fall ist. Loebach Wetherell (1998) stellt innerhalb ihres Übersichtsartikels dar, dass die psychodynamischen Therapien typischerweise die akuten Angstprobleme der Patienten nutzen, um einerseits vergangene Themen oder Konflikte der Patienten und andererseits auch therapeutische Übertragungen innerhalb der therapeutischen Beziehung sichtbar und bearbeitbar zu machen. Bonhote et al. (1999) geben an, dass die Theorien über die expressive Psychotherapie und die psychodynamischen Konflikte auf Cooper (1984) zurückzuführen sind. In Bezug auf klinische Interventionen und Ziele der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie sieht er es als wichtig an, dass klare Grenzen innerhalb der Gruppe erhalten werden müssen. Den Gruppenmitgliedern soll dabei geholfen werden, ihre Erfahrungen im Hier und Jetzt entwickeln und verstehen zu

können und zu erkennen, dass dies eben auch durch den direkten Austausch mit den anderen Gruppenmitglieder ermöglicht werden kann. Schonfeld & Dupree (1995) heben hervor, dass das moderne psychodynamische Modell seine Wurzeln in der klassischen psychoanalytischen Theorie hat. Klausner & Alexopoulos (1999) betonen den Aspekt, dass die einzelnen Ziele der psychodynamischen Therapie von der jeweiligen Gesundheit des Patienten und seinen dementsprechend noch ausführbaren Funktionen abhängig sind. Bei den Patienten, die nicht stark eingeschränkt sind, sollen interpersonelle Konflikte gelöst werden, der Patient soll sowohl mit seinen Fähigkeiten als auch Enttäuschungen zur Versöhnung kommen und lernen, sich an Verluste und Stresssituationen anpassen zu können. Für eher schwächere Ältere ist das Ziel der Therapie, dass die Trauer über verlorene Kapazitäten erleichtert werden soll und die Patienten lernen, ihre physischen Limitationen zu akzeptieren. Außerdem sollen Ängste vor der persönlichen Abhängigkeit reduziert und Lösungen von interpersonellen Schwierigkeiten gefunden werden.

Verschiedene, auf einen bestimmten tiefenpsychologische Therapieansatz bezogene, Konzepte

Baumann (1994) beschreibt die körperzentrierte Psychotherapie näher als somatopsychisches und psychosomatisches Therapieverfahren. Dagegen beschreibt Barolin (1992) spezielle Hypnoidmaßnahmen in Kombination mit analytisch orientierter Aussprache und Gruppendynamik als besonders effektive Therapieform. Es wird näher erläutert, dass die somatotropen Wirkungen der Psychotherapie dabei ebenso zur Geltung wie deren psychotrope Wirkungen kommen. Heuft & Senf (1992) erwähnen innerhalb ihrer Veröffentlichung eine Gesprächs- und eine Gestaltungsgruppentherapie, die neben noch anderen Therapieangeboten (auch Einzelpsychotherapie) innerhalb einer fokalthérapeutischen Behandlung Älterer innerhalb einer Psychosomatischen Klinik durchgeführt wurden. Auch Peters (1995) beschreibt ein gruppentherapeutisches Behandlungskonzept, welches sich an den psychoanalytisch fundierten integrativen Behandlungsmodellen orientiert. Battegay & Müllejans (1992) legen dar, dass viele ältere Menschen weniger Narzissmus zur Verfügung haben, um sowohl ihr eigenes Ich als auch die Umgebung narzisstisch zu besetzen. Deshalb beschreibt er es für sie als immer schwieriger, das eigene Selbst auf

neue Menschen, neue Umgebungen und neue Sitten auszudehnen. Dies sei einer der Gründe, weshalb ältere Menschen sich deshalb mehr und mehr isoliert fühlen und schließlich Suizid begehen. Er beschreibt dementsprechend den Verlauf einer speziellen, für diese geschilderte Zielgruppe konzipierten, Gruppentherapie näher.

Verschiedene, auf einen bestimmten interpersonellen Therapieansatz bezogene, Konzepte

Bauer (1997) beschreibt, allerdings nicht spezifisch auf das Gruppenformat bezogen, ein Psychotherapieverfahren, welches sich methodisch anlehnt an die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) und speziell an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst wurde. Sie wird als „Late-Life Form“ (IPL-LL) der Interpersonellen Therapie bezeichnet.

Unklares Therapieformat

Arèan et al. (2001) beschreiben eine Interpersonelle Therapie, die bewusst an die Bedürfnisse auch von älteren, in einem allgemeinen Krankenhaus liegenden Patienten angepasst wurde. Scocco & Frank (2002) und Reynolds (1999) führten die Therapie als Ergänzung bzw. Zusatz zu einer bei den Patienten gleichzeitig durchgeführten medikamentösen Therapie mit Antidepressiva durch.

Verschiedene, auf einen bestimmten psychoanalytisch-psychodynamischen Therapieansatz bezogene, Konzepte

Brok (1997) beschreibt eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie, die aber innerhalb ihres Formates Raum für auch psychodynamische Techniken und Inhalte lässt. Im Weiteren wird dargestellt, dass psychodynamisch orientierte Therapeuten bewusst mit der Tatsache arbeiten, dass die „Ebben und Fluten“, die innerhalb einer Gruppendynamik auftreten, einen erheblichen Teil der therapeutischen Gruppenerfahrung und dementsprechend auch der Heilfaktoren ausmachen. Dagegen achten kognitiv-behaviorale Therapeuten eher besonders darauf, dass die Gruppe, bei vor allem sehr ängstlichen und depressiven Menschen, stark strukturiert ist. Es gilt dabei der Ansatz, dass um so strukturierte eine Gruppensitzung abläuft, um so weniger Angst innerhalb der Gruppenmitglieder entstehen kann. Die psychodynamische Therapie arbeitet dementsprechend mehr mit Patienten, die stärkere Ich-Strukturen

haben. Die Therapie erreicht die therapeutischen Ziele nicht nur durch den therapeutischen Inhalt selbst, wie die kognitiv-behaviorale Therapie, sondern durch den Gruppenprozess an sich. Der Autor kombiniert jetzt die kognitiven Therapieprinzipien mit humanistischen und psychodynamisch-humanistischen Prinzipien und nennt die Therapie: „Life Enrichment Counseling Approach“. Diese spezielle Therapie stellt ein „short term“ Gruppenmodul dar und soll den älteren Menschen helfen, ihre Probleme wahrzunehmen und Ansätze zu entwickeln, wie sie angenehm und sinnvoll ihre Freizeit gestalten können. Bonhote et al. (1999) beschreiben eine „integrative Therapieform“, die gleichzeitig psychodynamische, unterstützende und kognitiv-behaviorale Zugänge anwendet, um bei den Patienten eine eigene Unabhängigkeit und Integrität zu erreichen. Innerhalb der Therapie wurde vor allem auch mit kreativen, expressiven Techniken, wie z.B. dem Einsatz von Gedichten gearbeitet. Schonfeld & Dupree (1995) heben hervor, dass das psychodynamische Modell in Bezug auf ältere Alkoholiker annimmt, dass die Alkoholiker Persönlichkeitsstörungen haben, die zur Anwendung des Ego-Verteidigungsmechanismus des Leugnens führen. Die Technik des Leugnens stellt eine Antwort auf erhaltene Drohungen und Gefahren dar, die dem Ego des Patienten hilft aufkeimende Ängste zu unterdrücken. Leszcz (1997) beschreibt eine psychodynamische Gruppenpsychotherapie, die als Hauptbestandteil auf den Theorien der Selbstpsychologie basiert. Diese sieht die Gruppe als Möglichkeit an wie ein Spiegel für den Einzelnen wirken zu können. Dabei sind die zwei wichtigen Mechanismen die Spiegelung und die Idealisierung (Shaked 1993). Leszcz (1990 und 1997) hebt hervor, dass die Gruppentherapie Selbstbewusstsein und eine selbsterhaltende Matrix bieten soll. Die Verletzungen des „Selbst“ sollen durch das Aufbauen von neuen Beziehungen bearbeitet bzw. geheilt werden. Generell beschreibt er eine „integrative Gruppe“, die sowohl psychodynamische als auch kognitiv-behaviorale und Aspekte der Selbstpsychologie als Ansätze besitzt und integriert. Leszcz (1990 und 1997) schreibt, dass dieses bestimmte Therapiemodell wie ein therapeutisches Buffet operiert, es bietet die größte Bandbreite an potentiellen therapeutischen Mechanismen, die möglich sind. Kehoe (1998) beschreibt eine Gruppe in der ausschließlich religiöse Themen besprochen wurden, die hauptsächlich psychodynamisch und weniger didaktisch orientiert war. Müller & Barash- Kishon (1998) definieren die von ihnen durchgeführte Therapie als psychodynamisch- supportive Gruppentherapie. Das Modell enthält

zusätzlich spezifische integrative Interventionen, die auf dem Modell von Horowitz über den Vorgang des Trauerns und den Umgang mit Stress beruhen. Innerhalb der Therapie wurde ein psychodynamisch-orientierter Zugang mit aktiven integrativen Techniken kombiniert.

5.2.3 Gegenüberstellung und Abgrenzung der unterschiedlichen Therapiekonzepte

Radebold (1994) fasst innerhalb seines Übersichtsartikels zusammen, dass bei den Gruppenverfahren psychodynamisch orientierte Gruppenbehandlungen im Gegensatz zu psychoanalytischen Gruppenpsychotherapien überwiegen. Insgesamt fasst er zusammen, dass bisher die Gruppenverfahren im klinischen Bereich überwiegend angewendet werden, also von vornherein zeitlich begrenzte Therapien den Vorzug haben. Er erklärt weiterhin, dass sich dieses Phänomen einerseits mit dem Gruppenboom früherer Jahre begründen lässt, andererseits aber auch als Zeichen einer unbewussten Distanz zu den Älteren (Aufspaltung der Übertragung und Vermeidung einer intensiven Zweierbeziehung) angesehen werden könnte.

5.2.4 Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Tiefenpsychologische Therapie

Die von Baumann (1994) beschriebene „Körperzentrierte Psychotherapie“ und die für die Patienten immer zeitlich direkt danach folgende analytisch orientierte verbale Gruppenpsychotherapiestunde wurden von Ärzten, die als Bezugstherapeuten unter regelmäßiger Supervision standen, geleitet. Canete et al. (2000) betonen, dass die Therapeuten nicht die reichen Ressourcen, die Weisheit und Erfahrungen der Älteren unterschätzen dürften. Battegay & Müllejans (1992) beschreiben, dass es bei ihrer Arbeit mit älteren Menschen wichtig ist, die Reduktion des zur Verfügung stehenden Narzissmus zu beachten und mit ihnen, wenn möglich, nie nur innerhalb einer individuellen Therapie, sondern parallel immer auch in einer therapeutischen Gruppe zu arbeiten. Battegay & Müllejans (1992) erwähnen zusätzlich, dass Therapien, die der von ihnen beschriebenen Gruppentherapie ähneln, nicht unbedingt von einem Arzt geführt werden müssen, sondern auch von einer erfahrenen Krankenschwester geleitet werden können. Thilo (1992) schildert, dass der von Naomi Feil eingeführte Begriff der

Validation eine beherrschende Rolle spielen könnte. Es geht dabei nicht um eine Rückführung des Patienten in die objektive Realität, sondern der Therapeut soll in die „innere Lebenswelt des älteren desorientierten Patienten mitgehen“. Die therapeutische Technik hat also nicht die Realität wiederherzustellen, sondern die Signale einer Desorientierung des Patienten wahrzunehmen und therapeutisch bei dem Hintergrund und den auslösenden Faktoren anzusetzen, die der Patient genau äußert. Er stellt dar, dass es sich in der analytischen Gruppentherapie als gut erwiesen hat, wenn ein jüngerer und ein lebensgemäß älterer Analytiker gemeinsam die Gruppen leiten. Klärend kann z.B. sein, wenn einer der beiden Gruppenleiter dann „verhindert“ ist. Die Aggressivität und die Abwehr gegenüber dem nicht anwesenden Gruppenleiter kommt dann besser zum Ausdruck, und die notwendige Abwertung des Gruppenleiters, die aus Angstgründen bei alten Menschen spärlich geäußert wird, kann sich Bahn brechen. Das gilt vor allem dann, wenn es gelingt, in der Einzel- oder der Gruppentherapie libidinöse Wünsche und Sehnsüchte manifest werden zu lassen. Zusätzlich beleuchtet Thilo (1992) noch die Gefahr der Bildung einer Kumpelschaft mit dem Patienten, die besonders in der Gruppentherapie sichtbar wird, die nur wiederum die Unsicherheit des Gegenübers verstärken. Beutel et al. (2002) informieren darüber, dass die berufsbezogenen Gruppen jeweils von einem weiblichen und einem männlichem Therapeuten geleitet wurden. Die Therapeuten hatten eine mehrjährige gruppentherapeutische Erfahrung mit tiefenpsychologischer Ausrichtung und waren zwischen 35-40 Jahre alt. Beutel et al. (2002) verlangen von dem Therapeuten, dass er neben der Bearbeitung berufsbezogener Konflikte die Entwicklung einer hilfreichen Gruppenatmosphäre fördern soll (u.a. durch Beachtung des Gruppenprozesses, Konfrontation, Klärung und Deutung von Übertragung und Widerstand). Peters (1995) betont, dass die Gruppentherapien jeweils von zwei Therapeuten geleitet werden. Auch Kemper (1991) beschreibt, dass jeweils zwei Therapeuten eine Gruppensitzung leiteten, deren Arbeit in unregelmäßigen Abständen supervidiert wurde. Zunächst wurde darauf geachtet, dass ein weiblicher und ein männlicher Leiter das Team bildeten. Soweit das Geschlecht der Leiter von Bedeutung war, hat es sich in den Folgejahren wohl als effektiver erwiesen, zwei männliche Leiter zu wählen, da die Gruppenzusammensetzung ein klares Übergewicht an Frauen erkennen ließ und es oft schwierig war, ein männliches Gruppenmitglied zur Teilnahme zu bewegen.

Nicht nur spezifisch auf das Gruppenformat bezogen

Ardern et al. (1998) empfinden es als sehr wichtig, dass die Therapeuten eine regelmäßige Supervision erfahren. Die Supervision klärt dabei nicht nur wichtige Aspekte innerhalb der Beziehung zwischen Patient und Therapeut auf, sondern hilft zu identifizieren, ob ein Patient für die Psychotherapie überhaupt geeignet ist. Der Psychotherapeut wiederum kann dabei helfen innerhalb von Personalgruppensitzungen die Personal-Patienten-Beziehungen zu klären. Hinze (1990) betont ganz ausdrücklich, dass generell die Therapeuten vermeiden sollten, ihre Patienten nur aus speziellen, umschriebenen Altersgruppen heraus zu wählen. Andernfalls würden sie auf eine Möglichkeit verzichten, ihre eigene Entwicklung und berufliche Kompetenz zu fördern und die psychoanalytische Erforschung des gesamten Lebenslaufes zu vertiefen. Gleichzeitig würden sie sich dadurch einen fruchtbaren Ansatz nehmen, die verschiedensten psychotherapeutischen Interaktionen zu studieren.

Interpersonelle Therapie

Arèan et al. (2001) beschreiben, dass eine Krankenschwester die Therapie durchführte. Sie bekam wöchentliche Gruppensupervisionen von verschiedenen Psychiatern.

Bauer (1997) betont generell und nicht spezifisch auf das Gruppenformat bezogen, dass der Therapeut darauf achten soll, dass der jeweilige Partner des dementen Patienten in regelmäßigen Abständen in die Therapie einbezogen und für das Anliegen der Therapie interessiert werden sollte. Die Bezugspersonen der dementen Patienten dürfen aus der Therapie nicht ausgeschlossen werden, so dass womöglich der Therapeut gegen ihre Opposition arbeiten muss. Die Arbeit des Therapeuten mit Patient und Partner erfordert nach beiden Seiten erhebliches Fingerspitzengefühl. Angehörige müssen auf dysfunktionale Verhaltensweisen gelegentlich vorsichtig-konfrontierend hingewiesen werden. Die Kunst besteht für den Therapeuten darin, an der Seite seines Patienten zu bleiben, ohne in einen unproduktiven Konflikt mit Angehörigen zu geraten.

Unklares Therapieformat

Bei der von Reynolds et al. (1999) durchgeführten Studie wurden die Therapien von 2 Sozialarbeitern, einem Erzieher und einem Psychologen geleitet. Bei der von Mossey et al. (1996) beschriebenen Therapie wurden die Sitzungen von Krankenschwestern

geleitet. Scocco & Frank (2002) ließen die Therapie von einem Therapeuten leiten, der speziell auf die Ausübung der Interpersonellen Therapie geschult war.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Fielden (1992) beschreibt, dass Sozialarbeiter als Gruppenleiter tätig waren und betont, dass die Leiter der einzelnen Gruppe auf relevante und universale Themen in Bezug auf den Altersprozess fokussieren sollten. Moberg & Lazarus (1990) nennen als wichtige generelle Verhaltensweisen des Therapeuten (ohne sich dabei auf ein spezifisches Therapieformat zu beziehen): Aktivität, Warmherzigkeit und Engagement. Er soll innerhalb der ersten Sitzungen die Reaktionen und Widerstände der Patienten in Bezug auf die Durchführung der Therapie mit ihnen durcharbeiten, um ein abruptes Beenden aus Enttäuschung über den nicht sofort einsetzenden Erfolg zu verhindern. Der Therapeut soll, besonders in Bezug auf die von dem Patienten erfahrenen Verluste, mit ihm empathisch kommunizieren, mit ihm gemeinsam Trauergefühle bearbeiten und mit ihm gemeinsam neue Beziehungen und angenehme Aktivitäten wiederentdecken und aufbauen. Der Therapeut hat die Aufgabe negative Übertragungsreaktionen aufzuklären und gemeinsam mit dem Patienten eine Bedeutung in dem Leben seines Klienten zu finden und seine interpersonellen Beziehungen zu verbessern. Evans et al. (2001) beschreibt, dass bei der von ihr erläuterten Therapie die Leiter keine formalen Qualifikationen im Bereich der Psychotherapie hatten, aber schon viel Erfahrung und Training hinter sich haben. Sie wurden von einer Psychologin supervisiert, die eine Gruppenanalytikerin war. Die Supervision wurde von den Autoren als essentiell für das Erreichen der nötigen Distanz, besonders in dem Fall, dass die Gefühle der Patienten sehr stark und schwer aushaltbar für die Leiter waren, erachtet. Beecraft (1999) arbeitete innerhalb der Gruppe mit zwei Therapeuten. Es wird betont, wie sinnvoll es war, gemeinsam über die Gruppensitzungen zu reflektieren und wie wichtig die Supervision dabei war. Weiterhin wird die Wichtigkeit dargestellt wie wichtig es ist, dass die Therapeuten dafür sorgen die Gruppe im „Hier und Jetzt“ bleiben zu lassen. Wood & Seymour (1994) empfehlen, dass der Therapeut unter den Mitgliedern eher keine physischen Kontakte ermutigt, um eher die verbale Expression der Gruppenmitglieder zu fördern. Müller & Barash-Kishon (1998) geben an, dass die Gruppe von einem männlichen Psychiater, der selber als Kind den Holocaust überlebte, und einer weiblichen Psychologin geleitet wurden. Bonhote et al. (1999) empfehlen, dass der

Leiter die stetige Kommunikationsführung als eine seiner Aufgaben innerhalb der Gruppe anerkennt.

5.2.5 Die Zusammensetzung der Gruppe

5.2.5.1 Die Alterszusammensetzung

Tiefenpsychologische Therapie

Die von Baumann (1994) beschriebene „Körperzentrierte Psychotherapie“ führte die Therapie mit Patienten, durch deren Alter zwischen 45-65 Jahre lag. Hirsch (1990) empfiehlt, dass möglichst altersgleiche Teilnehmer innerhalb einer Gruppe sein sollten. Canete et al. (2000) beschreiben, dass die Altersbreite ihrer an der Gruppe teilnehmenden Mitglieder zwischen 65 und 89 Jahren lag. Beutel et al. (2002) führten eine Gruppentherapie mit Teilnehmern durch, deren jeweiliges Alter zwischen 50 und 59 Jahren lag und das Therapiekonzept aber speziell auch für ältere Arbeitnehmer entwickelt wurde. Sie wählten bewusst ein altershomogenes Setting. Peters (1995) schildert den Verlauf einer Gruppentherapie, innerhalb derer die Gruppenmitglieder 55 Jahren und aufwärts waren. Kemper (1991) berichtet über Gruppen, die mit Teilnehmern arbeiteten deren Alter zwischen 50 und 79 Jahre lag. Die Mehrheit der Teilnehmer lag zwischen 50 und 65 Jahren.

Nicht spezifisch auf das Gruppenformat bezogen

Radebold (1994) stellt innerhalb seines Übersichtsartikels fest, dass eher 50-65jährige denn über 65jährige, und kaum 70-80jährige therapiert wurden und werden. Bei der fokalthérapeutischen Behandlung, die von Heuft & Senf (1992) beschrieben wurde, lag das Durchschnittsalter der insgesamt untersuchten Patienten bei 58 Jahren.

Interpersonelle Therapie

Unklares Therapieformat

Reynolds et al. (1999) beschrieben innerhalb ihrer Studie ein Durchschnittsalter von 67 Jahren. Mossey et al. (1996) beschreiben, dass das Alter der Teilnehmer zwischen 60-91 Jahren variierte. Das Durchschnittsalter lag bei 71 Jahren. Scocco & Frank (2002)

fürten die Therapie mit Patienten durch, deren Alter eine Bandbreite von 62 bis 79 Jahren umfasste.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Evans et al. (2001) führte die Gruppe mit Teilnehmern durch, deren Alter zwischen 75 und 84 Jahren lag. Beecraft (1999) arbeitete innerhalb der Gruppe mit Patienten, deren Alter zwischen 65-90 Jahren lag. Müller & Barash-Kishon (1998) beschreiben, dass sich 11 der Gruppenmitglieder innerhalb ihrer 6. Lebensdekade und 3 in ihrer 7. Dekade befanden.

5.2.5.2 Geschlechterverhältnis und Gruppengröße

Tiefenpsychologische Therapie

Hirsch (1990) führt aus, dass Teilnehmer beider Geschlechter innerhalb einer Gruppe partizipieren sollten. Als günstig für den Gruppenprozess werden acht bis zehn Patienten angesehen. Nach der Definition von Shaked (1993) werden alle psychoanalytischen Gruppentherapien mit älteren Menschen innerhalb einer Kleingruppe, die definitionsgemäß aus 7-12 Mitgliedern besteht, im Gegensatz zu einer Großgruppe, die definitionsgemäß ab 25 Teilnehmern so definiert wird, durchgeführt. Canete et al. (2000) leiteten die Gruppe die meiste Zeit mit insgesamt 7 Teilnehmern. Beutel et al. (2002) leiteten die Gruppensitzungen mit jeweils 10 bis 12 Patienten. Kemper (1991) leitete die Gruppen mit jeweils 8 bis 9 Teilnehmern. Er berichtet, dass die Gruppenzusammensetzung ein klares Übergewicht an Frauen erkennen ließ und es oft schwieriger war, ein männliches Gruppenmitglied zur Teilnahme zu bewegen. Oft nahmen nur ein bis zwei Männer an der Gruppe teil. Evans (1998) beschreibt eine Gruppe, die bewusst mit sehr kleinen Gruppenmitgliederanzahlen arbeitete.

Interpersonelle Therapie

Unklares Therapieformat

Reynolds et al. (1999) arbeiteten innerhalb ihrer Studie mit einer Mehrheit von Frauen. Scocco & Frank (2002) führten die Therapie mit 3 Frauen und zwei Männern durch.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Evans et al. (2001) führte die Gruppe mit insgesamt 9 Mitgliedern durch: 6 Frauen und 3 Männer. Beecraft (1999) arbeitete innerhalb der Gruppe mit 6-7 Patienten pro Sitzung. Meistens war höchstens ein Mann und sonst nur Frauen anwesend. Wood & Seymour (1994) berichten, dass im Durchschnitt pro Sitzung 8 Mitglieder anwesend waren. Müller & Barash- Kishon (1998) führten die Gruppe mit 11 Frauen und 3 Männern durch. Durchschnittlich waren 10 Mitglieder pro Sitzung anwesend.

5.2.5.3 Diagnosen und Indikationen: Zusammensetzung der Gruppe bezüglich der Erkrankungen

Tiefenpsychologische Therapie

Die von Baumann (1994) beschriebene „Körperzentrierte Psychotherapie“ wurde mit Patienten durchgeführt, die unter psychosomatischen Beschwerden litten. Hirsch (1990) gibt als günstig für den Gruppenprozess an, wenn Patienten mit unterschiedlichen neurotischen und reaktiven Störungen sich in einer Gruppe treffen. Evans (1998) berichtet von einer psychoanalytischen Gruppentherapie, die mit depressiven, älteren Personen durchgeführt wurde. Battegay & Müllejans (1992) berichten von einer Gruppe, die mit Patienten geführt wurde, die unter paranoiden Ideen litten. Thilo (1992) berichtet von dem Fallbeispiel einer Patientin mit einer Pseudo-Depression mit einer phobischen Grundlage, die traumatisch in der frühen Kindheit anzusiedeln war und die eine Gruppentherapie besuchte. Beutel et al. (2002) führten eine Gruppentherapie mit älteren Arbeitnehmern durch, die mit starken berufsbezogenen Problemen und Konflikten belastet waren. Kemper beschreibt, dass die Patienten unter den verschiedensten psychiatrischen Krankheiten litten, wie z.B. einer endogenen Depression, Formen einer chronischen Schizophrenie, an schizoaffektiven Psychosen, Neurosen usw.

Interpersonelle Therapie

Bauer (1997) beschreibt, dass die Therapie mit Alzheimer Patienten durchführbar ist. Arèan et al. (2001) führten die Therapie mit depressiven Patienten durch.

Unklare Therapieform

Reynolds et al. (1999) und Scocco & Frank (2002) führten die Therapie mit depressiven, älteren Patienten durch. Mossey et al. (1996) leiteten die Therapie mit Patienten, die unter einer subdysthymischen Depression litten.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Die von Brok (1997) kombinierte kognitiv-behaviorale Therapie mit psychodynamischen Ansätzen wurde mit Älteren durchgeführt, die unter den verschiedensten Diagnosen litten. Fielden (1992) beschreibt psychodynamische Gruppen, die mit depressiven Patienten arbeiten. Loebach Wetherell (1998) beschreibt die Anwendung der Therapie bei Patienten mit Angststörungen. Schonfeld & Dupree (1995) heben hervor, dass auch bei älteren Alkoholikern generell psychodynamische Ansätze anwendbar sind. Sie beziehen sich dabei auf kein spezielles Therapieformat. Leszcz (1990 und 1997) führt seine „integrierte Gruppenpsychotherapie“, die sowohl psychodynamische, kognitiv-behaviorale und Aspekte aus der Selbstpsychologie als Ansätze hat, mit depressiven, älteren Menschen durch. Evans et al. (2001) führten die Gruppen mit älteren Teilnehmern durch bei denen verschiedene psychiatrische Krankheiten vorlagen, aber kein Patient litt unter einer Psychose. Zwei der Mitglieder hatten zusätzlich zu ihrer psychiatrischen Erkrankung auch noch schwere Höreinschränkungen und zwei waren aufgrund physischer Einschränkungen immobil. Beecraft (1999) erwähnt, dass die meisten der Teilnehmer an sowohl den verschiedensten funktionellen und organischen Krankheiten litten. Viele der Patienten hatten in ihrer Kindheit schwere Verluste (z.B. der Eltern) oder sexuellen, physischen, emotionalen Missbrauch erleiden müssen. Müller & Barash-Kishon (1998) berichten, wie sie eine Gruppenpsychotherapie mit älteren Holocaust-Überlebenden durchführten. Alle Patienten litten unter dem „survivor syndrome“, welches als ein spezifischer Typus der Post- traumatischen Belastungsstörung gewertet wird. Einigen zeigten das „survivor syndrome“ mit eher narzisstischen oder histrionischen Zügen, andere hatten eher eine Depression oder eine Zwangsstörung. Alle Mitglieder bekamen Psychopharmaka.

5.2.6 Auswahlkriterien

Tiefenpsychologische Therapie

Hirsch (1990) hebt generell hervor, dass entscheidend für die Indikation zur Psychoanalyse nicht das Lebensalter des Patienten, sondern seine Flexibilität, Ich-Stärke, Motivation, Entwicklungspotential und soziale Einbindung ist. Er gibt an, dass die Psychoanalyse indiziert ist, wenn innerpsychische und intergenerative, unbewusste Konflikte aus früherer Zeit und der Gegenwart zu klären und zu bearbeiten sind. Ebenso wenn Bedrohungen, Verluste und Kränkungen der gegenwärtigen Lebenssituation in ihrer subjektiven Bedeutung zu bewältigen und zu verarbeiten sind. Oder wenn angesichts der zunehmenden Begrenztheit des Lebens diese Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren sind. Das bedeutet auch: sich mit dem Tod und Sterben auseinander zu setzen. Peters (1992) gibt zur Aufnahme von Patienten auf die von ihm beschriebene psychoanalytisch fundierte stationäre Psychotherapie (auf der neben Einzeltherapien auch mehrere Gruppentherapien angeboten werden) folgende Ausschlusskriterien an: Patienten mit psychotischen Krankheitsbildern, akut suizidgefährdete Patienten, Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Patienten mit primär hirnorganischen Krankheitsbildern, Patienten mit erheblich eingeschränkter Gehfähigkeit sowie der mangelnden Fähigkeit, sich in gewissem Rahmen selbst zu versorgen, ebenso bettlägrige Patienten oder Rollstuhlfahrer, Patienten, die einer intensiven internistischen oder anderen fachärztlichen Mitbehandlung bedürfen, soweit diese über die Möglichkeiten eines Konsils hinausgehen. Es werden Patienten mit neurotischen, funktionellen und psychosomatischen Störungen behandelt, auch Psychosen in der Remission werden aufgenommen. Canete et al. (2000) gaben als Ausschlusskriterien an, wenn die Patienten unter einer akuten Psychose litten, speziell eine paranoide Symptomatik aufwiesen. Ebenfalls wurden keine dementen Patienten zugelassen. Teilweise akzeptierten sie aber Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, mit einer Depression, einer Angststörung oder auch Patienten, die unter einer Substanzabhängigkeit litten. Sie ließen allerdings keine Patienten mit zu großen körperlichen Beschwerden zu. Patienten mit guten Fähigkeiten im Bereich ihrer verbalen Kommunikationsfähigkeiten und sozialen Fertigkeiten konnten besser ihre Vergangenheit und Verluste durcharbeiten, ohne sich dabei in Somatisierungen oder physische Krankheiten zu flüchten und besser ihre nicht freiwillige Isolierung

überwinden. Ebenfalls hilfreich war es, wenn die Patienten schon mal in ihrer Vergangenheit eine Psychotherapie besucht hatten.

Interpersonelle Therapie

Unklares Therapieformat

Scocco & Frank (2002) betonen, dass die Patienten nicht kognitiv eingeschränkt sein dürfen (und mindestens 27 von 30 Punkten auf dem MMSE erreichen). Mossey et al. (1996) geben ebenfalls an, dass die Patienten nicht kognitiv eingeschränkt sein dürfen. Zusätzlich dürfen sie unter keiner Substanzabhängigkeit, einer schweren physischen Krankheit im Endstadium oder einer stark eingeschränkten Mobilität leiden. Reynolds et al. (1999) geben an, dass die Patienten unter keiner bipolaren oder psychotischen Depression leiden dürfen.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Schonfeld & Dupree (1995) heben hervor, dass die Patienten ausreichende kognitive Funktionen haben sollten. Evans et al. (2001) lässt keine dementen Patienten an der Gruppentherapie teilnehmen. Beecraft (1999) gab an, dass die Teilnehmer nicht unter zu starken Gedächtnisverlusten leiden durften, bereit waren über sich selbst und ihre Gefühle zu reden und auch freiwillig gerne die Gruppen besuchen wollen. Wood & Seymour (1994) geben als Kriterium an, dass der Patient über 65 Jahre sein muss. Sie durften nicht psychotisch oder kognitiv eingeschränkt sein, keine zu hohen Höreinschränkungen aufweisen und sowohl Englisch verstehen als auch sprechen können.

5.2.7 Technische Aspekte

Tiefenpsychologische Therapie

Hirsch (1990) führt allgemein aus, dass psychoanalytische Gruppentherapien in halb offenen oder geschlossenen Gruppen durchgeführt werden sollten. Barolin (1990) benutzte neben der psychoanalytisch-orientierten Gesprächsgruppe die Methodik des Autogenen Trainings, der Hypnose und des respiratorischen Feedbacks. Evans (1998) berichtet, dass die psychoanalytische Gruppentherapie innerhalb eines zeitlimitierten Formates geleitet wurde. Canete et al. (2000) leiteten die Gruppe in einem „slow-open“-

Format und wandten den bewussten Einsatz des therapeutischen Mittels des „Reminiscence“ an. Auch Battegay & Müllejans (1992) empfehlen, dass der von ihnen geschilderte Typus an Gruppentherapie innerhalb eines „slow-open“ Formates geführt werden sollte, d.h., es sollten immer neue Gruppenmitglieder wieder aufgenommen werden, wenn andere nicht mehr länger teilnehmen konnten oder starben. Die Therapie sollte die Älteren über Jahre begleiten. Beutel et al. (2002) berichten, dass die berufsbezogene Gruppentherapie innerhalb eines geschlossenen Settings geleitet wurde. Peters (1995) berichtet, dass die Gruppentherapien als offene Gruppen auf der psychoanalytisch orientierten Station angeboten werden. Insgesamt definiert er das therapeutische Konzept als psychoanalytisch-systematisch orientiert. Kennzeichnend ist, dass den Patienten ein Rahmen angeboten wird, der einerseits Schutz bietet, der andererseits aber Impulse setzt und zur Auseinandersetzung anregt.

Interpersonelle Therapie

Die von Bauer (1997) beschriebene, nicht spezifisch auf das Gruppenformat bezogene IPT-LL umfasst folgende Arbeitstechniken: Exploration, Affektermutigung, Klärung, Kommunikationsanalyse sowie verhaltensmodifizierende Techniken. Außerdem macht sich die IPT-LL die therapeutische Beziehung zunutze, um interpersonelle Defizite des Patienten exemplarisch zu beobachten, zu klären und zu korrigieren. Arèan et al. (2001) zeigten den Patienten ein Aufklärungsvideo über die Behandlung von Depressionen bei älteren Menschen (auch ihre Angehörigen konnten sich das Video ansehen).

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Die von Evans (2001) geleitete Gruppe wurde innerhalb eines geschlossenen, zeitlimitierten Settings geführt. Beecraft (1999) berichtet, dass sie die Therapie erst als „short-term“-und geschlossene Gruppe führte, diese aber dann in eine kontinuierliche, „slow-open“-Gruppe umwandelte. Wood & Seymour (1994) ließen die Gruppe offen endend laufen mit einem Fokus im „Hier und Jetzt“. Müller & Barash- Kishon (1998) begannen die Therapie als „slow open“ Gruppe und führten sie geschlossen weiter, nachdem sie 14 Gruppenmitglieder umfasste.

5.2.8 Verlauf und Inhalt der Therapie

Tiefenpsychologische Therapie

Nach jeder Sitzung, bei der von Baumann (1994) beschriebenen „Körperzentrierten Psychotherapie“, schloss sich unmittelbar eine weiterverarbeitende analytisch-orientierte verbale Gruppenpsychotherapiestunde an. Barolin (1992) beschreibt, dass der Verlauf der Sitzung so aussah, dass der Einstieg der Sitzungen durch den rituellen Vorgang mittels des Hypnoids statt fand und so die Gruppenatmosphäre stark vertieft wurde. Ab der 12. Sitzung wurden vom Gruppenleiter Vorschläge für formelhafte Vorsatzbildungen gemacht, üblicherweise in der Gruppe sehr ausführlich diskutiert, um einen gewissen „Gruppenkonsens“ zu erhalten. Fallweise soll auch in der Gruppe erneut darauf zurückgegriffen und Erfahrungen darüber ausgetauscht werden. Dadurch erhalten derartig in der Gruppentherapie gefundene Formeln allgemein ein besonderes Gewicht, welches über den einfachen ärztlichen Ratschlag innerhalb einer Einzeltherapie weit hinausgeht. Beutel et al. (2002) teilen den Ablauf der Therapie in 5 Abschnitte ein, deren Gestaltung wesentlich durch den Gruppenprozess bestimmt wird. Die 1. Stunde stellt die allgemeine Einführung dar, die der Vorbereitung auf die Gruppe dient. Danach folgt die Exploration. Das heißt, in der 2. Stunde werden auf der Grundlage der explorierten und gesammelten berufsbezogenen Belastungen und Konflikte individuelle Zielsetzungen für die berufsbezogene Gruppe erarbeitet und schriftlich formuliert. Innerhalb der 3.-7. Sitzung werden die berufsbezogenen Probleme und Konflikte bearbeitet. Danach erfolgt die Bilanzierung, in der Erwartungen und Zielsetzungen mit dem tatsächlichen Verlauf der berufsbezogenen Gruppe verglichen und Möglichkeiten des Transfers von Lösungsansätzen in die berufliche Situation geklärt wurden. Es erfolgt eine schriftliche Bewertung durch die Teilnehmer zum Behandlungsende und zur Katamnese. In der Anfangsphase (Einführung und Exploration) wurden vor allem Überforderungsgefühle, Kränkungen und Benachteiligungen von Patienten spontan thematisiert. Allgemein fiel es den Patienten zunächst schwer persönliche Zielsetzungen für die Gruppenteilnahme zu formulieren. Außerdem entwickelten sich zunehmend Übertragungskonstellationen innerhalb der Gruppe und gegenüber dem Gruppenleiter. Insgesamt aber wurden gemeinsame und unterschiedliche Erfahrungen der Gruppenmitglieder bearbeitet und es wurde nach Anregungen und Ideen gemeinsam gesucht und aktive Umsetzungen der Ideen

durchgeführt. Hirsch (1990) gibt an, dass innerhalb der Gruppenbehandlung neben den einzelnen Lebensschicksalen der Teilnehmer Konflikte, Enttäuschungen, Trennungen, Verluste und Ängste vor Sterben und Tod angesprochen werden. Erörtert werden auch Schwierigkeiten mit den Kindern, Enkeln, manchmal auch mit noch lebenden Eltern. Dabei zeigt sich sehr plastisch, wie vielfältig die Bewältigungsformen sind, wie schnell man in Konflikten stecken bleiben kann und wie schwer es ist, dem Alter wirklich einen Sinn zu geben. Canete et al. (2000) berichten, dass typische innerhalb der Gruppe diskutierte Themen die Beziehungen zu den Kindern waren und oft den Altersprozess und den Tod umfassten. Über Themen wie Sexualität und Intimität zu reden, fiel den Gruppenmitgliedern dagegen eher schwer. Battegay & Müllejans (1992) schildern, dass in der therapeutischen Gruppe die Patienten nahezu ohne Anstrengung in Kommunikation mit anderen treten. Sie fühlten sich innerhalb der Gruppe ermutigt und erhielten emotionale Aufmerksamkeit und Bestätigung, fast ohne etwas aktiv dafür tun zu müssen. Mit der Zeit konnten sie eine tragende Solidarität spüren. Sie erlebten und fühlten mit den anderen Gruppenmitgliedern und trafen sich gelegentlich auch zwischen den wöchentlichen offiziellen Gruppensitzungen.

Interpersonelle Therapie

Unklares Therapieformat

Scocco & Frank (2002) berichten, dass der Inhalte der Therapie darin bestand, interpersonelle Probleme wie Trauer, Rollenübergänge und interpersonelle Defizite der Patienten zu bearbeiten.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Wood & Seymour (1994) beschreiben 7 sehr oft innerhalb der Gruppe diskutierte Themen: Verlust von Familienmitgliedern und Freunden, Kinder und Enkelkinder, Ehepartner und Blutsverwandte, physische und kognitive Einschränkungen, die Vergangenheit, Unabhängigkeit, Anpassung und Verletzlichkeit der Umwelt. Allgemein tauchten Gefühle des Ärgers und der Ablehnung häufiger innerhalb der Gruppe auf.

5.2.9 Zeitrahmen und Setting

Dauer

Tiefenpsychologische Therapie

Die von Baumann (1994) beschriebene „Körperzentrierte Psychotherapie“ fand einmal in der Woche für eine Stunde statt. Darüber hinaus wurde bei allen Patienten vier Wochen lang viermal wöchentlich eine Stunde Körperwahrnehmungsschulung durch geschulte Sporttherapeuten angeboten. Hirsch (1990) empfindet es als sinnvoll, wenn sich die Gruppen ein bis zwei Jahre lang treffen. Barolin (1992) beschreibt Hypnoidmaßnahmen in Kombination mit einer analytisch orientierten Gesprächsgruppe, die sich einmal in der Woche für 2 Stunden traf und jeweils über 3 Quartale andauerte. Canete et al. (2000) leiteten die Gruppe einmal in der Woche für 90 Minuten. Battegay & Mülleijans (1992) beschreiben eine Gruppentherapie, die einmal wöchentlich, für insgesamt 75 Sitzungen statt fand. Thilo (1992) berichtet von einem Fallbeispiel einer Patientin, die insgesamt 70 Gruppenstunden besuchte. Die von Beutel et al. (2002) durchgeführte berufsbezogene Gruppe traf sich zweimal wöchentlich für jeweils 50 Minuten über einen Gesamtraum von 4 Wochen. Bei Kemper (1991) traf sich die Gruppe einmal in der Woche für 100 Minuten. Evans et al. (2001) leitete eine Gruppe, die sich einmal in der Woche für eine Stunde, insgesamt über einen Zeitraum von 8 Monaten lang traf.

Interpersonelle Therapie

Arèan et al. (2001) ließen die Therapie einmal wöchentlich à eine Stunde für insgesamt 12-16 Sitzungen stattfinden. Danach wurden die Sitzungen nur noch einmal im Monat für insgesamt 2 Jahre durchgeführt.

Unklare Therapieform

Reynolds et al. (1999) leiteten die Gruppen einmal in der Woche à 50 Minuten über einen Zeitraum von 16 Wochen. Mossey et al. (1996) führten 10 Sitzungen à 30-60 Minuten durch. Scocco & Frank (2002) führten durchschnittlich 16 Sitzungen durch.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Bonhote et al. (1999) beschreiben eine „integrative Therapieform“, die gleichzeitig psychodynamische, „supportive“ und kognitiv-behaviorale Zugänge anwendet und sich einmal in der Woche trifft. Wood & Seymour (1994) ließen die Therapie einmal in der Woche für 1 ½ Stunden stattfinden. Die meisten Patienten blieben 6-15 Monate innerhalb der Therapie. Müller & Barash-Kishon (1998) ließen die Gruppentherapie mit den älteren Holocaust Überlebenden einmal im Monat stattfinden. Die Therapie wird schon seit Jahren durchgeführt.

Setting

Tiefenpsychologische Therapie

Die von Baumann (1994) beschriebene „Körperzentrierte Psychotherapie“ wurde auf einer Station innerhalb einer psychosomatischen Klinik durchgeführt. Die von Barolin (1992) beschriebene psychoanalytisch-orientierte Gesprächsgruppe wurde innerhalb einer (Alters-) Rehabilitation auf einer neurologischen Abteilung eines Landesnervenkrankenhauses geführt. Radebold (1994) vertritt innerhalb seines Übersichtsartikels die Meinung, dass den offenkundigen Behandlungsbedürfnissen fehlende Angebote im ambulanten und nur gewisse Möglichkeiten im stationären Bereich gegenüber stehen. Ardern et al. (1998) beschreiben öffentliche Institutionen z.B. innerhalb einer Gemeinde, aber auch stationäre Orte innerhalb derer ältere Patienten mit psychiatrischen Symptomen behandelt werden. Es arbeitet meistens ein multidisziplinäres Team zusammen, wo es eher seltener sei, dass bei jeder Sitzung ein Psychologe anwesend ist. Sie beschreiben, dass das Personal oft überfordert ist und dann eine hohe Aktivität und eine reine aufgabenorientierte Behandlung aufweisen, um sich selbst vor Gefühlen der Wut, der Verzweiflung oder dem Gefühl der Unfähigkeit zu schützen. Dagegen empfehlen sie eigentlich ausreichend Raum und Zeit für das Personal, um über ihre Arbeit ausreichend reflektieren zu können. Heuft & Senf (1992) führen innerhalb einer stationären fokalthérapeutischen Behandlung Älterer auf einer psychosomatischen Station neben noch einigen anderen Therapien auch eine Gruppentherapie durch. Canete et al. (2000) leiteten die Gruppe in einer ambulanten Tagesklinik. Beutel et al. (2002) und Peters (1995) führten ihre Gruppentherapien auf einer Station einer Psychosomatischen Klinik durch. Bei Peters (1995) ist die Station

auf der die Gruppentherapien geführt werden eine altersgemischte Station insofern, dass sie zur Hälfte mit Älteren (über 55 Jahre) und zur Hälfte mit jüngeren Patienten belegt ist. Einige Therapien werden dementsprechend mit beiden Altersgruppen zusammen und einige Therapien altersgetrennt durchgeführt.

Interpersonelle Therapie

Unklares Therapieformat

Scocco et al. (2002), Reynolds et al. (1999) und Mossey et al. (1996) führten die Gruppentherapien mit zur Zeit der Studie sich nicht innerhalb einer stationären Behandlung befindenden Patienten durch.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Evans et al. (2001) führten eine psychodynamische Gruppentherapie innerhalb einer Tagesambulanz für psychisch kranke, ältere Menschen.

5.2.10 Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen

Tiefenpsychologische Therapie

Die von Baumann (1994) beschriebene „Körperzentrierte Psychotherapie“ wurde auf einer Station innerhalb einer psychosomatischen Klinik durchgeführt. Die Station arbeitet dediziert nach einem ganzheitlichen und mehrdimensionalen Konzept, dass vor allem tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie neben anderen Verfahren, wie kommunikationsfördernde Therapie, autogenes Training, körperliche Rekonstitutionsmaßnahmen, z.T. physikalische Therapien und eine klinische Basisbehandlung integriert. Das bedeutet, dass der Patient sowohl in allen Gruppenpsychotherapien als auch in der begleitenden dyadischen Psychotherapie und medizinischen Betreuung auf der Station ganzheitlich von seinem ärztlichen Bezugstherapeuten betreut wird. Das heißt, jeder Bezugstherapeut leitet neben der fundamentalen analytisch-orientierten Gestaltungstherapie in der Gruppe auch die körperbezogene Gruppenpsychotherapie und es liegt nahe, dass die Ansprechbarkeit des Patienten besonders auf dieses Therapienangebot sehr weitgehend von der Qualität der Arzt-Patientenbeziehung abhängt. Innerhalb der stationären psychotherapeutisch-

gerontopsychosomatischen Behandlungen der älteren (oft depressiven) Patienten sind häufig neben Einzelgesprächen und kreativen Therapien auch Gruppentherapien Bestandteil der stationären Therapieangebote (Heuft 1990; 1993; 1994; 1995; Lamprecht 1990; Peters 1992). Häufig wird dabei für die Älteren keine gesonderte gerontopsychosomatische Abteilung geschaffen, sondern altersgemischte Stationen eingerichtet, die etwa zur Hälfte mit älteren, also über 60jährigen, und zur Hälfte mit jüngeren Patienten belegt sind. In der therapeutischen Gemeinschaft bleibt einerseits somit der Kontakt zwischen den Generationen erhalten und wird durch die regelmäßig stattfindenden Stationsversammlungen gefördert und zum Gegenstand reflektierender Gespräche. Peters (1992) beschreibt speziell, dass bei der von ihm beschriebenen stationären Behandlung für Ältere auch in der Sporttherapie und der Progressiven Muskelentspannung beide Altersgruppen aufeinander treffen. Andererseits bestehen aber auch die Möglichkeiten zur Bearbeitung der altersspezifischen Themen und Konflikte innerhalb der altershomogenen Gesprächsgruppen und evtl. begleitenden anderen Therapieherapeutischen Gruppen (Konzentrierte Bewegungstherapie oder Gestaltungstherapie). Die Teilnahme an diesen Gruppen konfrontiert die Älteren mit ihrem Alter und verringert somit häufig beobachtbare Verleugnungstendenzen; gleichzeitig werden aber neue Vergleichs- und Identifikationsmöglichkeiten bereitgestellt. Für die Mitarbeiter, die mit den Älteren arbeiten, wurde eine eigene Supervisions- und Fortbildungsveranstaltung eingerichtet. Beutel et al. (2002) legen dar, dass die berufsbezogene Gruppentherapie zusätzlich zu den kliniküblichen tiefenpsychologisch orientierten Einzel-, Gruppen- und Körpertherapien stattfand. Auch Peters (1995) beschreibt, dass innerhalb des Gesamtbehandlungsplanes der psychoanalytisch orientierten Station, der Gruppentherapie und einem kreativtherapeutischen Verfahren (Konzentrierte Bewegungstherapie oder Gestaltungstherapie) herausgehobene Bedeutung zukommen. Zum Gruppenangebot gehört auch die Stationsversammlung, die dreimal wöchentlich statt findet und in der teils organisatorische Fragen, vor allem aber Fragen des Zusammenlebens auf der Station besprochen werden. Es werden auf Wunsch auch Einzelgespräche angeboten und es existieren ebenfalls eine Sport- und Physiotherapie.

Interpersonelle Therapie

Da die hier beschriebenen IPT fast ausschließlich mit ambulanten Patienten durchgeführt wurden, waren sie kein Bestandteil eines Gesamtbehandlungsplanes innerhalb eines institutionellen Rahmens. Allerdings nahmen die meisten Patienten neben der Psychotherapie auch Psychopharmaka ein.

5.2.11 Wirkfaktoren und Ergebnisse

Tiefenpsychologische Therapie

Die von Baumann (1994) durchgeführte Befragung von 600 Patienten nach mehrwöchiger Behandlung über die Beliebtheit der „Körperzentrierte Psychotherapie“ kommt zu dem Ergebnis, dass die befragten Patienten angaben, dass sie an der analytisch-orientierten Gestaltungstherapie am liebsten, dann an der leiborientierten und als zu letzt genannter Therapie den körpertrainierenden Maßnahmen teilnahmen. Durch die körperbezogene Psychotherapie konnte das negative Altersbild korrigiert werden und ein hohes Maß an Vertrauen zu den anderen Gruppenmitgliedern aufgebaut werden. Es konnte ebenfalls eine anteilige Stabilisierung der Selbstregulation, im Gegensatz vor allem zu den körpertrainierenden Maßnahmen mit erfahrungskonform anderen Schwerpunkten, festgestellt werden. Hirsch (1990) gibt an, dass wenn unbewusste Konflikte bearbeitet und geklärt werden können, meist die Symptome zurück gehen können, Verhaltensweisen und sogar Persönlichkeitszüge sich zum Positiven verändern können. Barolin (1992) hatte nach 7 Jahren Durchführung der Gruppentherapie eine Patientenbefragung durchgeführt und kommt zu dem Ergebnis, dass 73 % der älteren Teilnehmer die Therapie als positiv bewertet hatten. Im Gegensatz dazu hatten nur 43 % der jüngeren Mitglieder der Gruppe die Therapie als positiv bewertet. Evans (1998) sieht als therapeutische Ziele einer psychoanalytischen Gruppentherapie an, dass den Älteren vertrauensvolle Beziehungen innerhalb einer sicheren Atmosphäre angeboten werden. Sie betonte den „(wider)spiegelnden Aspekt“ der Gruppentherapie, besonders in Bezug auf das Wiederherstellen des Selbstsinnes. Sie beschreibt, dass das Arbeiten im „Hier und Jetzt“ den Schlüssel für das Arbeiten im „Da und Dann“ gibt. Patienten fangen wieder an, verbale und nonverbale Kommunikationen mit dem Therapeuten, den Gruppenmitgliedern und ihren gewöhnlichen Verhalten und Einstellungen zu benutzen. Die Übertragungen, Projektionen und Annahmen werden von allen gesehen und

geprüft. Canete et al. (2000) stellt fest, dass durch das innerhalb der Gruppe sich entwickelte Zusammengehörigkeitsgefühl, den älteren Menschen ermöglicht wurde auch ihren sozialen Hintergrund in ihrem Leben besser zu nutzen. Sie genossen den Respekt und das Gefühl, dass sich innerhalb der Gruppe um sie gekümmert wurde. Durch den Einsatz des therapeutischen Mittels des „Reminiscence“ wurde das Selbstwertgefühl, der Status und die Kompetenz der Patienten, besonders durch das Diskutieren von vergangenen Erfolgen, wiederhergestellt. Die Gruppe bietet die Möglichkeit, dass die Patienten wahre Gefühle der Unabhängigkeit und Zugehörigkeit erfahren und wiedererfahren. Den Patienten wird geholfen ohne Scham die Reaktivierung ihrer Bedürfnisse nach vertrauensvollen Bindungsfiguren zu akzeptieren und sich gegenseitig dabei zu fördern, wieder mehr ihren sozialen Kontext in ihrem Leben in Anspruch zu nehmen. Battegay & Müllejans (1992) berichten, dass während der Dauer der Gruppenaktivitäten (75 wöchentlichen Sitzungen) sich die paranoiden Ideen der Gruppenmitglieder verminderten und ihre Ängste zu Hause immer mehr verschwanden. Sie dachten nicht mehr daran, sich zu suizidieren. Nachdem die beschriebene Gruppentherapie aufgrund äußerer Umstände aufgegeben werden musste, wurde es offensichtlich, dass der Erfolg nicht andauerte. Es kam hinzu, dass sie es nur schwer verarbeiten konnten, wenn sie davon erfuhren, dass ein Gruppenmitglied gestorben war. Nach Beendigung der Gruppe konnten die ehemaligen Gruppenmitglieder mit ihrem reduzierten Narzissmus keine neue Beziehungen knüpfen, wie es auch vor der Gruppenarbeit nicht der Fall war. Sie hatten genug mit den täglichen Haushaltsarbeiten zu tun, empfangen jedoch gleichzeitig nicht genug Reize durch die äußere Realität. Eine falsche Verarbeitung der wenigen Signale, die in ihre Einsamkeit drangen, war die Folge. Beutel et al. (2002) kommen nach Befragungen von 107 Teilnehmern zu dem Ergebnis, dass das Gruppenangebot bei den Patienten eine gute Akzeptanz fand und der Austausch über berufsbezogene Probleme in der sozialen Situation der altershomogenen Gruppe Demoralisierung und Resignation entgegenwirkte und einen therapeutischen Spielraum zur Exploration eigener Anteile an beruflichen Konfliktsituationen und zur Veränderungsperspektiven ermöglichte. Allerdings bestand Skepsis gegenüber der Umsetzung von erarbeiteten Veränderungswünschen nach Abschluss der Behandlung, und Benachteiligungsgefühle gegenüber jüngeren Kollegen dauerten fort. Trotz der teilweise vorhandenen Wünsche

nach aktiverer Hilfe der Therapeuten wurden sie als hilfreich und verständnisvoll beschrieben. Peters (1995) formuliert folgende Ziele seiner Gruppentherapie: das narzisstische Gleichgewicht der Patienten soll wieder hergestellt werden, intergenerative Beziehungen sollen bearbeitet werden, intragenerative Beziehungen, Ich-Fähigkeiten und innere Anpassungsprozesse sollen gefördert werden. Der vorgegebene Behandlungsrahmen und das Setting bewirkten eine Themenzentrierung und die Akzentuierung einiger wesentlicher Entwicklungsaufgaben, die viele Patienten bislang nicht ausreichend bewältigt haben. Innerhalb dieses Rahmens konnte der Patient seine individuelle Problematik darstellen bzw. die allgemeine Thematik individuell ausgestalten. Kemper (1991) untersuchte die Gruppentherapie in Bezug auf die Sohn-Tochter-Übertragung und kommt zu dem Ergebnis, dass anhand der Sohn-Tochter-Übertragung eine behutsame und organische Berichtigung noch nicht erfüllter und unwirklicher Erwartungen an das Leben zustande komme. Zusätzlich gewährt diese Übertragung einen Zugang zu den Schuldgefühlen der Patienten, als Eltern versagt zu haben. Aber die Sohn-Tochter-Übertragung erleichtere dem Patienten auch, sich aus seiner Elternrolle abzulösen.

Nicht spezifisch nur auf das Gruppenformat bezogen

Radebold (1994) gibt, unabhängig davon ob es sich um ein Gruppen- oder Einzeltherapieformat handele, folgende Punkte als Ziele der Therapie an:

Bearbeitung und Klärung von unbewussten, ungelösten, früheren und jetzigen innerpsychischen sowie intra- und intergenerativen Konflikte. Dazu Bewältigung und Verarbeitung von sich (re-)traumatisch auswirkenden Bedrohungen, Verlusten und Kränkungen. Klärung und Lösung von krisenhaft erlebten anstehenden psychosozialen Aufgaben im Lebenszyklus und gleichzeitige Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, d.h. Sterben und Tod. Er vertritt weiterhin in seinem Übersichtsartikel, dass neuere und umfangreichere Behandlungsverfahren belegen, dass Psychotherapie bei über 60jährigen mit Hilfe unterschiedlicher, von der Psychoanalyse abgeleiteter Verfahren, und in unterschiedlichen Settings sinnvoll, erfolgreich und langfristig wirksam ist. Arden et al. (1998) betonen, dass die psychoanalytische Psychotherapie keine anderen Behandlungen ersetzen, sondern eine Ergänzung zu biologischen, sozialen und anderen psychologischen Zugängen als Gewinn für den individuellen Patienten, das Personal und ganze Institutionen darstellen soll. Heuft & Senf (1992)

führen innerhalb einer stationären fokalthérapeutischen Behandlung Älterer auf einer psychosomatische orientierten Station neben noch anderen Therapien auch eine Gruppentherapie durch. Sie untersuchten speziell den Behandlungserfolg von 11 Patienten und kamen zu dem Ergebnis, dass nach Behandlungsende (nach durchschnittlich 8 Wochen) 7 Patienten hinsichtlich ihrer Symptomatik gebessert waren, eine Patientin leicht gebessert und 2 Patienten keine Verbesserung zeigten. Peters (1992) gibt an, dass bei einer Nachbefragung von 34 Patienten über die psychoanalytisch fundierte stationäre Psychotherapie (auf der neben Einzeltherapien auch mehrere Gruppentherapien angeboten werden) 63,6 % der älteren Patienten zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Ergebnis der Behandlung und nur 15,1 % eher oder sehr unzufrieden waren. Die Patienten beschrieben sich als ruhiger, weniger ängstlich und bedrückt und weniger niedergeschlagen; der Medikamentenverbrauch hatte sich bei 56,2 % der Befragten etwas oder deutlich reduziert.

Interpersonelle Therapie

Gatz et al. (1998) kommen in ihrer Meta-Analyse zu dem Ergebnis, dass die IPT eine gut etablierte Behandlung bei älteren depressiven Menschen ist. Klausner & Alexopoulos (1999) kommen in ihrem Übersichtsartikel zu dem Ergebnis, dass die Therapie bei älteren Patienten erfolgreich anwendbar ist.

Unklares Therapieformat

Reynolds et al. (1999) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die höchsten Remissionsraten (69 %) bei depressiven Patienten durch die Durchführung der Kombination von Nortriptylinen und einer Interpersonellen Psychotherapie zu erreichen sind. Die Remissionsrate durch die Behandlung mit nur Nortriptylinen liegt bei 56 %, für Placebo plus Interpersoneller Therapie bei 29 % und für die Anwendung von Medikamenten und Placebo lag die Remissionsrate bei 45 %. Zusammenfassend sind die Hauptergebnisse, dass Nortriptyline erfolgreicher als Placebo in Bezug auf das Erreichen von hohen Remissionsraten bei Depressionen war und die Kombination von Medikation und der Interpersonellen Psychotherapie mit den höchsten Remissionsraten assoziiert war. Bei Mossey et al. (1996) zeigten die depressiven Patienten innerhalb aller gemessener Variablen Verbesserungen. Nach 6 Monaten konnte eine signifikante Reduzierung der Depression festgestellt werden. Die IPT erscheint akzeptabel, gut

durchführbar und effektiv in Bezug auf die Reduzierung von subdysthymischen und depressiven Symptomen zu sein. Scocco & Frank (2002) kommen zu dem Ergebnis, dass die IPT in Kombination mit einer gleichzeitigen medikamentösen Behandlung (Antidepressiva) bei allen Patienten die depressiven Symptome reduzieren konnte.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Fielden (1992) gibt innerhalb ihrer Übersicht eine Studie wieder, in der eine kognitiv-behaviorale und psychodynamische Therapie gleich gut die depressiven Symptome der Patienten senken. Sie gibt allerdings auch wieder, dass einige Autoren der Meinung sind, dass bei depressiven Patienten eher stark strukturierte Therapieansätze sinnvoller sind. Gatz et al. (1998) kommen in ihrer Meta-Analyse, die insgesamt 4 Studien über die psychodynamische Therapie (Einzel- und Gruppentherapien) untersuchte, zu dem Ergebnis, dass die Therapie „wahrscheinlich effektiv“ bei depressiven, älteren Menschen ist. Schonfeld & Dupree (1995) können innerhalb ihres Übersichtsartikels keine Effektivität von psychodynamischen Therapieansätzen (im Gegensatz zu z.B. kognitiv-behavioralen Therapien) bei der Behandlung von alkoholabhängigen Älteren feststellen. Garner (1999) weist innerhalb ihrer Übersicht auf positive Outcome-Ergebnisse von strukturierten psychodynamischen Psychotherapien hin. Sie betont insgesamt, dass jede psychologische Intervention bei Älteren ihre soziale Isolation verringern sollte.

Fuchs & Zimmer (1992) kommen innerhalb ihrer Meta-Analyse zu dem Ergebnis, dass sich bei 5 möglichen Vergleichen zwischen der Kognitiven Verhaltenstherapie und der psychodynamisch-orientierten Therapie sich eine Effektstärke von 0,31 bzw. 0,3 zeigte. Der durchschnittliche Patient, der mit einer kognitiven Verhaltenstherapie behandelt wurde, wies eine ausgeprägtere Besserung als 62 % der Patienten mit psychodynamisch orientierter Behandlung auf. In die Auswertung wurden sowohl 2 Gruppen- als auch 4 Einzeltherapien mit einbezogen. Leszcz (1990 und 1997) berichtet über eine „integrierte Gruppenpsychotherapie“, welche ermöglicht, dass die Gruppenmitglieder sich untereinander gegenseitig gut als „Monitore“ anbieten. Die Gruppen sollen insgesamt das individuelle Selbst stabilisieren und wiederherstellen, die interpersonelle Kompetenz erhöhen und den Patienten vermitteln, wie sie kognitive und behaviorale Techniken im Umgang mit ihrer Depression und Demoralisation erfolgreich anwenden können. Sie zeigen sich untereinander gegenseitig ihre kognitiven Störungen,

Generalisierungen und Unachtsamkeiten in Bezug auf bestimmte Wiederverstärkungen auf. Die Patienten kümmerten sich umeinander, unterstützten sich gegenseitig und es wurden erfolgreiche Allianzen sowohl beim Erledigen der Hausaufgaben, als auch beim gemeinsamen Erleben ihrer Freizeit gegründet. Ein Zugehörigkeitsgefühl entstand zwischen den Mitgliedern. Evans (2001) hebt die hohe Anwesenheit der Gruppenmitglieder bei jeder Sitzung hervor. Sie betont, dass die psychologische Arbeit sehr intensiv und effizient durchgeführt wurde, besonders am Ende. Die von Yalom beschriebenen Stadien wurden angemessen von der Gruppe durchgearbeitet. Wood & Seymour (1994) geben als Ziele ihrer durchgeführten Gruppentherapie an, dass die interpersonellen Beziehungen durch vergrößertes Selbstbewusstsein und Gruppenfeedback verbessert werden sollen. Außerdem soll die Selbstwahrnehmung vergrößert werden und durch das Fokussieren auf das Wohlbefinden innerhalb einer langen Krankheit die Symptome verringert werden. Gallagher & Thompson (1990) kommen innerhalb ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die psychodynamische Therapie in dem gleichen Maß erfolgreich die Depressionen der älteren Menschen reduzieren kann, wie auch die untersuchte Kognitive Therapie und auch Verhaltenstherapie. Wood & Seymour (1994) fassen zusammen, dass eine psychodynamisch orientierte Gruppentherapie bei Älteren sehr effektiv ist. Sie betonen, dass Ältere nicht so verletzlich sind, wie sie innerhalb mancher eher altersfeindlichen Stereotypen portraitiert werden. Sie können mit schmerzhaften Themen umgehen und sie profitieren durch das vergrößerte Selbstbewusstsein und ihre vergrößerten bzw. verbesserten Beziehungen zu anderen Menschen. Müller & Barash-Kishon (1998) nennen als Ziele der Gruppentherapie mit älteren Holocaust-Überlebenden, die Verbesserung des inneren Gleichgewichtes und Vergrößerung der Ich-Funktionen und Adaption zu der inneren und äußeren Welt der Patienten. Die Patienten sollen ihre Trauerphase durcharbeiten und mit ihrem Stress umgehen können. Die Patienten sollen weniger regressiv sein und sich selbst mehr akzeptieren können. Zusammenfassend kommen sie zu dem Ergebnis, dass, wenn eine bestimmte therapeutische Perspektive wie sie es in ihrer Veröffentlichung darstellten, angewendet wird, es möglich ist innerhalb eines Gruppensettings mit älteren Holocaust Überlebenden, die unter einer Post-traumatischen Belastungsstörung leiden, zu arbeiten.

5.2.12 Besondere Vorteile der Gruppen in Abgrenzung zur Einzelpsychotherapie

Tiefenpsychologische Therapie

Hirsch (1990) nennt mehrere Vorteile der Gruppen- (in Abgrenzung zur Einzeltherapie): Der Einzelne hat weniger Angst, die Gruppe schützt vor dem als mächtig empfundenen Therapeuten, die Probleme und Fragestellungen werden gemeinsam erlebt, es entsteht ein Gefühl der Geborgenheit, die Übertragung kann auf den Therapeuten und andere Gruppenmitglieder aufgeteilt werden, und es gibt vielfältigere Identifizierungsmöglichkeiten. Er beobachtete, dass innerhalb der Therapie mit Älteren, im Gegensatz zu Gruppen mit jüngeren Teilnehmern, die Gruppenmitglieder schnell anfangen, sich gegenseitig vorzustellen und das bald das zentrale Thema Krankheit war. Es prasselten zu diesem Thema Fragen über Fragen auf den Therapeuten ein. Hirsch (1990) schreibt, dass es schwer zu vermitteln war, dass es mehr auf das Erleben in der Gruppe, auf die Beziehung untereinander und aufgrund dieser therapeutischen Beziehung auf den Zugang zu sich selbst ankommt. Canete et al. (2000) stellen dar, dass einige Themen innerhalb eines Gruppensettings besser und leichter als innerhalb einer Einzeltherapie besprochen werden können. Dazu gehören Themen über die Hilflosigkeit, soziale Isolation, Verzweiflung und Abhängigkeit der älteren Menschen. Das durch die Gruppe entwickelte Zusammengehörigkeitsgefühl ermöglichte den älteren Menschen auch den sozialen Hintergrund in ihrem Leben besser zu nutzen. Sie genossen den Respekt und das Gefühl, dass sich innerhalb der Gruppe um sie gekümmert wurde. Battegay & Müllejans (1992) betonen nachdrücklich, dass bei älteren Menschen eine individuelle Therapie nicht genug ist. Gerade weil der Narzissmus im Alter abnehme, müssten sie in ein soziales Netzwerk integriert werden, das sie sonst vermissen, sogar wenn sie es vorziehen, sich von sozialen Kontakten zurückzuziehen.

Interpersonelle Therapie

Arèan et al. (2001) beschreiben das Gruppentherapieformat besonders bei Patienten, die zusätzlich innerhalb einer allgemeinen medizinischen Versorgung (Krankenhaus) behandelt werden, als erfolgreich beim Reduzieren ihrer depressiven Symptome.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Fielden (1992) betont, dass die Gruppentherapie das Teilen von Erinnerungen mit anderen Menschen bietet. Sie empfindet einen modifizierten Zugang angemessener, da traditionelle psychoanalytische Gruppen keine Freundschaften unterstützen, was allerdings ein großer Bestandteil innerhalb der Prävention von Depression ist. Außerdem haben z.B. Sozialarbeiter einen leichteren Zugang zu sehr vielen Örtlichkeiten, in denen sie Gruppenarbeit durchführen können.

5.2.13 Unterschiede bei der Durchführung und den Ergebnissen der Gruppenpsychotherapie bei älteren im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern

Tiefenpsychologische Therapie

Radebold (1992) kritisiert, dass bis zu diesem Zeitpunkt die Zielsetzungen der Psychoanalytischen Therapien weniger auf die Behandlung entsprechender Erkrankungen, sondern weitgehend auf eine kurz- oder langfristige Hilfestellung ausgerichtet sind, um die Alterssituation und insbesondere das Lebensende zu bewältigen. Er kritisiert ebenfalls das oft verwandte kontemplative oder defizitorientierte Altersbild. Er sieht die Gefahr, dass durch diese reduktionistischen Zielsetzungen vermittelte Normgebung eine gefährliche Einengung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten droht. Radebold selber betont, dass zumindest für die 50- bis 75-80jährigen von den gleichen Zielsetzungen (und auch Indikationskriterien) auszugehen ist, wie sie überhaupt für Erwachsene bestehen. Wie auch in anderen Lebenszyklen bedarf es der Berücksichtigung lebenszyklisch spezifischer (psychosozialer) Aufgabenstellungen, die hier u.a. auffordern, sich mit der Endlichkeit des eigenen Lebens auseinander zusetzen. Erst jenseits des 70./75. Lebensjahres erscheint es ihm sinnvoll, entsprechend auch den Wünschen der Älteren, stärker eingeeengte Zielsetzungen und daraus resultierende Therapieform anzustreben. Arden et al. (1998) heben ebenfalls hervor, dass die Therapie bei älteren Patienten mehr Zeit braucht und keine schnelle Heilung eintritt. Therapeuten und Patienten brauchen Zeit um zu reflektieren und um eine gesunde Trauerphase und Traurigkeit zu erfahren. Canete et al. (2000) berichten, dass während des Beginns der Therapie, im Gegensatz zu Gruppen mit jüngeren Patienten, keine Rivalität, kein Wettbewerb und

keine Aggressionen auftreten oder sich in einer anderen Art und Weise zeigen. Sie kämpfen nicht so offensichtlich für Kontrolle und Macht, sondern konzentrieren sich mehr darauf, gemeinsame Probleme zu identifizieren. Eine Kohäsionsbildung entsteht. Die jüngeren Patienten versuchen eher, ihre Unabhängigkeit innerhalb der Gruppenpsychotherapie zu entwickeln, und die älteren Patienten streben eher danach, eine Zugehörigkeit und interne Harmonie zu erreichen.

Interpersonelle Therapie

Fuchs & Zimmer (1992) betonen, dass die Anwendung der IPT bei älteren Depressiven nur geringer Modifikationen bedarf, etwa einer aktiveren Therapeutenhaltung unter realistischer Begrenzung der angestrebten Ziele.

Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

Fielden (1992) gibt innerhalb ihrer Übersicht die Meinung von Hildebrandt (1982) wieder, dass ältere Menschen evtl. eher mit der Therapie weiter machen wollen als jüngere Menschen. Die Sitzungen dauern länger und der Therapeut muss mehr darauf achten, dass der Inhalt der Therapie nicht zu sehr abschweift. Er empfiehlt einen strukturierten Zugang mit schon früh klar formulierten Zielen. Schonfeld & Dupree (1995) heben hervor, dass bei der Durchführung der Therapie die Behandlung bei Älteren länger dauern wird. Moberg & Lazarus (1990) sagen, dass generell die Indikatoren, Prozesse und Techniken der einsichtsorientierten Therapien ähnlich zu denen bei jüngeren Erwachsenen sind.

5.2.14 Zusammenfassung

Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Die tiefenpsychologische Therapie wurde überwiegend von **Ärzten und Psychologen** geleitet. Teilweise wurden auch Therapiekonzepte beschrieben, bei denen sehr erfahrene Krankenschwestern die Gruppensitzungen leiteten. Es wird allgemein betont, dass die Therapeuten die **verschiedensten vorhandenen Ressourcen**, aber auch die **Reduktion des Narzissmus** der Patienten beachten sollten. Fast alle Autoren empfehlen, dass die Therapien jeweils von **zwei Therapeuten** geleitet werden und diese nach der Therapie auch eine **Supervision** erhalten sollen. Manche Autoren empfehlen, einen **jüngeren und einen älteren Therapeuten** zusammen die Therapiesitzungen

leiten zu lassen. Dagegen legen andere Autoren besonderen Wert darauf, dass immer **ein männlicher und ein weiblicher Therapeut zusammen** die Gruppe leiten sollen. In dem Fall allerdings, dass die Gruppe vorwiegend aus weiblichen Mitgliedern besteht, könnten auch **zwei männliche Therapeuten** eingesetzt werden. Bei der psychodynamischen Therapie und interpersonellen Psychotherapie wird beschrieben, dass vor allem auch **Sozialarbeiter** häufiger die Therapien durchführten. Die Leiter sollten **aktiv, warmherzig und empathisch** handeln.

Alterszusammensetzung der Gruppen

Bei der tiefenpsychologischen Psychotherapie lag sehr häufig das Alter der Gruppenmitglieder zwischen **55-65 Jahren**, mit einer Spannbreite allerdings von 45-79 Jahren. Bei der **interpersonellen und psychodynamisch orientierten Therapie** lag das Durchschnittsalter der Teilnehmer **etwas höher**: das Alter der Gruppenmitglieder begann erst bei 65 Jahren und reichte häufiger noch bis in die 8. Dekade hinein.

Gruppengröße

Insgesamt wurden die meisten Therapien mit **7-12 Patienten** geleitet. Es wurde keine Therapie beschrieben, die mit weniger als 6 und mehr als 12 Patienten arbeitete. Wobei mehr Therapien eher mit 6-8 Patienten als mit 12 Patienten durchgeführt wurden, also eher im unteren Bereich dieser Größenangaben lagen.

Geschlechterverhältnis der Gruppen

Bei nahezu jeder beschriebenen Therapie lag eine **Mehrheit an weiblichen Gruppenmitgliedern** vor.

Diagnosen und Indikationen

Die tiefenpsychologische Therapie wurde sehr häufig bei Patienten mit **psychosomatischen Beschwerden** angewendet. Es werden allerdings auch einige Therapien beschrieben, die mit **depressiven und auch schizophrenen Patienten** arbeiten. Innerhalb mancher Gruppen waren auch Patienten mit **verschiedenen psychiatrischen Krankheiten**, die zusammen therapiert wurden. Die interpersonelle Therapie wurde nur in dem Zusammenhang mit **depressiven Patienten** beschrieben. Im Gegensatz dazu, arbeitete die psychodynamische Therapie mit einem **breiteren**

Diagnosefeld, welches auch ältere Alkoholiker, Patienten mit Angststörungen, Depressionen und auch Patienten umfasst, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Auch hier wird in einigen Gruppen mit Patienten, die unter den verschiedensten Diagnosen leiden, nebeneinander gearbeitet.

Auswahlkriterien

Als Ausschlusskriterien gelten fast grundsätzlich eine **akute Psychose, eine bipolaren Störung oder eine akute Suizidgefahr**. Einige Autoren nennen eine **Substanzabhängigkeit, eine akute physische Erkrankung und ein primär hirnorganisches Krankheitsbild** des Patienten als Ausschlusskriterium. Ebenfalls gilt meistens, dass der Patient unter keinen zu starken **Einschränkungen seiner Hör- und Sehfunktionen leiden sollte, Kognition und Mobilität** aufweisen sollte. Besonders günstig auf den therapeutischen Erfolg wirken sich gute verbale und soziale Fertigkeiten des Patienten auf. Die Patienten, die in ihrer Vergangenheit schon einmal eine Psychotherapie gemacht haben, weisen ebenso besonders gute Ergebnisse auf.

Technische Aspekte

Es wird die Tendenz erkennbar, dass die Gruppen häufiger innerhalb eines „**slow open**“ Formates geführt werden. Daneben werden etwas weniger oft ein paar der Therapien in einem **geschlossenem** und noch **etwas seltener in einem offenem Format** geführt. Generell wird eher empfohlen, die Therapien in einem geschlossenem oder wenigstens halb geschlossenem Format zu führen, aber gerade im stationären Bereich werden allein aus funktionalen Gründen heraus manche der Therapien auch offen geleitet. Dagegen werden bewusst einige ambulante Gruppen, besonders die Gruppen die Teil einer Studie sind, eher geschlossen geführt. Allerdings ist dies oft von Therapie zu Therapie verschieden und es wird **keine generelle Richtung, die abhängig vom Setting ist, deutlich**. Genauso beschreiben manche Autoren, dass die jeweilige Therapie schon seit Jahren **begleitend zu dem Leben des Patienten läuft**. Dagegen berichten andere Autoren eher, dass viele Therapien, vor allem auch im stationärem Bereich und innerhalb der Studien **zeitlimitiert** ablaufen. Einige Therapien **wandeln sich** auch von einem bestimmten Therapieformat in ein anderes **um**, wie z.B. eine erst „slow open“ geleitete Therapie in ein geschlossenes Formates umgewandelt wird.

Verlauf und Inhalt der Therapien

In dem Bereich der tiefenpsychologischen Gruppenpsychotherapie wird bei einigen der Therapien der **Einstieg durch Hypnoidmaßnahmen** (Autogenes Training, Muskelentspannungen, Respiratorische Feedback) oder durch zusätzliche **körperbetonende Psychotherapie erleichtert**. Fast alle Therapien beginnen mit einer **Einführung** und enden mit einer **Bilanzierung und Bewertung** der Therapie. Innerhalb der Therapie werden oft Themen über den Tod, den Alterungsprozess, die zahlreichen Verluste im Leben und auch über die Beziehungen zu den Kindern deutlich. Die meisten Therapeuten sind eher erstaunt darüber, dass sich relativ schnell eine **Solidarität** zwischen den Mitgliedern entwickelt. Viele Autoren berichten genauer über die entstehenden **Übertragungs- und Gegenübertragungssituationen**, die innerhalb der Gruppen entstehen. Themen über **Intimität und Sexualität werden eher gemieden**, ansonsten sind die Gruppenteilnehmer aber sehr bemüht, eine gewisse Harmonie in der Gruppe aufzubauen und sich über gemeinsame Erfahrungen auszutauschen. Innerhalb der Interpersonellen Therapie wird vermehrt über **Trauervorgänge, Rollenübergänge und interpersonelle Defizite** diskutiert. Innerhalb der psychodynamischen Therapie wird dagegen speziell der **Gruppenprozess an sich**, neben dem übermitteltem therapeutischen Inhalt, betont.

Zeitraumen

Fast alle der hier wiedergegebenen Therapien wurden für **1-2 Stunden einmal wöchentlich** durchgeführt. Nur eine der tiefenpsychologischen Therapien traf sich zweimal wöchentlich und nur die psychodynamische Therapie, die mit den älteren Holocaust Überlebenden arbeitete traf sich bewusst nur einmal im Monat. Bei den tiefenpsychologisch orientierten Therapien wurde meistens als zeitliches **Minimum die Therapie für 4 Wochen** durchgeführt. Die meisten der Therapien **dauerten 1-2 Jahre** lang, wobei dabei auch Ausnahmen existieren, da einige Therapien auch als lebensbegleitend für die Patienten konzipiert wurden. Bei der interpersonellen und psychodynamischen Therapie fanden meistens **10-16 Sitzungen** statt.

Setting

Viele der hier beschriebenen tiefenpsychologischen Psychotherapien werden auf Stationen von **psychosomatischen Kliniken** durchgeführt. Einige Therapien werden

auch im Rahmen einer neurologischen Klinik beschrieben. Es werden ebenfalls einige Therapien **ambulant** durchgeführt, aber bisher **überwiegen noch die stationär geführten Therapien**. Im Gegensatz dazu wurde die IPT vermehrt ambulant durchgeführt und auch die psychodynamische Therapie wird **häufiger** als die tiefenpsychologische Therapie, z.B. im Rahmen einer **Tagesambulanz**, als ambulante Therapie beschrieben.

Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen

Innerhalb der tiefenpsychologischen Psychotherapie fällt auf, dass viele der Gruppentherapien innerhalb eines **ganzheitlichen, mehrdimensionalen Behandlungskonzeptes** geführt werden. Das heißt, viele der Therapien finden in psychosomatischen Kliniken statt, auf denen neben der psychoanalytischen Gesprächstherapie parallel auch noch Gestaltungs-, Bewegungs-, Einzeltherapien usw. durchgeführt werden. Dagegen wird die interpersonelle Therapie häufiger in **Kombination mit Antidepressiva** durchgeführt.

Wirkfaktoren und Ergebnisse

Die tiefenpsychologische Therapie wurde in allen Umfragen, die mit Teilnehmern nach Durchführung der Therapie unternommen wurden, als **positiv bewertet**. Die Therapien, die im Rahmen einer psychosomatisch orientierten Station durchgeführt wurden, konnten die **Einsicht** der Patienten in **ihr persönliches Krankheitsverständnis und in bestimmte psychosomatische Zusammenhänge vergrößern**. Insgesamt muss dabei allerdings festgehalten werden, dass teilweise die **Frauen größere therapeutische Erfolge** als die Männer feststellten. Vielmals entdeckten die Patienten neues Vertrauen zu sich selbst und konnten negative Altersbilder korrigieren. Insgesamt konnten die tiefenpsychologisch orientierten Therapien vertrauensvolle neue Beziehungen zwischen den Patienten aufbauen und dementsprechend die kommunikativen Fähigkeiten der Teilnehmer auch verbessern. Die Therapie kann gegen die Demoralisation und Resignation der Patienten ankämpfen. Ein Fallbericht stellte konkret fest, dass die **Ängste und paranoiden Ideen der Patienten während der Therapie sanken**. Der Erfolg war allerdings nach Beendigung der Therapie nicht aufrecht zu erhalten. Insgesamt konnte die Therapie auch teilweise den Medikamentenverbrauch der

Patienten senken. Die interpersonelle Therapie ist allein und auch in Kombination mit Psychopharmaka im Vergleich zu Placebogruppen ganz eindeutig effektiv beim **Senken der Depressionen der Patienten**. Allerdings konnte ihr nicht nachgewiesen werden, dass sie erfolgreicher als eine Psychopharmakatherapie ist. Die psychodynamische Therapie gilt ebenfalls als erfolgreich beim Senken von depressiven Symptomen und der sozialen Isolation von älteren Patienten. Sie gilt dabei aber als etwas **weniger effektiv als die kognitiv-behaviorale Therapie**. Sie wird allerdings in einer Übersicht als nicht effektiv, im Gegensatz zu der kognitiv-behavioralen Therapie, bei der Anwendung mit älteren Alkoholikern beschrieben. Insgesamt soll die Therapie die Selbstwahrnehmung der Patienten erhöhen.

Besondere Vorteile der Gruppen in Abgrenzung zur Einzelpsychotherapie

Innerhalb eines Gruppenformates hat der Einzelne **weniger Angst**, die Gruppe schützt vor dem als mächtig empfundenen Therapeuten, die Probleme und Fragestellungen werden gemeinsam erlebt. Es entsteht ein Gefühl der **Geborgenheit**, die **Übertragung** kann auf den Therapeuten und andere Gruppenmitglieder **aufgeteilt** werden, und es gibt vielfältigere Identifizierungsmöglichkeiten. Die Tatsache, dass durch die Gruppentherapie besonders gefördert wird, dass die älteren Menschen ihr **soziales Netzwerk vergrößern** können, wird von vielen Autoren bewusst betont. Ebenfalls wird in der Literatur beschrieben, dass bei bestimmten **Themen** es den Älteren **leichter** fällt sie innerhalb eines Gruppenformates **anzusprechen**.

Unterschiede bei der Durchführung und den Ergebnissen der Gruppenpsychotherapie bei älteren im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern

Die tiefenpsychologischen Psychotherapien, die psychodynamischen Psychotherapien und die interpersonellen Psychotherapien sollen in der Arbeit mit älteren, im Vergleich zu jüngeren Patienten, **länger dauern und keine zu schnellen Heilungseffekte erzeugen**. Die **Zielsetzungen** werden von den meisten Autoren allerdings als **größtenteils gleich beschrieben**. Die Älteren neigen **weniger dazu Konkurrenz bzw. Machtkämpfe und Aggressionen** innerhalb der Gruppe auszuleben. Sie versuchen

Tiefenpsychologische, interpersonelle und psychoanalytisch-psychodynamische
Therapieansätze

eher **gemeinsame Probleme** zu entdecken und ihre innere Harmonie durch die Gruppe wieder zu erlangen. Ältere sind öfters auch bereit die Therapie auch noch zu verlängern. Die **Therapeuten** müssen noch **aktiver, empathischer und warmherziger** im Umgang mit den Älteren sein. Sie sollten mehr darauf achten, dass die Patienten nicht zu sehr von den eigentlich vorgesehenen Themen abweichen.

5.3 Gruppenpsychotherapien mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz

5.3.1 Literaturüberblick

In diesem Kapitel werden auf der einen Seite die Gesprächsgruppenpsychotherapien beschrieben, die keiner speziellen Therapieschule zuordbar sind. Auf der anderen Seite wird ein Überblick über Gruppentherapieformen mit humanistischen Ansätzen aufgeführt, die in der Literatur seltener beschrieben werden. Zu ihnen gehören: **Das katathyme Bildererleben, die Imaginationstherapien, das Psychodrama, die Musik- und die Kunsttherapie.**

Die absolute Mehrheit (47) innerhalb der Veröffentlichungen machen Übersichtsartikel aus. Hierbei muss beachtet werden, dass sehr viele Übersichtsartikel sowohl das Einzel- als auch das Gruppensetting innerhalb ihrer Veröffentlichung untersuchen. Daneben existieren viele Kasuistiken (30), im Gegensatz zu den eher wenigen Studien (5).

Die folgende Abbildung soll diese Aussagen noch einmal verdeutlichen.

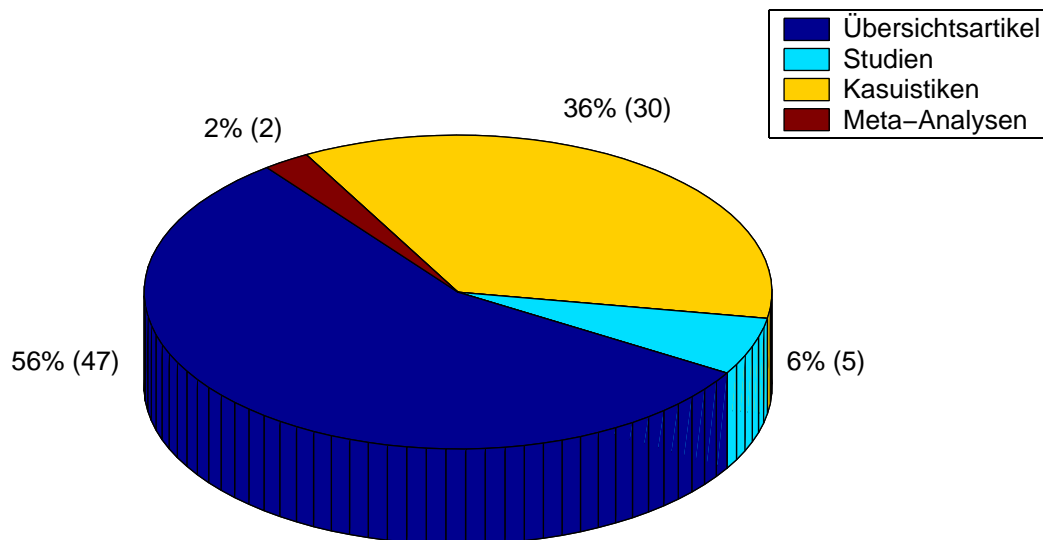


Abbildung 5: Publikationsarten zu den Gruppenpsychotherapie mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz (n=84)

5.3.2 Konzepte

Innerhalb dieses Kapitels existieren keine einheitlichen Konzepte für die beschriebenen Gruppenpsychotherapien.

5.3.3 Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Teri & Logsdon (1992) betonen die große Bandbreite an Berufen, innerhalb derer Therapeuten Gruppenpsychotherapien bei älteren Menschen durchführen. Sowohl professionelle als auch nicht professionelle Therapeuten leiten Psychotherapien bei älteren Menschen.

Als Therapeuten tätig sind oft Psychologen (Moffat et al. 1995; Lee et al. 2002; Botella & Feixas 1992-1993), Psychiater (Chester et al. 2001; Moffat et al. 1995; Sheikh et al. 1993), Sozialarbeiter (Lowy 1992; Greenberg et al. 1999; Ryan & Doubleday 1995; Dhooper et al. 1993; Cooper & Doherty 1996; McCrone 1991; Russell 1990; Kimmel 1991), seltener Beschäftigungstherapeuten (Carlson et al. 1995; Moffat et al. 1995; McWha et al. 2003). Roth (1994) beschreibt eine Gruppenpsychotherapie, die von Psychologiestudenten durchgeführt wurde. Innerhalb der Studie von Lee et al. (2002) führte ein Dramatherapeut neben noch anderen Therapeuten die Gesprächsgruppenpsychotherapie durch. Bei der Meta-Analyse von Gorey & Cryns (1991) führten bei insgesamt 66 anfänglich betrachteten Studien 18 Sozialarbeiter, 39 Psychologen bzw. Psychiater und 9 Krankenschwestern jeweils die Gruppentherapie durch.

Für den Therapeuten bedeutet die Leitung einer Gruppe einen erheblichen Einsatz von Zeit und Energie (Finkel 1990). Daher kann es sehr hilfreich und nützlich sein, wenn der Leiter mit einem anderen (Co)-Leiter zusammen die Gruppe leitet, um sich den erheblichen Aufwand zu teilen (Russell 1990; Kimmel 1991; Finkel 1990; Vardi & Buchholz 1994; Chester et al. 2001). In dem Fall, dass eben zwei Therapeuten die Gruppe leiten, müssen sie gemeinsam die Sitzungen vor und nach besprechen (Finkel 1990). Der Leiter und Co-Leiter müssen zusammen über ihre eigenen Ängste und ihren eigenen Therapiestil reden. Sie müssen ihre Informationen gegenseitig austauschen und über eventuelle Versuche der Patienten die beiden Leiter gegeneinander auszuspielen, berichten. Supervisionen können für die Therapeuten sehr hilfreich sein (Finkel 1990;

Russell 1990; Kimmel 1991). Lee et al. (2002) leiteten die Gruppenpsychotherapie sogar mit drei Therapeuten.

Zu Beginn der Therapie muss sich der Therapeut auf der einen Seite über seine eigene Einstellung gegenüber dem Alter und den älteren Menschen bewusst sein (Finkel 1990, Burnside 1994; Orbach 1994; Saiger 2001; Abraham et al. 1991; Ronch & Crispi 1997), sich seiner vorhandenen oder auch nicht vorhandenen eigenen Distanz gegenüber den Patienten bewusst sein (Finkel 1990) und zumindest die Grundprinzipien des Gruppenprozesses kennen (Burnside 1994). Auf der anderen Seite muss er genau untersuchen, ob bzw. von welcher speziellen Therapierichtung der einzelne Patient am meisten profitiert (Teri & Logsdon 1992). Daneben ist es wichtig, sich schon vor Beginn der Therapie zu überlegen, welches die optimale Zeit (z.B. werden keine Sitzungen am Freitagnachmittag oder Freitagabend empfohlen) und der passendste Ort an der die Gruppe stattfinden soll, ist (Burnside 1994; Saiger 2001; Russell 1990). Ebenfalls müssen Ziele der Therapie, Erwartungen und Funktionen der Gruppe von dem Leiter zu Beginn der Gruppe den Patienten deutlich gemacht werden (Finkel 1990; Burnside 1994).

Generell werden bestimmte Charakterzüge von Therapeuten als wichtig für eine erfolgreiche Therapie erachtet: Der Leiter sollte ein stabiles Selbstbewusstsein haben, um mit möglichen Widerständen und Ablehnungen der Gruppenmitglieder gut umgehen zu können (Phoenix et al. 1997). Abraham et al. (1991) betonen dagegen eher, dass der Gruppenleiter sehr empathisch, freundlich und akzeptierend auftreten sollte. Er muss die Gruppe sehr flexibel leiten können. Allgemein sollte der Therapeut ein hohes Maß an Frustration aushalten können (Solomon & Zinke 1991).

Insgesamt beinhaltet die Rolle des Therapeuten ein aktives, direktes Interagieren innerhalb der Gruppensitzungen (Solomon & Zinke 1991; Maercker 2003; Morris & Morris 1991; Greenberg et al. 1999; Phoenix et al. 1997; Culhane & Dobson 1991; Procter & Alvar 1995). Im Gegensatz dazu sieht Kimmel (1991) in dem Leiter eher einen „Stimulator“ der natürlich auftretenden Gruppeninteraktionen. Seiner Meinung nach sollte der Leiter nie die Gruppe direkt steuern, sondern auf das, was natürlich innerhalb der Gruppe passiert, reagieren. Lowy (1992) beschreibt, dass der Therapeut gleichzeitig Lehrer, Therapeut, Berater, Anwalt, Freund und Feind gleichzeitig für den Patienten ist. Er besitzt dementsprechend die verschiedensten Rollen gleichzeitig. Der

Leiter sollte im Hier und Jetzt arbeiten (Solomon & Zinke 1991; Young & Reed 1995). Procter & Alwar (1995) sehen einen demokratischen, positiven und die Mitglieder zum Finden eigener Lösungen auffordernden Leitungsstil als am erfolgreichsten an.

Der Leiter muss sowohl bei physischen als auch psychischen Aktionen sehr langsam und klar reagieren bzw. sprechen (Finkel 1990; Phoenix et al. 1997). Roßmanith (2001) und Abraham et al. (1991) betonen, dass bei der Psychotherapie mit älteren Menschen der Therapeut häufig aktiv zuhören soll, um dem Patienten Gegenwärtigkeit und Anteilnahme zu vermitteln. Kruse (1990) betont, dass der Therapeut jedem einzelnen Patienten innerhalb der Therapie seine Entwicklungspotentiale und Chancen zu weiterem persönlichem Wachstum, auch eben im Alter noch, verdeutlichen muss. Maercker (2003) betont, dass in der Alterspsychotherapie die Therapeuten den Älteren mit großem Respekt begegnen sollen (auch bei schwersten Behinderungen und Beeinträchtigungen) und sie in ihrer Reife anerkennen sollen. Den in der allgemeinen Psychotherapie oft beschriebenen Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung (Grawe 1995) sollte der Therapeut ganz besonders bei der Arbeit mit Älteren einsetzen: Er sollte das Wissen der Patienten über ihre eigenen Stärken und Erfahrungen nutzen (Rahn 1995). Williams-Barnard & Lindell (1992) betonen, dass ein hohes Maß an Lob des jeweiligen Gruppenleiters das Selbstkonzept erhöht. Hingegen betonen Saul & Saul (1990) sehr, dass der Leiter versuchen sollte durch das Einbringen von bestimmten Themen, Gefühlen und Techniken (sie nennen 10 konkrete Techniken, wie z.B. Berührungen, Humor usw.) möglichst viel Freude in die Gruppe herein zu bringen. Dies soll eine sehr erfolgreiche therapeutische Gruppenatmosphäre kreieren.

Bonhote et al. (1999) empfehlen den Therapeuten, Altruismus und den kreativen Ausdruck (in Form von Gedichten, Musik, Schreiben, Singen usw.) der Patienten zu fördern. Bei bestimmten Patientengruppen sollten spezielle Techniken angewendet werden, beispielsweise sollte bei dementen Patienten der Therapeut auch nonverbale Kommunikationsmittel einsetzen können (Johnson et al. 1992; Greene et al. 1993). Bei alkoholabhängigen, älteren Patienten sollten die Therapeuten weniger mit direkter Konfrontation und mehr mit Unterstützung und dem Aufbau von Bekanntschaften innerhalb der Gruppe arbeiten (Schonfeld & Dupree 1995).

Innerhalb der Gruppensitzungen muss der Leiter auch verstärkt auf bestimmte Vorgänge und Verhaltenszüge achten: Ronch & Crispi (1997) betonen, dass sich die Therapeuten

die spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungssituationen innerhalb der Therapie bewusst machen müssen. Der Therapeut sollte die Fähigkeit besitzen auch eventuell Widerstände der Patienten erkennen zu können (Orbach 1994; Abraham et al. 1991; Ronch & Crispi 1997).

Lowy (1992) entwickelt den Begriff des „Tuning in“ des Leiters: Das heißt, er muss auf sämtliche direkten, aber auch indirekten Signale der Patienten innerhalb des Gruppenprozesses achten und gleichzeitig Empathie zeigen. Es sollten die auch schon vorhandenen Kapazitäten des Patienten maximal unterstützt werden (er muss generell allerdings vorsichtig mit traumatisierten Patienten umgehen).

Der Leiter sollte ebenfalls die bio-psycho-sozialen Hintergründe der Patienten kennen (Lowy 1992; Phoenix et al. 1997; Fielden 1992) und mit diesen jeweiligen Hintergründen auf bestimmte Verhaltenstendenzen der älteren Mitglieder innerhalb der Gruppensituation achten (Burnside 1994). Der Therapeut muss speziell bei der Arbeit mit Älteren auf die sensorischen Verluste und schweren physischen Krankheiten der Patienten achten und versuchen diese zu kompensieren (Burnside 1994; Pearlman 1993; Abraham et al. 1991; Ronch & Crispi 1997). Moffat et al. (1995) betonen, dass die Therapeuten immer, aber besonders bei Gruppen mit depressiven Patienten, darauf achten müssen, dass sich eine nicht zu negative und depressive Stimmung in der Gruppe entwickelt. Es könnte die Gefahr entstehen, dass die Patienten sich gemeinsam runter ziehen.

Generelle, nicht altersspezifische Ergebnisse zu dem Thema

Gans & Weber *(2000) heben in ihrer Veröffentlichung besonders hervor, dass der Leiter einer Gruppentherapie besonders auf die, vielmals von den Patienten mit den verschiedensten Techniken verschleierte Schamgefühle zu achten hat.

Burlingame & Barlow *(1996) kommen durch ihre Studie zu dem generellen Ergebnis, dass professionelle Therapeuten nicht signifikant bessere therapeutische Erfolge im Vergleich zu nicht professionellen Therapeuten bei der Durchführung einer zeitlimitierten Gruppenpsychotherapie erlangten. Im Gegensatz dazu kommt Piquart (1998) in seiner Meta-Analyse, die insgesamt 94 psychosoziale Interventionen auf das Wohlbefinden von Senioren untersuchte, zu dem Ergebnis, dass die Interventionen mit höher qualifizierten Therapeuten wirksamer sind.

Kreative Kunsttherapie

Johnson et al. (1993) betonen, dass der Therapeut bei dementen Patienten nonverbale Kommunikationsmitteln einsetzen können sollte. Er muss eine auch metaphorische Kommunikation durch den Einsatz von Musik, Bewegungen, Bildern etc. mit den Patienten aufbauen. Der Therapeut soll auch bei dieser Therapie bewusst im Hier und Jetzt arbeiten.

„Resocialisation Group“ (Kombination aus sensorischer Stimulation und einer Reminiscence-Therapie)

Die Leiter bekamen bei dieser Therapie wöchentlich 20 Minuten Supervision. Sie arbeiteten auch im Hier und Jetzt (McCrone 1991).

Psychodrama

Die Leiter bei Greenberg (2000), Johnson et al. (2000) hatten eine sehr aktive, viele Aktionstechniken beinhaltende Rolle. Sie dienten als Rollenmodelle und füllten gleichzeitig die Rolle eines Freundes, Leiters und Mitgliedes aus. Johnson et al. (2000) beschreiben, wie der Therapeut versucht, mit Humor und Kreativität die Mitglieder zum Mitspielen zu ermutigen. Der Leiter sollte sehr flexibel sein und schnell improvisieren können. Johnson et al. (2000) betonen allerdings auch, dass der Therapeut es akzeptieren muss, wenn einzelne Mitglieder bei bestimmten Themen nicht mitspielen wollen. Bei Worley & Henderson (1995) beinhalteten die Aufgaben des Leiters noch die eines Managers, weil der Therapeut nicht nur Material für die Stücke besorgen und die Stücke an sich einüben, sondern auch noch die Auftrittstermine für die Gruppe organisieren musste.

Musiktherapie

Bryant (1991) berichtet, dass ein Ergotherapeut und ein Musiktherapeut die Gruppen leitete.

5.3.4 Die Zusammensetzung der Gruppe

5.3.4.1 Die Alterszusammensetzung

Bei fast allen Therapiegruppen liegt das Durchschnittsalter zwischen 65 und 85 Jahren (Pearlman 1993; Solomon & Zinke 1991; Roth 1994; Abraham et al. 1991; Williams-

Barnard & Lindell 1992; Clark & Vorst 1994; Ryan & Doubleday 1995; Boehnlein & Sparr 1993; Phoenix et al. 1997; Young & Reed 1995; Dhooper et al. 1993; Lee et al. 2002; McWha et al. 2003). Das Durchschnittsalter von 54 Jahren lag bei Vardi & Buchholz (1994) somit relativ niedrig. McWha et al. (2003) berichten, dass die Mehrheit ihrer Patienten altersmäßig zwischen 76-80 Jahren liegen.

Allerdings liegt bei Gruppen mit dementen Patienten das Durchschnittsalter häufig höher.

Gorey & Cryns (1991) kommen am Ende ihrer Meta-Analyse zu dem Ergebnis, dass das genaue Alter der Patienten keinen Ausschlag gebenden Parameter auf den therapeutischen Erfolg darstellt.

Psychodrama

Das Alter der Mitglieder bei Greenberg (2000) lag zwischen 65-78 Jahren. Bei Johnson et al. (2000) und Worley & Henderson (1995) lag es ungefähr zwischen 70-90 Jahren.

5.3.4.2 Geschlechterverhältnis und Gruppengröße

Größe

Die meisten Therapien arbeiten mit einer Gruppengröße, die zwischen 5-8 Patienten lag (Finkel 1990; Culhane & Dobson 1991; Russell 1990; Boehnlein & Sparr 1993; Dhooper et al. 1993; Vardi & Buchholz 1994; Chester et al. 2001; Ba 1991; Lee et al. 2002; Young & Reed 1995). Die generelle Bandbreite liegt zwischen 4-12 Patienten (Finkel 1990).

Szenische Imagination von Erinnerungsbildern

Bei Haude & Netz (2001), Saiger (2001) und Procter & Alwar (1995) lag die Gruppengröße mit 10-15 Mitgliedern dementsprechend über dem Durchschnitt. Gorey & Cryns (1991) empfehlen im Gegensatz dazu eher kleinere Gruppen.

Psychodrama

Delius & Hüffer (1996) leiteten eine Gruppe mit 6-10 Mitgliedern.

Johnson et al. (2000) beschreiben eine Gruppengröße von 10 Mitgliedern. Bei Greenberg et al. (2000) besteht die Gruppe dagegen nur aus 6 und bei Worley & Henderson (1995) sogar nur aus 5 Mitgliedern.

Musiktherapie

Bryant (1991) berichtet, dass insgesamt 5 Mitglieder innerhalb der Gruppe mitmachten.

Geschlechterverhältnis

Die meisten Therapien arbeiteten mit geschlechtergemischten Gruppen. Bei den meisten Therapien liegt eine Mehrheit an Frauen vor: Ryan & Doubleday (1995) und Young & Reed (1995) arbeiten mit einer Gruppe aus 4 Frauen und zwei Männern, Lee et al. (2002) beschreiben eine Gruppe bestehend aus 2 Männern und 3 Frauen.

Die Gruppe bei Clark & Vorst (1994) bildete dabei eine Ausnahme, da das Verhältnis von Frauen zu Männern bei 1:3 lag.

Einige der Gruppentherapien werden allerdings auch geschlechtergetrennt durchgeführt: Culhane & Dobson (1991) und Phoenix et al. (1997) leiteten eine Gruppe, die speziell nur aus depressiven Frauen bestand Greenberg et al. (1999) und Vardi & Buchholz (1994) berichteten über eine Gruppe, die ebenfalls nur aus Frauen bestand. Fassinger (1997) beschreibt eine Gruppe, die ausschließlich aus lesbischen Frauen bestand.

Im Gegensatz dazu bestehen die Gruppenpsychotherapien, die mit Veteranen arbeiten, die unter Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, nur aus männlichen Gruppenmitgliedern (Kimmel 1991; Boehnlein & Sparr 1993; Procter & Alwar 1995; Snell & Padin-Rivera 1997).

Psychodrama

Die Gruppe von Greenberg et al. (2000) bestand nur aus 6 weiblichen Mitgliedern.

5.3.4.3 Diagnosen und Indikationen: Zusammensetzung der Gruppe bezüglich der Erkrankungen

Viele Gruppenpsychotherapien werden mit depressiven, älteren Patienten durchgeführt (Solomon & Zinke 1991; Culhane & Dobson 1991; Moffat et al. 1995; Weiss et al. 1993; Procter & Alwar 1995; Gorey & Cryns 1991; O'Rourke & Hadjistavropoulos 1997; Schneider & Olin 1995; Clark & Vorst 1994; Phoenix et al. 1997; Young & Reed 1995; Dhooper et al. 1993; Saiger 2001; Abraham et al. 1991). Moffat et al. (1995) betonen, dass es auch besondere Vorteile hat, Patienten, die jeweils unter einem unterschiedlichen Grad an depressiven Symptomen leiden, in einer gemeinsamen Gruppe zu behandeln. Sie können sich gegenseitig Hilfe und Tipps geben. Generell

herrscht allerdings bei den meisten Autoren die Meinung vor, eher Gruppen mit homogenen kognitiven Leistungsvermögen der Patienten zu bilden (Burnside 1994).

Gorey & Cryns (1991) kommen in ihrer Meta-Analyse zu dem Ergebnis, dass Gruppentherapien besonders erfolgreich bei depressiven Patienten sind, die unter schweren bis moderaten Formen der Depression leiden und alleine leben.

Innerhalb einiger Gruppen wird mit Patienten gearbeitet, die unter den unterschiedlichsten psychiatrischen Krankheitsbildern leiden. Es existieren dementsprechend die verschiedensten Diagnosen gleichzeitig innerhalb einer Gruppe (Procter & Alwar 1995, Haude & Netz 2001; Saiger 2001; Roth 1994).

Es werden auch Gruppen mit Patienten, die unter Panikstörungen, Halluzinationen und atypischen Trauerreaktionen leiden, geleitet (Procter & Alwar 1995).

Moffat et al. (1995), Russell (1990) und Saiger (2001) wenden ihre Gruppenpsychotherapie auch bei Patienten mit Angststörungen an.

Greene et al. (1993), Cheston et al. (2003) und Bonder (1994) berichten über Gruppenpsychotherapien mit dementen Patienten. Barolin (2001) und Bonder (1994) untersuchen in ihrer Übersicht, ob die Psychotherapie generell mit ihren verschiedensten Facetten (Gesprächs-, Musik-, Kunsttherapie usw.) erfolgreich bei dementen Patienten anwendbar ist.

Fassinger (1997) beschreibt eine Gruppentherapie innerhalb derer ältere, lesbische Frauen über die verschiedensten Probleme und Stigmatisierungen ihrer Homosexualität sich austauschen.

Amodeo (1990), Schonfeld & Dupree (1995), Hercek & Bahro (2000), Bode & Haupt (1998), Zimberg (1996) beschreiben Gruppentherapien, die mit alkoholabhängigen Patienten durchgeführt werden. Sie betonen besonders, wie wichtig es für den therapeutischen Erfolg ist, eine Gruppe mit Patienten des gleichen (hier älteren) Alters zu leiten. Schonfeld & Dupree (1995) betonen in ihrer Übersicht, dass auch in Bezug auf das Geschlecht, dem ethischen Hintergrund usw. eine homogene Gruppe oft effektiver als eine heterogen zusammengesetzte Gruppe ist.

Kimmel (1991), Boehnlein & Sparr (1993), Procter & Alwar (1995), Sadavoy (1997) und Snell & Padin-Rivera (1997) berichten über Gruppenpsychotherapien, die mit älteren, amerikanischen Veteranen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung durchgeführt wurden. Lee et al. (2002) untersuchen Gruppenpsychotherapie mit

Patienten, die imaginäre Stimmen hören. Vardi & Buchholz (1994) leiten eine Gruppenpsychotherapie mit Großmüttern, die ihre Enkelkinder aufziehen.

Überblick über Diagnosen innerhalb Gruppenpsychotherapien, in denen häufig ein großer Teil der Gruppenmitglieder durch ältere Menschen vertreten ist, sie aber nicht altersspezifisch geleitet werden

Es gibt Gruppenpsychotherapien, die zwar nicht spezifisch für Ältere sind, aber häufig von Menschen über 60 Jahren besucht werden: z.B. Therapien für Frauen mit Brustkrebs (Durchschnittsalter von 58 Jahren bei Gieta van der Pompe et al. *2001), Reizdarmsyndrom (Poitras et al. *2002), Schlaganfallpatienten (Durchschnittsalter von 62 Jahren bei Scheidt

*1991; Barton *(2002); Jennett & Lincoln *1991). Leszcz *(1998) berichtet über die Anwendung der Gruppenpsychotherapie bei HIV-Kranken, transplantierten Patienten, Menschen mit ernsteren Herzproblemen und onkologischen Patienten. Poitras et al. *(2002) berichten über Patienten mit Gastrointestinalschmerzen bei denen eine Gruppenpsychotherapie angewandt wurde. Akimoto et al. *(2001) führen Gruppen mit stationären Diabetespatienten durch. Dies *(1992) berichtet in seinem Übersichtsartikel über Gruppenpsychotherapien, die bei Patienten mit Seheinschränkungen, Epileptikern, pflegenden Personen und trauernden Patienten durchgeführt werden. Gerard *(1997) kommt zu dem Ergebnis, dass eine Gruppentherapie bei Frauen, die unter einer Inkontinenz leiden, erfolgreich angewendet werden kann.

Kreative Kunsttherapie

Johnson et al. (1992) und Bonder (1994) arbeiten mit dementen Patienten. Sie empfehlen „**homogene**“ Gruppen zu bilden, was bedeutet, Gruppen mit Patienten des ungefähr gleichen kognitiven Leistungsvermögen zu bilden.

„Resocialisation Group“ (Kombination aus sensorischer Stimulation und einer Reminiscence-Therapie)

Die Therapie wurde mit verwirrten Pflegeheimbewohnern durchgeführt (McCrone 1991).

Musiktherapie

Bonder (1994), Bryant (1991) und Tomaino (1994) beschreiben die Musiktherapie als erfolgreich bei dementen Patienten.

Hypnoidgruppentherapie

Barolin (1992) arbeitete mit Patienten innerhalb eines Neurologischen Rehabilitationsprogrammes.

5.3.5 Auswahlkriterien

Finkel (1990) nennt in ihrem Übersichtsartikel folgende Patienten als **besonders geeignet** für die Gruppenpsychotherapie:

- Patienten, die unter sozialer Isolation leiden,
- Patienten mit mangelndem Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl.

Als **nicht geeignet** für eine Gruppenpsychotherapie nennt sie Patienten mit

- einer Psychose (Pearlman 1993),
- einer schweren Demenz, bzw. großen kognitiven Einschränkungen (Moffat et al. 1995 und Greenberg et al. 1999),
- schweren Hör-, Seh-, Bewegungseinschränkungen (Pearlman 1993; Amodeo 1990; Williams-Barnard & Lindell 1992; Clark & Vorst 1994; Phoenix et al. 1997),
- einer Inkontinenz (Dhooper et al. 1993 und Lee et al. 2002),
- einer schweren physischen Erkrankung,
- Charaktereigenschaften, die es ihnen nicht ermöglichen sich in eine Gruppe integrieren zu können (z.B. sadistische, provokative oder auch zu ängstliche Patienten, die teilweise auch keinen Streit in der Gruppe ertragen können) (Procter & Alwar 1995; Amodeo 1990; Greenberg et al. 1999; Clark & Vorst 1994; Phoenix et al. 1997),
- der Einstellung, dass sie Probleme nicht öffentlich ansprechen wollen (Moffat et al. 1995 und Procter & Alwar 1995).

Viele Gruppen nehmen nur die Patienten auf, die selbständig zu den Gruppentreffen kommen zu können (Culhane & Dobson 1991; Procter & Alwar 1995 und Phoenix et al. 1997).

Procter & Alwar (1995) legen Wert darauf, dass das Alter der Patienten über 65 Jahre liegt und keine Suizidabsichten bei den Patienten existieren. Pearlman (1993) fordert von den Patienten, dass sie nicht alkohol- oder medikamentenabhängig sind. Hingegen ist für Williams-Barnard & Lindell (1992) und Dhooper et al. (1993) eine Grundvoraussetzung, dass die Patienten freiwillig partizipieren. Phoenix et al. (1997) geben noch speziell an, dass die Patienten die Landessprache sprechen können müssen. Dhooper et al. (1993) ließen nur Patienten mit moderater und nicht mit schwerer Depression zu. Ebenso betonen Chester et al. (2001), dass eine Gruppenpsychotherapie nur erfolgreich bei den dementen Patienten angewandt werden kann, die sich noch mit anderen Personen austauschen und über ihre eigenen Gedächtnisprobleme reflektieren können.

„Resocialisations Group“ (Kombination aus sensorischer Stimulation und einer Reminiscence-Therapie)

Bei der Therapie wurden als Auswahlkriterien genannt, dass die Patienten Englisch sprechen können müssen, mobil sind und mitpartizipieren wollen. Außerdem sollten sie ausreichend hören und sehen können, keinen hirnorganischen Störung aufgrund eines Traumas haben und es sollte keine Demenz vorliegen (McCrone 1991).

Szenische Imagination von Erinnerungsbildern

Delius & Hüffer (1996) nennen als Ausschlusskriterien: höhergradige Einschränkungen der Kognition und Hörfähigkeit, psychotische Dekompensationen, Substanzabhängigkeit und chronifizierte neurologische Störungen.

5.3.6 Technische Aspekte

Format

Teri & Logsdon (1992) geben in ihrem Übersichtsartikel an, dass die in der Zukunft wohl am meisten durchgeführten Psychotherapien das Format einer kurzen, zielorientierten, strukturierten Psychotherapie haben. Dazu ergänzend beschreiben Moberg & Lazarus (1990), dass die Psychotherapie am effektivsten bei Älteren ist,

wenn sie strukturiert, akzeptierend, nicht stigmatisierend, zielorientiert, zeitlimitiert, passend für ein Gruppenformat und auch erlernbar für Paraprofessionelle ist. Generell beschreiben viele Autoren die Form ihrer Gruppenpsychotherapie als sehr formal (McCrone 1991). Die meisten der Therapien werden streng im „Hier und Jetzt“ (Solomon & Zinke 1991; Young & Reed 1995; Ronch & Crispi 1997) und auf der Realität basierend durchgeführt (Pearlman 1993).

Auch in vielen anderen Veröffentlichungen werden die Gruppensitzungen als sehr strukturiert beschrieben (Moffat et al. 1995 und Sheikh et al. 1993).

Die in dem Fallbericht von Procter & Alwar (1995) beschriebene Gruppe wurde innerhalb eines geschlossenen Settings durchgeführt. Ryan & Doubleday (1995) empfehlen ebenfalls ein geschlossenes Format. Es wird sehr auf die jeweilige Anwesenheit eines Patienten geachtet (beinhaltet auch telefonisches Nachfragen bei Nichterscheinen). Sie beschreiben allgemein, wie sie mit viel Ausdauer und gezieltem Planen ihre am Anfang zeitlimitierte, psycho-edukative Therapie in eine Langzeit-Unterstützungsgruppe transformierten. Im Gegensatz dazu berichtet Ba (1991) von einer Gruppe, die bewusst in einem offenem Format geführt wurde und auch Clark & Vorst (1994) arbeiten mit einem offen endenden, nicht fordernden und nicht drohenden Settings. Ebenso empfehlen Ronch & Crispi (1997) Gruppentherapien innerhalb eines Pflegeheimes offen endend zu leiten.

Als Gegenrichtung zu den bisher beschriebenen sehr strukturierten Therapieformaten leiteten Young & Reed (1995) die Gruppenpsychotherapie in einem sehr unstrukturierten und eher einsichtsorientierten Settings.

Technische Mittel innerhalb des Gruppenprozesses

Ronch & Crispi (1997) empfehlen Mikrofone in den Therapien, um damit starke Hörschwierigkeiten der Patienten auszugleichen. Zusätzlich werden die Patienten aufgefordert sich in einen engen Kreis zu setzen, um eine leichtere Kommunikation aufzubauen. Alle Patienten sollten lernen sich mit Namen anzusprechen. Die Therapie sollte empathisch, unterstützend und restaurativ von Natur aus sein.

Innerhalb einiger Gesprächsgruppenpsychotherapien werden den Patienten Hausaufgaben gestellt, die auch innerhalb der Gruppe nachgesehen und bearbeitet werden (Phoenix et al. 1997 und McCrone 1991). Bonhote et al. (1999) benutzen bewusst die Anwendung von Altruismus und die kreative Expression in ihren Gruppen.

Auch Dhooper et al. (1993) benutzen einen eklektischen Zugang zu der Gruppenpsychotherapie, der bewusst nicht sehr limitierte Strategien und Absichten beinhaltet, sondern viel Raum für die freien Expressionen der Gefühle der Patienten zuließ. Lowy (1992) benutzt innerhalb ihrer Gruppen die Anwendung von Rollenspielen.

Bei kognitiv eingeschränkten Patienten müssen Abschweifungen verhindert und multimodale Instruktionen („zeigen“, „sagen“, „tun“), Gedächtnishilfen, Fokussieren auf aktuelle Gesprächsthemen und Strategien für den Aufmerksamkeitserhalt eingesetzt werden. Problemlösungen werden am besten in kleineren Einheiten gelöst. Besonders bei dementen Patienten müssen Teile des Inhaltes der Gruppensitzungen von nonverbaler Kommunikation, wie Berührungen, Lächeln, leise, sanfte Sprache des Leiters, warme Atmosphäre, kognitive Stimulationen und Erinnerungen geprägt sein (Greene et al. 1993; Johnson et al. 1992).

Moffat et al. (1995) beschreiben, dass sie besonders bei Patienten mit Angststörungen mit Entspannungsübungen, Imaginationsübungen, bestimmten Atemtechniken oder Muskelentspannungen, begleitend zur Gruppenpsychotherapie, arbeiten. Sie setzen außerdem psycho-edukative Übungen und Spiele ein, um bestimmte therapeutische Ziele wie z.B. Angstreduzierung oder Verbesserung der Stimmung zu erreichen.

Kimmel (1991) beschreibt ein unterstützendes Gruppenmodell mit Veteranen und den bewussten Einsatz von elastischen Grenzen. Snell & Padin-Rivera (1997) führen bei älteren Veteranen bewusst in Anbetracht ihres Alters orientierende Treffen schon vor Beginn der Therapie durch. Es werden außerdem die Familienmitglieder der Patienten über die Therapie geschult und aufgeklärt. Die Gruppenmitglieder bekommen Arbeitsbücher und ein Therapiemanual, die groß und übersichtlich geschrieben sind, begleitend zu ihrer Behandlung ausgehändigt.

Saiger (2001), der auch mit älteren Alkoholikern in seinen Gruppen arbeitet, rät bei diesen Patienten auf keinen Fall die Therapie sehr konfrontierend zu gestalten.

Kreative Kunsttherapie

Johnson et al. (1992) arbeiten ebenfalls in ihren Gruppen mit sensorischer Stimulation, Bildern, Bewegung, Musik, nonverbaler Kommunikation und Entspannungstechniken. Yaretzky et al. (1996) setzten Ton als therapeutisches Mittel in ihrer Kunsttherapie ein.

Hypnoidgruppentherapie

Innerhalb dieser Therapie wird ein geschlossenes Setting bevorzugt. Es werden eine analytisch orientierte Aussprache mit der Hypnoidmethode des autogenem Trainings kombiniert. Es beinhaltet weiter eine muskuläre Entspannung zum Einstieg der Therapie (Barolin 1992).

Expressive Therapie

In der von Sheikh (1993) durchgeführten Therapie wird mit vielen Spielen gearbeitet, um die Kommunikation innerhalb der Gruppe zu erleichtern. Als Anpassung an die bei vielen Patienten vorhandenen Hör- und Sehprobleme wurden die wichtigsten Ergebnisse der Therapie in großen Buchstaben auf einer Flip Chart festgehalten.

Psychodrama

Johnson et al. (2000) beschreiben ein sehr strukturiertes und das „Hier und Jetzt“ betonendes Format.

Musiktherapie

Bryant (1991) berichtet, dass die Therapie auf dem expressiven Ausdrücken von interpersonellen und persönlichen Prozessen durch hauptsächlich nonverbale Aktivitäten fokussierte. Die Therapie wurde sehr strukturiert durchgeführt. Es wurde auch mit dem Einsatz von leuchtenden Kerzen und der gleichzeitigen Verdunkelung des Raumes gearbeitet.

5.3.7 Verlauf und Inhalt der Therapie

In den meisten Gruppen werden häufig Themen wie Einsamkeit, Verluste, Isolation, Pessimismus, Narzissmus, Ängste, Befürchtungen, Hilflosigkeit und persönliche Unsicherheit besprochen (Solomon & Zinke 1991; Culhane & Dobson 1991; Kimmel 1991; McCrone 1991; Saiger 2001; Ba 1991). Auch Themen wie finanzielle Sorgen, Erinnerungen, momentane Ehe- bzw. Familienprobleme und der eigene Tod werden

besprochen (Culhane & Dobson 1991; McCrone 1991; Procter & Alwar 1995). Innerhalb der von Vardi & Buchholz (1994) beschriebenen Gruppe mit Großmüttern, die ihre Enkelkinder aufziehen, werden spezifische Themen, wie Eifersucht auf die Tochter, die Generationskluft, der Umgang mit den Schulen, Ärger, Wut, Scham etc. besprochen.

Bei fast allen in der Literatur beschriebenen Gruppen beginnen die Therapien mit dem Einführen neuer Mitglieder und Erläutern der Grundregeln, die während der Gruppensitzungen gelten (beispielsweise, dass immer nur einer spricht, dass man die Beiträge der anderen Mitglieder achtet usw.) (Culhane & Dobson 1991; Procter & Alwar 1995; Abraham et al. 1991).

Am Anfang hat die Gruppe meistens noch einen sehr verletzbaren Charakter. In dieser Phase hat der Leiter noch eine erhebliche Bedeutung (Culhane & Dobson 1991 und Abraham et al. 1991). Allerdings berichten manche Autoren auch von einer sofort existierenden, hohen Aufmerksamkeit und großem Zugehörigkeitsgefühl zwischen den Mitgliedern (Procter & Alwar 1995). Boehnlein & Sparr (1993) beschreiben innerhalb ihrer Veröffentlichung über eine Gruppentherapie bei Veteranen die Anfangsphase der Therapie als eine Art Testphase der Gruppe. Die Veteranen benötigten einen relativ langen Zeitraum, bis sie langsam anfangen, über ihre traumatischen Erlebnisse zu reden. Innerhalb der folgenden Phasen wächst meistens progredient das Kohäsionsgefühl und Vertrauen der Gruppenmitglieder und der Therapeut übernimmt immer mehr die Aufgabe eines bloßen Beobachters (Culhane & Dobson 1991).

Das Beenden der Gruppe ist oft für die Gruppenmitglieder sehr schwer und es ist hilfreich, wenn sie frühzeitig darauf vorbereitet werden (Culhane & Dobson 1991; Procter & Alwar 1995; Orbach 1994).

Generell werden innerhalb vieler Gruppenpsychotherapien häufig Getränke und Essen entweder innerhalb einer Pause oder nach Beendigung der Sitzung gereicht (Russell 1990).

Clark & Vorst (1994) beschreiben, dass sie es als wichtig erachten, dass der depressive Patient innerhalb einer Gruppenpsychotherapie durch 4 verschiedenen Stadien gehen sollte: 1. die Screening Phase (Einführung, Erklärung der Gruppenregeln), 2. die Integrationsphase, 3. die Problem lösende Phase, 4. Beendigungsphase.

Snell & Padin-Rivera (1997) legen die Hauptinhalte einer Gruppenpsychotherapie mit Veteranen als folgende fest: 1. Schulung der Mitglieder darüber, was eine Posttraumatische Belastungsstörung konkret ist, 2. Durchführung eines Stress- und Angst-Management 3. Durchführung eines Lebensrückblickes, 4. Aufbauen von sozialen Unterstützungssystemen, 5. Lernen des Umgangs mit Verlusten, 6. Vergeben können. Bei Phoenix et al. (1997) wurden die einzelnen Sitzungen themenorientiert gehalten.

Abraham et al. (1991) identifizieren in Anlehnung an Yalom (1985) ebenfalls 4 unterschiedliche Stadien innerhalb des Gruppenprozesses. 1. Das Anfangsstadium beschreibt er als entdeckende und orientierende Phase (Leiter hat eine sehr richtungsbestimmende, dominante Rolle). 2. Danach folgt die Übergangsphase in der die Patienten oft noch ängstlich und voller Widerstände sind. Einige Gruppenmitglieder treten evtl. noch aus der Gruppe aus. 3. Hiernach erfolgt die Arbeitsphase, die im „Hier und Jetzt“ abläuft. Das Zusammengehörigkeitsgefühl wächst und einige Mitglieder übernehmen Aufgaben des Leiters. 4. Als letzte Phase folgt die Beendigungsphase, in der die Angst der Patienten wieder ansteigt. Für diese Phase muss sich Zeit (z.B. 5 Wochen) genommen werden.

Szenische Imagination von Erinnerungsbildern

Delius & Hüffer (1996) eröffneten ihre Gruppen mit einer „Blitzlichtrunde“ über das jeweilige Empfinden aller Mitglieder, danach wurde das Konzept der Gruppe vorgestellt. Hiernach erfolgten Entspannungsübungen und dann wurden die szenischen Imaginationen durchgeführt. Direkt danach erfolgte eine Interpretations- und Interventionsphase. Am Ende wurde eine Abschlussrunde durchgeführt.

Barolin (1992) beschreibt das katathyme Bildererleben innerhalb eines Gruppentherapieformates. Als „gelenkter Tagtraum“ in einem leichtem Hypnoid lässt man visuelle Imaginationen unter Mitwirkung des Therapeuten zur Wirkung kommen. Es wirkt dabei das Hypnoid mit der Möglichkeit der Erledigung von Konflikten „auf der Symbolebene“ zusammen, um teilweise überraschend schnelle und tiefgreifende psychotherapeutische Erfolge zu erreichen, welche sich besser und rascher einstellen können als mit den rein verbalen Methoden.

Abraham et al. (1991) führen fokussierte visuelle Imaginationsgruppentherapien durch, die aus folgenden Bestandteilen bestehen: Atem- und Entspannungstechniken, die Patienten auf das imaginäre Sehen vorbereiten und zentrieren.

Hypnoidgruppentherapie

Zu Beginn der Therapie wird eine Muskelentspannung durchgeführt. Daraufhin erfolgt das autogene Training, welches den Einstieg zu dem Gruppengespräch bildet, da es eine starke emotionale Gruppenatmosphäre schaffen soll. Zur Unterstützung des Hypnoids wird öfters ergänzend das respiratorische Feedback eingesetzt. Barolin (1992) sieht eine wechselhafte Verstärkerwirkung zwischen der Methodik des autogenen Trainings und des Gruppengesprächs. Typische Themen waren Involutionsproblematiken wie Berufs- und Pensionsprobleme. Die jüngere Generation, die Partnerbeziehung und Multimorbidität wurden außerdem innerhalb der Gruppe häufiger problematisiert.

Expressive Therapie

Die von Sheikh (1993) beschriebene Therapie beinhaltet Rollenspiele, Musik- und Kunsttechniken.

Psychodrama

In Anlehnung an Moreno unterscheidet Greenberg (2000) 3 Stadien innerhalb der Gruppentherapie: Die „Warm-up“ Phase, das Aktionsstadium und die Beendigungsphase. Worley & Henderson (1995) setzten sich in ihrer Gruppe spielerisch besonders mit den Gedanken und Ängsten der Bewohner eines Betreuten Wohnens über ihr Lebensende auseinander. Sie studierten kleine Stücke und Sketche ein, um sie dann vor einem Publikum vorzuspielen. Das Publikum wurde nach dem Vorspiel in eine Diskussion über das Thema involviert. Es sollte ein gegenseitiger Austausch über das Thema stattfinden.

Musiktherapie

Bryant (1991) berichtet, dass die Sitzungen zur Orientierung immer mit der gleichen Musik anfangen. Danach erfolgte die eigentliche Improvisation mit der Musik und Objekten. Die Patienten tanzten häufig zusätzlich und „spielten“ mit Instrumenten, um mit ihnen Töne zu entwickeln.

5.3.8 Zeitrahmen und Setting

Dauer

Weiss et al. (1993) und Clark & Vorst (1994) geben jeweils in ihrem Review an, dass die meisten Veröffentlichungen in der letzten Zeit davon berichteten, dass Gruppen für insgesamt 10 Wochen, zweimal wöchentlich für eine Stunde durchgeführt wurden. Einige dieser Gruppen wurden dann noch für ungefähr 9 Monate einmal wöchentlich weitergeführt (Weiss et al. (1993). Auch Procter & Alwar (1995) berichten über eine Gruppe, die sich wöchentlich für 2 Stunden, insgesamt 1 Jahr lang trifft.

Bei Culhane & Dobson (1991), Moffat et al. (1995) und Haude & Netz (2001) traf sich die Gruppe 3 mal in der Woche für 1 Stunde. Insgesamt lief die Gruppe bei Haude & Netz (2001) für 1½ Monate, bei Culhane & Dobson (1991) für 5 Jahre und bei Moffat et al. (1995) für insgesamt zwei Jahre. Abraham et al. (1991) empfehlen generell ausdrücklich, Gruppenpsychotherapien mit Älteren nicht länger als eine Stunde dauern zu lassen.

Russell (1990), Young & Reed (1995), Phoenix et al.(1997) und Ba (1991) führten ihre Gruppe nur einmal in der Woche für 1½ Stunden durch. Gorey & Cryns (1991) empfehlen generell eher kurze Therapiedauern.

Dhooper et al. (1993), Lee et al. (2002) und Vardi & Buchholz (1994) leiteten die Gruppen einmal in der Woche für je eine Stunde, für insgesamt 9, 12 bzw. 48 Wochen. Chester et al. (2001) leiteten Gruppenpsychotherapien mit dementen Patienten, die jeweils 1¼ Stunden dauerten, über einen Gesamtzeitraum von 10 Wochen.

Insgesamt wird beim Lesen der Literatur ersichtlich, dass im Gegensatz zur Länge einer einzelnen Sitzung die Spannweite innerhalb der Gesamtdauern der Gruppenpsychotherapien groß ist (z.B. führten Greenberg et al. (1999) insgesamt nur 10 Gruppensitzungen durch, im Gegensatz zu Boehnlein & Sparr (1993), die ihre Therapie mit älteren Veteranen 2 Jahre hindurch führten).

„Resocialisations Group“ (Kombination aus sensorischer Stimulation und einer Reminiscence-Therapie)

Die Therapie von McCrone (1991) fand zweimal wöchentlich für 30 Minuten über insgesamt 6 Wochen statt.

Szenische Imagination von Erinnerungsbildern

Delius & Hüffer (1996) hielten ihre Gruppe einmal wöchentlich für 90 Minuten lang. Sie fand innerhalb des Rahmens einer offenen Station einer Gerontopsychiatrie statt.

Hypnoidgruppentherapie

Sie wurde von Barolin (1992) über einen Zeitraum von 3 Monaten einmal wöchentlich für eine Stunde durchgeführt.

Setting

Weiss et al. (1993) geben in ihrem Review an, dass die meisten Veröffentlichungen in der letzten Zeit davon berichten, dass Gruppen mit ambulanten Patienten durchgeführt wurden. Dazu passend beschreiben Ryan & Doubleday (1995), Kimmel (1991), Young & Reed (1995), Chester et al. (2001), Ba (1991) und Roth (1994) konkret Gruppen, die mit ambulanten Patienten durchgeführt wurden. Die in dem Fallbericht von Procter & Alwar (1995) beschriebenen Gruppe fand innerhalb eines Gemeinderaumes statt. In ihrem Übersichtsartikel kommt Finkel (1990) zu dem Ergebnis, dass es keine beschriebenen Gruppen gibt, die mit ambulanten und institutionalisierten Patienten gleichzeitig arbeiteten.

Burnside (1994) beschreibt, dass Gruppenpsychotherapien sowohl in Altenheimen, Seniorenzentren, Krankenhäusern und geriatrischen Psychiatrien durchgeführt werden können. Pearlman (1993) berichtet von einer Gruppe, die in einer ambulanten geriatrischen Tagesklinik stattfand. Haude & Netz (2001) beschreiben die Durchführung einer Gruppenpsychotherapie auf einer geschlossenen psychiatrischen Station. Ebenfalls berichten Phoenix et al. (1997) und Young & Reed (1995) über die Leitung von Gruppenpsychotherapien auf psychiatrischen Stationen.

Viele Veröffentlichungen berichten über Gruppenpsychotherapien, die im Rahmen von Pflegeheimen durchgeführt wurden (McCrone 1991; Abraham et al. 1991; Williams-Barnard & Lindell 1992; Dhooper et al. 1993; Ronch & Crispi 1997).

Scheidt & Schwind (1991) berichten von einer Gruppenpsychotherapie, die in einem Rehabilitationszentrum stattfand. Vardi & Buchholz (1994) führten die Gruppenpsychotherapie innerhalb eines kleinen Krankenhauses (für alle Mitglieder in der Nachbarschaft liegend) durch. Rönnecke (1990) betont, dass generell bei älteren Menschen auch die psychische Verarbeitung von Krankheit, Krankheitsgeschehen,

bleibenden Behinderungen und deren Folgen für das weitere Leben zur Rehabilitation gehört. Dementsprechend ist auch innerhalb von Rehabilitationszentren eine Psychotherapie (sie nennt kein spezielles Therapieformat) indiziert. Ronch & Crispi (1997) betonen einen engen Kreis mit den Patienten zu bilden, um die Hörschwierigkeiten der Patienten zu kompensieren.

Hypnoidgruppentherapie

Die Therapie wurde auf einer Station einer neurologischen Abteilung eines Landesnervenkrankenhauses durchgeführt.

Expressive Therapie

Die von Sheikh (1993) durchgeführte Therapie fand in einer geriatrisch-psychiatrischen Tagesklinik statt.

Psychodrama

Johnson et al. (2000) leiteten die Therapie in einem Speiseraum eines Langzeitpflegeheimes. Dort traf sich die Gruppe einmal wöchentlich für 90 Minuten für insgesamt 10 Wochen.

5.3.9 Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen

Clark & Vorst (1994) empfehlen, die Gruppenpsychotherapie in einen komplexen Behandlungsplan, der die passende Medikation, Aktivitäten, Patient-/Familienschulung beinhaltet, zu integrieren.

Ronch & Crispi (1997) betonen einerseits die teilweise sehr schlechte und gereizte Atmosphäre zwischen Personal und Bewohnern und problematisieren andererseits die schwierige Situation der Patienten an sich in einem Pflegeheim. Sie empfehlen aus diesen Gründen die Gruppenpsychotherapie in den Alltagsablauf des Pflegeheimes zu integrieren, da oft die Kommunikation zwischen den beiden Gruppen verbessert wird. Oft werden die Patienten zusätzlich noch autonomer und kooperieren mehr mit dem Personal. Das Personal wiederum wird zufriedener mit dem Beruf. Auch Kane et al. (1992) kritisieren die Pflegesituation innerhalb der Pflegeheime, und dass die Älteren dort zu wenig Unabhängigkeit erfahren. Pietrukowcz & Johnson (1991) überprüften

sogar, ob evtl. die Pfleger/innen innerhalb der Heime die Pflege zu den älteren Heimbewohnern persönlicher gestalten, wenn sie die Lebensgeschichte der Patienten erfahren. Als Ergebnis wurde festgestellt, dass tatsächlich die Pfleger danach die Patienten als autonomer empfanden und sie sie persönlich mehr akzeptierten. Gottesman et al. (1991) kritisieren ebenfalls zu wenig stattfindende psycho-soziale Behandlung der älteren psychisch kranken Patienten in Zentren für Betreutes Wohnen. Um diesen Behandlungsnotstand zu senken, haben sie Programme für das Personal entwickelt, um sich auf diesem Gebiet weiter zu bilden und den Patienten vermehrt psychosoziale Rehabilitationen anbieten zu können. Das heißt z.B. innerhalb von angebotenen Gruppenaktivitäten ihr soziales Verhalten mehr zu stimulieren. Das Personal soll lernen, mehr die Bedürfnisse der Patienten erkennen und erfüllen zu können. Chapin & Dobbs-Kepper (2001) empfehlen aufgrund der zahlreichen Nachteile der Pflegeheime, dass die Institutionen des Betreuten Wohnens noch verbessert und auch zahlenmäßig ausgebaut werden sollten, da sie eben kostengünstiger sind und dem älteren Menschen mehr Würde und Respekt, im Gegensatz zu Pflegeheimen, erhalten und gegenüberbringen. Bitzan & Kruzich (1990) kommen ebenso nach ihrer Befragung von 332 Pflegeheimbewohnern zu dem Ergebnis, dass es für die Älteren sehr wichtig ist, einen engen Freund zu haben, um sich einerseits bei Freizeitaktivitäten zu beteiligen, aber auch um eine Lebenszufriedenheit zu erleben. Für die zweite „United Nations World Assembly on Aging“ in Madrid, Spanien im April 2002 wurde sogar eine „Declaration of the rights of older people“ von Robert N. Butler entwickelt, innerhalb derer auch die würdevolle und angemessene Pflege und Umgang mit älteren Menschen betont wird.

Barolin (2001) betont bei der Psychotherapie die mit Alzheimer-Patienten durchgeführt wird, dass sie als integrierte Psychotherapie bei allen mit den Patienten tätigen Gesundheitsberufen auf das Engste kooperieren sollte. Diese Bemühungen sollten auch systemisch koordiniert werden. Teri & Logsdon (1992) betonen ebenfalls die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die innerhalb der Behandlung von älteren Menschen erfolgen muss. Abraham et al. (1991) erachten es als sehr wichtig, dass besonders in einem institutionellen Rahmen die Gruppenleiter mit dem Pflegepersonal zusammen arbeiten und evtl. das Pflegepersonal mit in die Gruppentherapie eingebunden wird. Das Personal soll genau wissen, welche Patienten in der Gruppe mitmachen und wie ihr

therapeutischer Verlauf aussieht. Roth (1994) betont in ihrem Artikel, dass die Gruppenpsychotherapie besonders fruchtet, wenn der Patient neben der Therapie eine strukturierte Pflege von einem zukunftsorientierten Personal, innerhalb einer stimulierenden Umgebung erfährt.

Psychodrama

Johnson et al. (2000) versuchen durch die Therapie, das Verhältnis zwischen Personal und Patienten zu verbessern. Bei einer höheren Gruppengröße wurde das Personal direkt in die Therapie mit integriert und einbezogen.

5.3.10 Wirkfaktoren und Ergebnisse

Generell beklagen sehr viele Autoren die bisher zu wenig oder nur sporadisch durchgeführten Evaluationen, der bei älteren Menschen angewendeten Psychotherapien (Krebs 1990; Teri & Logsdon 1992).

5.3.10.1 Von einzelnen Autoren schon zusammengefasste Ergebnisse

Viele Autoren (z.B. Saiger 2001) geben als Wirkfaktoren ihrer jeweils durchgeführten Gruppenpsychotherapie die folgenden von Leszcz (1997) genannten **5 Hauptwirkprinzipien** an:

- (1). Gruppenkohäsion
- (2). Gruppe muss eine korrigierende emotionale Erfahrung liefern
- (3). Gruppe muss als Mikrokosmos operieren
- (4). Die essentielle Rolle des Feedbacks im interpersonellem Lernen
- (5). Das überragende Prinzip des im Hier und Jetzt arbeiten.

Ebenfalls zitieren immer noch sehr viele Autoren (Garner 2001; Kimmel 1991; Leszcz 1997; Abraham et al. 1991; Bonhote et al. 1999; Moberg & Lazarus 1990; Ronch & Crispi 1997; Cohen 2000) die von Yalom (1975) entwickelte Liste mit „kurativen Faktoren“ (siehe unten), die den Gebrauch der Gruppenpsychotherapie bei Älteren durch das Wiederherstellen des Potentials für ein gesünderes, akzeptierteres und angenehmeres Funktionieren reflektiert:

- (1). Das Aufbauen von Hoffnung*
- (2). Universalität
- (3). die Gabe von Informationen*
- (4). Altruismus
- (5). das korrekte Wiederholen, Zusammenfassen der ursprünglichen Familiengruppe
- (6). Entwickeln von sozialisierenden Techniken*
- (7). Nachahmen von Verhalten
- (8) Interpersonelles Lernen
- (9). Gruppenkohäsion
- (10). Emotionale Katharsis*
- (11). Existentielle Faktoren.*

Die mit dem Stern* gekennzeichneten Faktoren werden von Moberg und Lazarus (1996/7) als besonders wichtig bei der Durchführung von Gruppenpsychotherapie bei Älteren gekennzeichnet. Sie geben an, dass sie speziell Probleme ansprechen, die besonders im Alter vorliegen, wie beispielsweise das Gefühl der Einsamkeit, das Überbetonen eigener Schwächen und Minimieren ihrer Stärken, niedriges Selbstbewusstsein, das Gefühl von Versagen und Schuld, die vielen Verluste im Leben des älteren Menschen. Sie betonen, dass aufgrund dieser besonderen Probleme die Gruppenpsychotherapie im Alter am effektivsten ist, wenn sie:

- akzeptabel und nicht stigmatisierend ist
- strukturiert
- zeitlimitiert
- zielorientiert
- auch von Paraprofessionellen ausgeführt werden kann

5.3.10.2 Einzelne Ergebnisse

In dem Übersichtsartikel von Finkel (1990) nennt sie als generelle Ziele der Gruppenpsychotherapie:

- Die Patienten entdecken ihre eigene Identität wieder (auch Boehnlein & Sparr 1993).
- Entwicklung eines Zusammengehörigkeitsgefühl mit der Gruppe (auch Greene et al. 1993).
- Erleben einer intellektuellen und emotionalen Stimulation.
- Empfindung des Gefühls Stärke zu entwickeln (auch Kimmel 1991).
- Entwicklung neuer positiver Copingstrategien (auch Greene et al. 1993; Snell & Padin-Rivera 1997; Roth 1994; Ronch & Crispi 1997).
- Vergrößerung ihres Selbstbewusstseins oder/und Selbstwertes, Vertrauen (auch Procter & Alwar 1995; Botellea & Feixas 1992-1993).
- Ihre positive Adaption an bestimmte Krisen und Verluste wird erleichtert.
- Lösen von bisher ungelösten Konflikten (auch Greene et al. 1993).
- Reduzierung der Isolation und Bilden von neuen Freundschaften (auch die Studie von Procter & Alwar 1995; Greene et al. 1993; McCrone 1991; Cooper & Doherty 1996; Russell 1990; Greenberg et al. 1999; Ryan & Doubleday 1995; Snell & Padin-Rivera 1997; Boehnlein & Sparr 1993; Phoenix et al. 1997; Ba 1991; Krebs 1990; Moberg & Lazarus 1990; Ronch & Crispi 1997).
- In der Gruppe wird ihnen Empathie und Unterstützung entgegengebracht (auch Moffat et al. 1995).
- Den Patienten muss das Gefühl wieder gegeben werden, dass sie ausreichend kompetent und unabhängig sind. Sie haben wieder genug Herrschaft über ihre Alltagsaktivitäten (auch Bonhote et al. 1999).
- Die Patienten haben Freude an der Gruppe (auch Ryan & Doubleday 1995; Cooper & Doherty 1996).

Die Gruppe soll dem Patienten ein soziales und normales Forum bieten, in welchem er jegliches Problem ansprechen kann. Interaktionen werden gefördert (Pearlman 1993; McCrone 1991; Phoenix et al. 1997; Moberg & Lazarus 1990; Ronch & Crispi 1997).

Weiss et al. (1993) berichten in ihrem Überblick von folgenden positiven Ergebnissen: Die Depression der Patienten und ihr Bedarf an Psychopharmaka konnte in der von ihnen untersuchten Studie gesenkt werden.

Viele Veröffentlichungen berichten über Verbesserungen der zu Beginn der Therapie existierenden jeweiligen psychiatrischen Symptome (Procter & Alwar 1995).

Bei Haude & Netz (2001) ließ die Unruhe und Gewalt, die von den Patienten ausging, nach. Das soziale Lernen wurde gefördert und die besonders hilfsbedürftigen Patienten wurden vermehrt integriert. Das Personal empfand, dass die qualitative Versorgung der Patienten durch die Therapie wuchs. Die Gruppe diente außerdem als Forum der Patienten, Kritik an der ärztlichen und pflegerischen Versorgung zu äußern. Auch Russell (1990) und Moberg & Lazarus (1990) betonen besonders den Effekt des sozialen Lernens innerhalb einer Gruppenpsychotherapie. Ebenfalls betonen Cooper & Doherty (1996), dass ein großer Gewinn der Therapie auch darin besteht, dass die Krankenschwestern bzw. das Personal, die die Therapie leiten und begleiten, ein besseres Verstehen und Kennenlernen des Patienten erlangen und dementsprechend die Pflege verbessert werden kann. McCron (1991) betont besonders den Resozialisierungseffekt und das Erleichtern des Erinnerungsvorganges der Patienten als Ergebnisse ihrer Gruppenpsychotherapie. Lee et al. (2002) betonen in ihrer Veröffentlichungen, dass Gruppenpsychotherapien das Stigma einzelner Randgruppen abbauen können. Greene et al. (1993) betonen dagegen mehr, dass die dementen Patienten durch die Therapie lernen, mit Gefühlen von Angst und Hoffnungslosigkeit umzugehen.

Gorey & Cryns (1991) kommen in ihrer Meta-Analyse, die 19 verschiedene Studien über Gruppentherapien untersuchte, zu dem Ergebnis, dass bei 42 % der Patienten nach der Therapie positive Veränderungen auf ihren affektiven Status festzustellen waren. Allerdings konnte nur bei 13 % der festgestellten Veränderungen gesagt werden, dass sie allein aufgrund spezifischer Faktoren der Gruppentherapie entstanden sind.

Generell beschreiben sie die Psychopharmakotherapie bei älteren, depressiven Menschen als erfolgreicher. Dhooper et al. (1993) kommen in ihrer Studie zu dem Endergebnis, dass die Gruppenpsychotherapie bei Älteren erfolgreich ihre Depressionen reduzieren kann, da am Ende der Therapie $\frac{3}{4}$ der Teilnehmer frei von ihrer Depression waren. In dem Übersichtsartikel von Wahl & Tesch-Römer (1998) wird als Ergebnis zusammengefasst, dass sowohl Interventionen im kognitiven Bereich positive Trainingseffekte aufweisen als auch Interventionen im Bereich des Selbstkonzeptes, der persönlichen Kontrolle und des Attributionsstils. Botella & Feixsas (1992-1993)

betonen den Effekt, dass durch die gemeinsamen Gruppendiskussionen die Patienten lernen ihre eigenen Erinnerungen wieder zu rekonstruieren. Sadavoy (1997) hebt hervor, dass die Gruppenpsychotherapie bei älteren Patienten, die ein psychisches Trauma erlebt haben, die Symptome der Post-traumatischen Belastungsstörung effektiv verringern und die soziale Situation der Patienten verbessern kann. Die Heilung besteht aus einem sozialen Prozess, der aus dem Anbieten von Unterstützung, Schulung und einem Forum besteht, in dem unterdrückte Gedanken und Gefühle durchgearbeitet werden.

Schneider & Olin (1995) berichten in ihrem Review über 9 Studien, dass insgesamt die Psychotherapie (Einzel- und Gruppenpsychotherapie) mit ambulanten Patienten innerhalb einer geriatrischen Psychiatrie, im Vergleich mit Antidepressiva äquivalent erfolgreich ist. Im Vergleich zu nicht behandelten Kontrollgruppen ist sie allerdings erfolgreicher.

Sie definieren, dass die bei Älteren am häufigsten durchgeführte Gruppenpsychotherapie als kognitive Therapie, Reminiscence-Therapie, eklektisch oder als psychodynamische Therapie durchgeführt wird.

Reynolds (1994; 1995) vergleicht ebenfalls die Psychotherapie generell mit der medikamentösen Therapie und kommt zu dem Ergebnis, dass sie zwar erfolgreich sein kann, aber nur ergänzend zu den Medikamenten eingesetzt werden sollte. Sie ist noch kein Ersatz zur Medikation bei depressiven Patienten. McWha et al. (2003) untersuchten, welche Bestandteile der Gruppentherapie die Patienten am meisten schätzen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Rangfolge darin bestand, dass die meisten Patienten am höchsten die Gespräche untereinander schätzten, dann das Erleben von neuen Ereignissen, gefolgt von dem gemeinsamen Tee trinken. Als am wenigsten reizvoll wurde das Erlernen von neuen Fertigkeiten eingestuft. Außerdem wurde die Annahme bestätigt, dass diese Beliebtheitsrangfolge auch vorher so von den Beschäftigungstherapeuten eingestuft wurde.

Williams-Barnard & Lindell (1992) belegen in ihrer Studie, dass in den Gruppentherapien, in denen der Leiter überdurchschnittlich häufig lobt, 68 % der Patienten ein erhöhtes Selbstkonzept entwickelten. Bei 47,1 % der Mitglieder einer Gruppe, innerhalb derer gar nicht gelobt wurde, ist ein Abfall des Selbstkonzeptes beobachtet worden.

Kimmel (1991) berichtet von Aufmerksamkeitsraten von 85 % der Veteranen innerhalb des Gruppenprozesses. Es wird betont, dass sich sehr elastisch verschiebbare Grenzen bei den Patienten und dem Therapeuten bilden. Snell & Padin-Rivera (1997) und Boehnlein & Sparr (1993) sehen die Gruppenpsychotherapie bei Veteranen ebenfalls als sehr erfolgreich an. Allerdings konnte dies bei Boehnlein & Sparr (1993) nicht in ihrer durchgeführten Studie belegt werden. Es wird kein signifikanter Symptomrückgang gemessen.

Young & Reed (1995) untersuchten in ihrer Studie, ob eine Gruppenpsychotherapie bei Älteren ihre Selbsttranszendenz vergrößert und kamen zu einem positivem Ergebnis.

Innerhalb der Studie von Lee et al. (2002), die Patienten untersuchten, die Stimmen hörten, berichteten die Patienten zwar von Symptomlinderungen, dies konnte aber nicht statistisch nachgewiesen werden.

Bonder (1994) bewertet in ihrem Übersichtsartikel generell verschiedenste Arten an Psychotherapien als hilfreich und wertvoll bei dementen Patienten.

Obwohl viele Autoren die Aufgabe der Psychotherapie bei dementen Patienten eher als nur stützend beschreiben (Hirsch 1992), kommen Chester et al. (2001) in ihrer Studie, die 6 unterschiedliche Gruppenpsychotherapien mit Dementen untersuchte, zu dem Ergebnis, dass Gruppenpsychotherapie mit Dementen statistisch signifikant die Depression der Patienten senken kann. Es konnte nur eine grenzwertig signifikante Reduzierung der Angst bei den Patienten statistisch nachgewiesen werden.

Barolin (2001) und Bonder (1994) kommen in ihren Übersichtsartikeln zu dem Ergebnis, dass generell die Psychotherapie bei Dementen erfolgreich ist. Barolin (2001; 1995) betont allerdings, dass es sich dann um eine integrierte Psychotherapie, die nicht schulzentriert, sondern persönlichkeitszentriert ist, handeln muss.

Pinquart (1998) kommt in seiner Meta-Analyse, die insgesamt 94 psychosoziale Interventionen auf das Wohlbefinden von Senioren untersuchte, zu dem Ergebnis, dass im Mittel eine Verbesserung des Befindens und eine Abschwächung der selbstbeurteilten Depression um eine halbe Standardabweichung zu beobachten ist. Für die fremdbeurteilte Depression beträgt die Effektstärke 1,15. Während bei Nutzung von Selbstbeurteilungsskalen Zusammenhänge zwischen dem Lebensalter und der Effektstärke ausbleiben, fällt die Verbesserung der fremdbeurteilten Depression in Studien mit älteren Teilnehmern geringer aus. Vergleichsweise hohe Effektstärken

treten bei kontrollierhöhenden Interventionen und Verhaltenstherapie aus. Wirksamer sind Interventionen in der Individualbedingung, Interventionen mit höher qualifizierten Intervenierenden und Studien mit Heimbewohnern.

Allgemein betonen fast alle Autoren die generelle soziohygienische und psychohygienische Funktion der Gruppenarbeit für die Patienten einerseits, aber besonders auch für das stationäre Personal.

Kreative Kunsttherapie

Johnson et al. (1992) arbeiteten mit dementen Patienten und sahen als Erfolge der Therapie an, dass die Patienten nach der Therapie wieder einen Sinn und einen Wert in ihrem Leben sahen. Krebs (1990) sieht das Ziel der bildnerisch-kreativen Techniken darin, dass sie verschiedene Defizite (besonders die Kommunikation, Rollenverständnisse und Identität betreffend) abbauen können. Da viele alte Menschen ihre Vergangenheit, insbesondere die negativen und schmerzlichen Erfahrungen, aus ihrem Gedächtnis getilgt haben, wird die gruppentherapeutische Kunsttherapie als wirkungsvolles Mittel eingesetzt, sie wieder ins Gedächtnis zurückzurufen.

„Resocialisations Group“ (Kombination aus sensorischer Stimulation und einer Reminiscence-Therapie)

McCrone (1991) betont besonders den Resozialisierungseffekt, das Erleichtern des Erinnerns, Reduzierung der Isolation, größere Interaktionen als Ergebnisse ihrer Gruppenpsychotherapie bei den Patienten.

Musiktherapie

Die Musiktherapie wird von Tomaino (1994) und Bryant (1991) als erfolgreich beim Erhöhen der Lebensqualität und den Interaktionen der dementen Patienten angesehen. Teilweise lernen die Patienten auch besser mit evtl. vorhandenen Depressionen umgehen zu können. Die Therapie kann die Patienten entspannen, aber auch ihre motorischen Funktionen erhöhen und ihnen helfen, ihre Gefühle auszudrücken. Bonder (1994) und Barolin (2001) beschreiben ebenfalls die Vorteile der Musiktherapie in der Anwendung bei Alzheimer Patienten.

Musiktherapie (Einzeltherapie)

Aldridge & Aldridge (1992) und Hadley et al. (2001) sehen die Ziele der Musiktherapie darin, dass der Patient wieder erlernt, mit anderen Menschen zu kommunizieren, die Kontrolle über sein Inneres wieder zu erlangen und neue bedeutende Lebenserfahrungen zu machen. Sie sehen die Therapie als erfolgreich bei Älteren an.

Szenische Imagination von Erinnerungsbildern

Delius & Hüffer (1996) beschreiben viele Vorteile und Erfolge ihrer Gruppenpsychotherapie: Es wurde schnell Vertrauen, Zugang zu zentralen Konflikten des Individuums und Nähe aufgebaut. Die Imaginationsbilder können erstarrte Konflikterfahrungen beleben und andere Blickwinkel den Patienten kennenlernen lassen. Barolin (1992) beschreibt das katathyme Bildererleben als erfolgreich beim Aussöhnen von Behinderungen, dem Ziehen von Stärke aus der Vergangenheit und als Möglichkeit der älteren Menschen zum Entspannen. Sie betont noch den dynamisierenden Effekt und die psychische Konsolidierung.

Hypnoidgruppentherapie

Die von Barolin (1992) beschriebene Therapie wurde von 73 % der Senioren, innerhalb eines Zeitraumes von 7 Jahren, als positiv bewertet. Nur 47 % der Patienten im mittlerem Lebensalter bewerteten sie als positiv. Bei ihnen lag auch eine mehr als doppelt so hohe Abbruchrate als bei den älteren Patienten vor.

Expressive Therapie

In der von Sheikh (1993) durchgeführten Therapie wurde als Ergebnis betont, dass die Patienten einerseits erhebliche Freude an der Gruppe hatten und andererseits einen Weg gefunden hatten, sich gegenseitig ihre Gefühle zu schildern und auszutauschen.

Psychodrama

Bei Greenberg (2000) waren sich alle Gruppenmitglieder darüber einig, dass sie von der Therapie profitierten. Sie entwickelten neue Freundschaften, konnten zusammen ihre Probleme und Gefühle teilen. Sie hatten nach der Therapie das Gefühl stärker geworden zu sein und ihre Alltagsaktivitäten besser erledigen zu können. Bei Johnson et al. (2000) wurde schon 3 Wochen nach Therapiebeginn eine erhöhte Kommunikationsbereitschaft der Patienten durch die Therapie erzeugt. Es entwickelte sich ein

Zusammengehörigkeitsgefühl der Mitglieder. Es wird ebenso dargestellt, dass sich durch die Therapie das Verhältnis zwischen Patienten und Personal verbesserte. Es traten weniger gewaltsame Übergriffe der Patienten auf. Das Personal reagierte sensibilisierter auf die Probleme und Wünsche der Patienten. Worley & Henderson (1995) erreichten durch ihre Dramagruppe, dass die älteren Menschen, ermutigt durch den Auftritt der Dramagruppe, anfangen, sich über ihre Gedanken und Ängste über ihr Lebensende auszutauschen.

5.3.11 Besondere Vorteile der Gruppen in Abgrenzung zur Einzelpsychotherapie

In fast allen Publikationen wird als ein besonderer Vorteil der Gruppenpsychotherapie die Zeiteffizienz betont (Helfman 1994). Viele Autoren erwähnen daneben noch die Kosteneffizienz der Gruppentherapie (Moffat et al. 1995; Weiss et al. 1993; Procter & Alwar 1995; Burnside 1994).

Generell werden die Ressourcen in allen Bereichen des Gesundheitssystems geschont. Einige Autoren sehen einen weiteren Vorteil der Gruppenpsychotherapie darin bestehend, dass sie auf manche Ältere, im Vergleich zur Einzeltherapie, weniger Angst auslösend wirken kann (Krebs 1990).

Allerdings kommt Pinquart (1998) in seiner Meta-Analyse, die insgesamt 94 psychosoziale Interventionen auf das Wohlbefinden von Senioren untersuchte, zu dem Ergebnis, dass Interventionen in der Individualbedingung im Vergleich zu einer Gruppenbedingung wirksamer sind.

5.3.12 Unterschiede bei der Durchführung und den Ergebnissen der Gruppenpsychotherapie bei älteren im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern

Der Therapeut muss speziell auf die sensorischen Verluste der Patienten achten und versuchen diese zu kompensieren. Er muss sowohl bei physischen als auch psychischen Aktionen sehr langsam und klar reagieren bzw. formulieren. Er muss sich eine optimale Zeit (abendliche Gruppen werden beispielsweise nicht empfohlen) und einen passenden Ort, an dem die Gruppe stattfinden soll, überlegen (Burnside 1994; Pearlman 1993;

Saiger 2001). Bei Gruppen mit älteren Menschen treten häufiger Abwesenheiten der Mitglieder aufgrund schwerer Krankheit und Tod auf (Pearlman 1993).

Bei jüngeren Patienten ist es erheblich leichter, ein ausgeglichenes Frauen-zu-Männer Verhältnis in der Gruppe zu bilden. Dazu kommen bei der Therapie mit Älteren häufig erschwerende Faktoren wie Transportschwierigkeiten hinzu. Zusätzlich sind die Gruppen mit älteren Menschen erheblich mehr von den unterschiedlichen Wetterverhältnissen beeinflussbar. Das heißt beispielsweise, dass die Anwesenheit von Gruppenmitgliedern im Winter, wenn es schneit und viele krank sind, stark abnehmen kann.

Innerhalb von Gruppen mit Älteren werden schneller Allianzen zwischen den Mitgliedern formiert. Beziehungen entwickeln sich innerhalb von 3 Sitzungen, im Vergleich zu Gruppen mit Jüngeren, in denen das Bilden von Freundschaften 6 bis 12 Monate oder sogar noch länger dauern kann.

Ältere scheinen toleranter und geduldiger mit Mitgliedern zu sein, die versuchen stark monopolistisch zu wirken und die ganze Aufmerksamkeit aller Mitglieder und des Therapeuten fordern.

Sie neigen generell dazu, mehr dem Therapeuten und dem Gruppenprozess zu vertrauen. Konkurrenzgedanken und Konkurrenzhandlungen treten seltener in Gruppen mit Älteren auf. Jüngere brechen innerhalb des Gruppenprozesses oft mit Beziehungen, erneuern sie dann wieder, testen sie, konsolidieren Beziehungen mit Anderen usw. Ältere Menschen scheinen innerhalb ihrer Gruppentherapien nicht durch diesen Prozess zu gehen. Dies ist auch unabhängig von den Interessen und Fähigkeiten des Therapeuten.

Berührungen innerhalb der Gruppentreffen sind bei Älteren häufiger und tolerierter. Die Berührungen können in Form von sensorischen Stimulationen als Ausgleich zu den starken sensorischen und auditiven Einschränkungen, unter denen viele Ältere leiden, wirken. Die Berührungen treffen auch psychische Bedürfnisse. Wenn weniger interpersonelle Beziehungen verfügbar sind, liefern sie libidöse Stimulationen und Wärme.

Oft hat der Therapeut nicht nur die Funktion eines Transferenz-Objektes, sondern aufgrund der Abnahme libidöser und aggressiver Impulse im Alter evtl. auch die eines „realen Objektes“. Dies zeigt sich dann in dem zahlreich beschriebenen Problem, dass

es sehr schwierig sein kann, die Therapie mit einer Gruppe älterer Menschen zu beenden (Finkel 1990). Die Therapie mit älteren Menschen benötigt allgemein oft längere Zeit bestimmte therapeutische Ziele zu erreichen. Es dauert länger bis Ältere auf die Therapien ansprechen und diese stabilisiert werden können (Koenig et al. 1994). Solomon & Zinke (1991) und Maercker (2003) betonen ebenfalls speziell, dass der Gruppenprozess bei älteren Menschen sehr langsam voranschreitet. Diese Tatsache ist begründet durch die passiv-aggressiven Manipulationen der Mitglieder, ihrer Widerstände und Alltagsthemen (Solomon & Zinke 1990).

Bei der Entscheidung, welche Gruppe besonders bei dem einzelnen Älteren am besten passt, sollten vier Faktoren speziell in Bezug auf das fortgeschrittene Alter beachtet werden: (1.) das Eigenbild des Älteren, (2.) das Altersspezifische des präsentierten Problems, (3.) der theoretische Fokus und die Gruppenziele der potentiellen Modalitäten, 4. praktische Optionen (Scheidlinger 1994).

Morris & Morris (1991) nennen 10 Punkte, die ihrer Meinung nach den therapeutischen Kontakt mit älteren Menschen erleichtern: (1.) Der Zugang sollte weniger abstrakt und interpretativ sein, (2.) man sollte besonders die teilweise vorhandenen Gedächtnisprobleme der Älteren berücksichtigen, (3.) die Längen der Gruppensitzungen müssen flexibel gehandelt werden, (4.) die Therapie sollte zeitlimitiert sein, (5.) die Ziele müssen explizit, konkret und realistisch sein, (6.) man sollte sich der realen sozialen und physischen Einschränkungen der Älteren bewusst sein, (7.) man sollte den interpersonellen Kontext der Probleme betrachten, (8.) der Therapeut sollte eher aktiv als passiv auftreten, (9.) beim Einsetzen von Empathie und den Zielsetzungen muss immer das Alter bewusst im Hintergrund sein, (10.) auf keinen Fall dürfen Abneigung und Vorurteile gegenüber älteren Menschen Teil der Therapie sein.

Weiss et al. (1993) geben an, dass Ältere sogar mehr von einer ambulanten Psychotherapie als jüngere Menschen profitieren können.

5.3.13 Zusammenfassung

Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Die überwiegende **Mehrheit** der hier beschriebenen Gruppen wurde von **Sozialarbeitern** geleitet. Danach folgen, etwas weniger häufig aufgeführt, die **Psychologen und Psychiater, die ungefähr gleich häufig** als Therapeuten genannt werden. Insgesamt werden, zwar sehr viel seltener, aber auch **Dramatherapeuten und Beschäftigungstherapeuten** als Therapeuten genannt. Überraschenderweise werden auch nur wenige Therapien innerhalb dieses Kapitels von **Krankenschwestern** geleitet.

Mehrere Autoren heben hervor, dass es sehr vorteilig ist, wenn **zwei Therapeuten zusammen** die Therapie leiten. Es wird ebenfalls betont, dass eine **Supervision** für die Therapeuten sehr nützlich ist. Der Therapeut muss sich sowohl **mental** als auch in Bezug auf **praktische und äußere Umstände** sehr genau auf die Therapie **vorbereiten und auch den bio-psycho-sozialen Hintergrund** der Patienten vor Therapiebeginn kennen. Der Leiter muss auf der einen Seite **sehr direkt und aktiv interagieren** und auf der anderen Seite mit sehr viel **Wärme, Interesse, Empathie** arbeiten und besondere **Rücksicht** auf die **altersspezifischen Einschränkungen und Bedürfnisse** nehmen. Er dient häufig als Rollenmodell für die Älteren. Es wird festgehalten, dass der Therapeut stets darauf achten sollte, im **Hier und Jetzt** zu arbeiten und besonders bei der Arbeit mit dementen Patienten auch mit **nonverbalen Kommunikationsmitteln** arbeiten können. Besonders die Psychodramatherapeuten müssen sehr **flexibel und spontan** innerhalb der Therapie reagieren können. Insgesamt sollte der Therapeut **weniger konfrontierend** arbeiten und darauf achten die **Ressourcen** der Patienten maximal zu **nutzen** und zu fördern.

Alterszusammensetzung der Gruppen

Das Durchschnittsalter der Gruppenmitglieder lag bei jeder der hier dargestellten Therapien innerhalb der Altersspanne von **65-85 Jahren**. Nur bei vereinzelt Therapien, die mit dementen Patienten durchgeführt wurden war das Alter einiger Gruppenmitglieder noch etwas höher. Insgesamt wird innerhalb der Literatur die Richtung deutlich, dass das Alter eher keinen großen Einfluss auf den Erfolg der jeweiligen Therapie hat.

Gruppengröße

Die generelle Bandbreite der Gruppengröße lag zwischen **4-12 Patienten**. Die absolute Mehrheit der Therapien wurde mit einer Gruppe geführt, die aus **5-8 Patienten** bestand. Nur vier der hier dargestellten Veröffentlichungen fielen aus diesem Rahmen, da sie mit **10-15 Patienten** innerhalb einer Gruppensitzung arbeiteten. Generell wurden aber eher **kleinere Gruppen empfohlen**.

Geschlechterverhältnis der Gruppen

Die **Mehrheit** der Gruppentherapien wurden **geschlechtergemischt** durchgeführt. Dabei **überwogen** innerhalb dieses Kapitels immer, abgesehen von einer Ausnahme, die **weiblichen Mitglieder** innerhalb der Gruppen. Bei den wenigen Therapien, die nach Geschlechtern getrennt geleitet wurden, bestanden nur die Gruppen, die mit älteren **Veteranen** geführt wurden, ausschließlich aus **Männern**. Die meisten der Gruppen, die nur aus **Frauen** bestanden, wurden mit **depressiven**, älteren Frauen geführt.

Diagnosen und Indikationen

Die **überwiegende Mehrheit** der hier dargestellten Therapien wurde mit **depressiven Patienten** geführt. Ebenfalls wurden sehr viele Therapien mit **dementen Patienten** geleitet. Auch Patienten mit **Angststörungen oder einer Alkoholabhängigkeit** wurden im Rahmen einer Gruppentherapie behandelt. Es fällt auf, dass relativ häufig Gruppentherapien mit älteren **Veteranen** stattfinden. Es wird der Trend deutlich, dass viele Leiter darauf achteten ein ungefähr **gleiches kognitives Level** zwischen den Patienten zu haben. Einige Therapien arbeiten auch mit Patienten, deren **Diagnosen unterschiedlich** waren. Das heißt, es existierten unterschiedliche psychische Erkrankungen innerhalb einer Gruppe. Häufig werden auch Gruppenpsychotherapien durchgeführt, bei denen ein großer Teil der Gruppenmitglieder durch ältere Menschen vertreten wird, die Therapien aber **nicht speziell auf altersspezifischen Therapiekonzepten basieren** (z.B. Gruppen mit Brustkrebspatienten, kardiovaskulären Krankheiten usw.).

Auswahlkriterien

Die Ausschlusskriterien an die Patienten sind nicht sehr komplex, das heißt meistens bestehen **keine hohen Anforderungen bzw. Voraussetzungen** die die Patienten

erfüllen müssen, um für eine Gruppe zugelassen zu werden. Sie sollten **keine zu schweren Hör-, Seh-, Bewegungseinschränkungen und kognitive Defizite** aufweisen. Ebenfalls setzen die meisten Therapeuten voraus, dass die Patienten **nicht unter einer Psychose, unter einer akuten Suizidalität oder einer Alkohol- bzw. Substanzabhängigkeit** leiden. Sie sollten im anglo-amerikanischen Raum Englisch sprechen und sich adäquat während der Gruppensitzung beteiligen können und wollen. Die Gruppenmitglieder müssen **freiwillig** innerhalb der Gruppe mitmachen wollen.

Technische Aspekte

Die meisten der durchgeführten Gruppenpsychotherapien wurden innerhalb eines **kurzen, zielorientierten, sehr strukturierten** Formates geführt. Die Betonung lag auf dem Hier und Jetzt. Es wurden ungefähr **gleich viele** Gruppentherapien innerhalb eines **geschlossenen wie eines offenen Settings** durchgeführt.

Generell werden innerhalb der Literatur recht häufig technische Aspekte beleuchtet, die der Leiter beim Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patienten beachten sollte: **Abschweifungen sollten verhindert** und **multimodale Instruktionen** (zeigen, sagen, tun), **Gedächtnishilfen, Fokussieren auf aktuelle Gesprächsthemen** und **Strategien für den Aufmerksamkeitserhalt** eingesetzt werden. Problemlösungen werden am besten in kleineren Einheiten gelöst. Insgesamt wurden einige der Gesprächstherapien auch mit anderen Therapiekomponenten wie z.B. Entspannungsübungen usw. kombiniert. Es kristallisieren sich zwei Hauptrichtungen innerhalb der Gruppentherapien heraus: einige der Therapien ließen bewusst sehr viel Platz für die **freien Expressionen** (auch nonverbale) der Mitglieder, arbeiteten beispielsweise auch mit Rollenspielen, andere Therapien dagegen liefen sehr **strukturiert** ab und arbeiteten z.B. eher mit dem Bearbeiten von Hausaufgaben.

Verlauf und Inhalt der Therapien

Die meisten der Therapien begannen mit einer **Einführung und Begrüßung**, innerhalb derer auch die wichtigsten **Ziele und Inhalte der Therapie besprochen** wurden. Zu Beginn der Therapien dominierte meistens noch sehr stark der Therapeut, aber im Laufe der Therapiesitzungen **wuchs** in der Regel stetig die **Interaktion** und das entstehende Zusammengehörigkeitsgefühl zwischen den Mitgliedern. Für das Beenden musste

teilweise vermehrt Zeit eingeplant werden, da dieser Teil der Therapie sich als schwierig herausstellte.

Häufige Themen, die innerhalb der Therapien angesprochen wurden, waren: Einsamkeit, Verluste, Isolation, Pessimismus, Narzissmus, Ängste, Befürchtungen, Hilflosigkeit und persönliche Unsicherheit der Patienten.

Zeitrahmen

Die große Mehrheit der Sitzungen dauerte im **Durchschnitt eine Stunde**. Dabei betrug die kürzeste Therapielänge 30 Minuten und die längste 2 Stunden. Die meisten der Therapiegruppen trafen sich **einmal in der Woche**, wobei zu beachten ist, dass sehr viele Gruppensitzungen auch zwei- bis dreimal wöchentlich stattfanden. Sehr oft wurden ungefähr 10 Sitzungen insgesamt durchgeführt, wobei einige Therapien auch über Jahre liefen. In Bezug auf die Gesamtanzahl der Sitzungen wird keine generelle Richtung ersichtbar (z.B. führten Greenberg et al. (1999) insgesamt nur 10 Gruppensitzungen durch, im Gegensatz zu Boehnlein & Sparr (1993), die ihre Therapie mit älteren Veteranen über 2 Jahre durchführten).

Setting

Es werden ungefähr **gleich viele** der hier geschilderten Therapien innerhalb eines **institutionalisierten Rahmens** (innerhalb einer Psychiatrie bzw. innerhalb eines Pflegeheimes) als auch **ambulant** durchgeführt. Genauso werden auch ungefähr gleich häufig Gruppenpsychotherapien innerhalb einer Psychiatrie als auch im Rahmen eines Pflegeheimes geleitet. Es werden allerdings keine Gruppen beschrieben, **die mit ambulanten und institutionalisierten** Patienten gleichzeitig arbeiten.

Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutiellen

Rahmen

Viele Autoren empfehlen allgemein die Gruppenpsychotherapie bei Älteren in einen **komplexen Behandlungsplan, der die passende Medikation, Aktivitäten, und Patient- bzw. Familienschulung beinhaltet, zu integrieren**. Innerhalb der Psychiatrien und Pflegeheime muss eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen stattfinden. Viele Veröffentlichungen berichten über die

schwierigen Verhältnisse innerhalb der meisten Pflegeheime sowohl für die Patienten als auch für das betreuende Personal.

Wirkfaktoren und Ergebnisse

Innerhalb der Literatur über Gruppentherapien mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz wird deutlich, dass zusammenfassend prinzipiell innerhalb der meisten Veröffentlichungen Aspekte der „**kurativen Faktoren**“ von Yalom (1975) genannt werden: Dies bedeutet, als Therapieerfolge bzw. Therapieziele werden in der Regel das Aufbauen von Hoffnung, die Universalität, die Gabe von Informationen, der Altruismus, das korrekte Wiederholen, das Zusammenfassen der ursprünglichen Familiengruppe, das Entwickeln von sozialisierenden Techniken, das Nachahmen von Verhalten, das Interpersonelle Lernen, die Gruppenkohäsion, die emotionale Katharsis und die existentielle Faktoren genannt.

Besondere Vorteile der Gruppen- in Abgrenzung zur

Einzelpsychotherapie

Als Vorteile der Gruppen- in Abgrenzung zur Einzeltherapie wird ihre **Kosten-, Zeit- und Ressourceneffizienz** genannt. Außerdem wirkt sie teilweise **weniger angstauslösend** auf die Älteren. Allerdings kommt eine Meta-Analyse, die 94 unterschiedliche psychosoziale Interventionen untersuchte zu dem Ergebnis, dass die individuellen Therapieformate effektiver waren.

Unterschiede bei der Durchführung und den Ergebnissen der

Gruppenpsychotherapie bei älteren im Vergleich zu jüngeren

Teilnehmern

Therapien mit Älteren benötigen **mehr Zeit** und die Therapie muss konkreter in Bezug auf **äußere Umstände** (z.B. Transportschwierigkeiten, passender Ort und Zeit der Therapie, stärkere Rücksicht auf die sensorischen Einschränkungen der Patienten) als auch in Bezug auf **therapeutische Inhalte** (z.B. wird mehr Zeit für die Beendigung der Therapie benötigt) geplant werden. Die Älteren bauen schneller Allianzen und weniger Konkurrenzgefühle untereinander im Vergleich zu jüngeren Gruppenmitgliedern auf. Meistens sind die älteren Menschen innerhalb der Gruppe **geduldiger** und **toleranter** sowohl dem Therapeuten als auch den anderen

Gruppenmitgliedern gegenüber. Der Inhalt der Therapie muss **klarer, einfacher und zielorientierter** im Vergleich zu den Therapien sein, die bei jüngeren Menschen durchgeführt werden.

Generell wird nahezu innerhalb jeder Veröffentlichung hervorgehoben, dass die Gruppenpsychotherapie die **soziale Isolation der Älteren reduziert** und neue **Freundschaften** durch sie aufgebaut werden können. Sie **vergrößert das Selbstbewusstsein** der Älteren und kann häufig zumindest einen gewissen Teil ihrer **Abhängigkeit verringern**. Eine Studie, zwei Übersichten und eine Meta-Analysen berichten zusätzlich, dass die Gruppenpsychotherapie die **depressiven Symptome** der älteren Menschen erfolgreich **senkten**. Eine weitere Studie betont, dass auch die Depressionen dementer Patienten durch eine Gruppenpsychotherapie gesenkt werden konnte. Eine Meta- Analyse betont, dass die Therapien den **affektiven Status der Patienten positiv beeinflussen** können. Die Gruppenpsychotherapie wird speziell auch in der Anwendung bei älteren Menschen, die unter einer **Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, als sehr erfolgreich** beschrieben. Generell wurden die Therapien aber eher als Ergänzung zu einer medikamentösen Therapie angesehen, da sie **die Depression nicht stärker als die Psychopharmakotherapie reduzieren** konnte (teilweise sogar als weniger effektiv galten). Insgesamt kommen alle der hier dargestellten Veröffentlichungen zu positiven Ergebnissen der Therapie, wobei allerdings die Tatsache beachtet werden muss, dass nahezu **alle der positiven Ergebnissen** nicht auf validierten Studien beruhen, sondern **auf reinen Fallbeschreibungen basieren**.

5.4 Life-Review und Reminiscence-Therapie

5.4.1 Literaturüberblick

In den 60er Jahren wurden in den USA die ersten Reminiscence Therapien und Life-Review-Therapien durchgeführt. Die ersten Veröffentlichungen über das Thema erschienen allerdings erst 10 Jahre später in den 70er Jahren (Burnside 1990; Kovach 1995).

In der Literatur wird das Thema des „Reminiscence“ im Alter aus verschiedenen Blickwinkeln heraus beleuchtet. Auf der einen Seite untersuchen und beschreiben viele Artikel den komplexen Vorgang des Erinnerns an vergangene Erlebnisse und Zeiten an sich bei älteren Menschen. Auf der anderen Seite wird über „Reminiscence“ als häufige in den verschiedenen Bereichen des klinischen Alltags eingesetzte Therapieform berichtet.

Um wenigstens als Hintergrund einen groben Überblick über die Literatur zu bekommen, die den eigentlichen Vorgang des Erinnerns untersucht, wird zu Beginn des Kapitels kurz ein Überblick über einige Ergebnisse dieses Forschungszweiges gegeben.

Life-Review-Therapie

Bei der Durchsicht der Literatur wurde ein ungefähr ausgeglichenes Verhältnis der Verteilung sichtbar. In Abgrenzung zur Literatur der anderen Therapien, fand sich etwa die gleiche Anzahl an Studien, Fallberichten und Übersichtsartikeln.

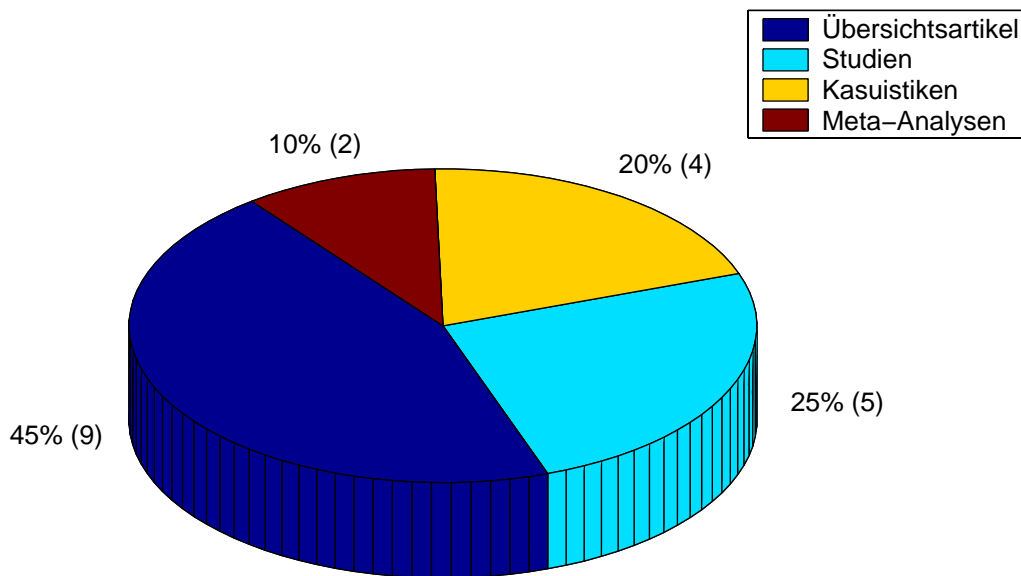


Abbildung 6: Publikationsarten zur Life-Review-Therapie (n=20)

Reminiscence-Therapie

Auch bei der Reminiscence-Therapie wird ein verhältnismäßig großer Anteil an Studien deutlich. Es fällt ebenso der hohe Anteil der Texte auf, die nur über den Vorgang des Erinnerns an sich und nicht über die spezielle Therapie berichten.

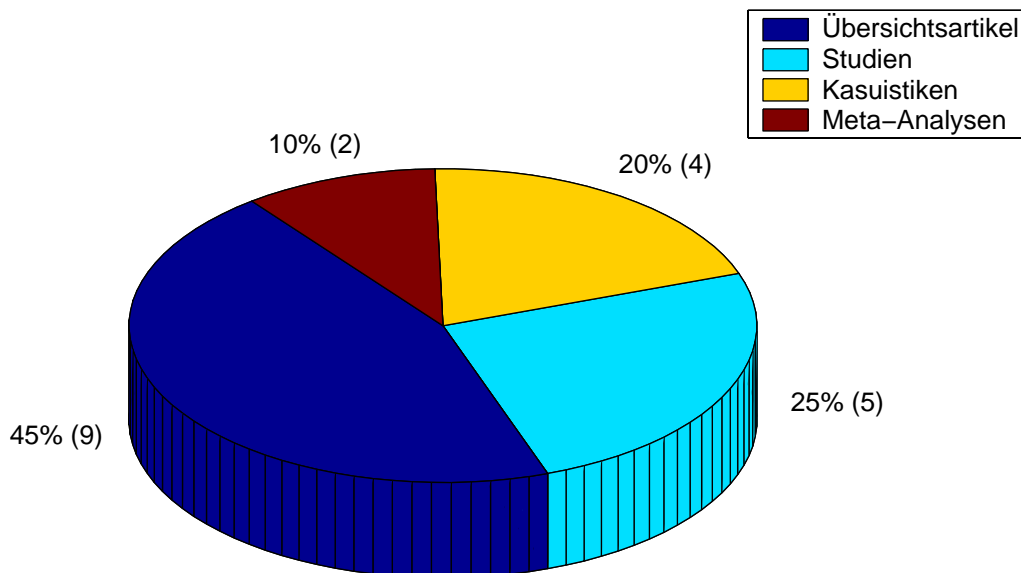


Abbildung 7: Publikationsarten zur Reminiscence-Therapie (n=20)

5.4.2 Konzepte

5.4.2.1 Generelle Forschungsergebnisse und Konzepte zu dem Vorgang des Erinnerns bei älteren Menschen

In diesem Sinn wird der Vorgang des Erinnerns häufig in Veröffentlichungen als normale Erscheinung im Alter definiert, die geschlechtsspezifisch ablaufen kann (Stevens-Ratchford 1992). David (1990) betont den möglicherweise unterschiedlich ablaufenden Prozess des Erinnerns zwischen Frauen und Männer. In seiner Studie weisen berentete Männer (besonders allein stehende Männer) eindeutig, nachdem sie ihre Erinnerungen bewusst bewertet und einen Lebensrückblick durchgeführt hatten, eine wesentlich höhere positive Adaption als die berenteten Frauen auf. Kovach (1991) betont den unmittelbaren Zusammenhang des persönlichen Erinnerns und des eigenen Selbstbewusstseins. In dem Fall, dass der Inhalt des eigenen Erinnerns die eigene persönliche Bedeutung, die Ursprünge, die Fähigkeiten, die Stärken und die erfolgreichen Lösungsstrategien auf frühere Konflikte bestätigt, wird angepasstes Verhalten und ein positives Selbstbewusstsein folgen. Es wird zwischen bestätigendem und betauerndem Erinnern unterschieden. Staudinger et al. (1992) untersuchten, inwieweit ältere Menschen genauso fähig wie jüngere Menschen sind, über eine fiktive Person anhand weniger Daten einen imaginären Lebensrückblick zu erstellen. Das Ergebnis besagt, dass kein Unterschied zwischen den beiden Altersgruppe beim Lösen dieser Aufgabe existiert. Wong & Watt (1991) identifizierten 6 verschiedene Arten des Erinnerns: (1.) das integrative, (2.) das instrumentelle, (3.) das erzählende, (4.) das übertragende, (5.) das entweichende, (6.) das obsessive Erinnern. Sie untersuchten an insgesamt 170 älteren Menschen, welche Erinnerungsarten mit erfolgreichem Altern korreliert waren und kamen zu dem Ergebnis, dass die Älteren, die erfolgreich älter wurden, mehr integratives und instrumentelles Erinnern benutzten. Ältere mit eher erfolglosem Altern wendeten mehr das obsessive Erinnern an. Generell wendeten insbesondere institutionalisierte Ältere, mehr als die allein lebenden älteren Studienteilnehmer, das obsessive Erinnern an. Fry (1991), Barnett (1995), Cully et al. (2001) kamen jeweils bei ihren Studien zu den Ergebnissen, dass die Frequenz des Erinnerns in Zusammenhang mit bestimmten Faktoren des eigenem Wohlbefindens, der Persönlichkeit, der negativen Lebensereignisse und der Freude am Erinnern steht. Lois

& Nehrke (1990) und Cook (1991) berichten nach ihren in einem Pflegeheim durchgeführten Studien, dass das Erinnern im Sinne eines Lebensrückblickes positiv korreliert mit dem Erlangen der Ich-Integrität (im Sinne des erlangten achten und letzten Stadiums nach Erikson) bei ihren 30 untersuchten Klienten war. Einige Artikel beschreiben „Reminiscence“ in dem Zusammenhang, dass es Krankenschwesterschülerinnen in den USA als Lehrtechnik beigebracht bekommen, um ihre Kommunikationsfähigkeiten gegenüber den Patienten zu verbessern (Puentes 2000).

5.4.2.2 Konzepte

Life-Review und Reminiscence-Therapie

Die Lebensrückblickinterventionen Life-Review und Reminiscence bieten eine Erweiterung therapeutischer Ansätze speziell für das spätere Lebensalter an. Sie stehen im Zusammenhang mit der im Alter besonders häufig anzutreffenden Tendenz zu temporalen, kognitiven Vergleichsprozessen zur Aufrechterhaltung des subjektiven Wohlbefindens und zur Sinnfindung. Die verschiedenen therapeutisch eingesetzten Lebensrückblickformen variieren sehr stark voneinander. Insbesondere kann zwischen strukturierten und nichtstrukturierten Interventionen, sowie zwischen Lebensrückblick mit und ohne kognitiven (inklusive Sinnfindungs-) Interventionen unterschieden werden. Eine strukturierte Form einschließlich kognitiver Interventionen wurde erfolgreich bei älteren Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung angewandt (Maercker 2000). Die Reminiscence-Therapie dürfte der Literatur nach zu schließen eine der am weitesten verbreiteten Therapieform für ältere Menschen darstellen (Fuchs 1992). Beide Therapietechniken können dabei helfen die letzte bzw. achte Entwicklungsaufgabe nach Erikson zu lösen und die Lebensqualität der späteren Jahre zu vergrößern (Moore 1992).

Life-Review-Therapie

Die Life-Review-Therapie basiert auf der Arbeit von Butler (1963), der von den psychodynamisch beeinflussten Theorien der Lebensstadien von Erik Erikson wiederum beeinflusst war. Das Ziel der Therapie ist es ungelöste vergangene Konflikte zu lösen, Akzeptanz und die Ich-Integrität im Sinne von Erikson zu erreichen (Gatz et al. 1998;

Giltinan 1990; Waters 1990). Es soll zur Versöhnung von Familienbeziehungen kommen, zur Übertragung von Wissen und Werten, zum erneuten Aufbauen eines bedeutsamen Lebens (Bonhote et al. 1999). Das Life-Review kann entweder zeitlich chronologisch mit halboffenen strukturierten Fragen erfolgen, oder es wird themenzentriert durchgeführt (Heuft & Lohmann 1995). Waters (1990) betont nachdrücklich, dass die Therapie sowohl individuell als auch mit Gruppen durchgeführt werden kann. Ebenfalls hält er fest, dass auf der einen Seite die Therapie den Älteren hilft, die Art und Weise wie sie ihr Leben geführt haben, zu würdigen und zu schätzen und vergangene Probleme zu lösen. Auf der anderen Seite muss beachtet werden, dass die Gefahr besteht, dass durch die Life-Review-Therapie bei dem älteren Menschen, der sehr unzufrieden mit seinem Leben ist, ein Gefühl der Traurigkeit und eine Depression ausgelöst werden kann.

Reminiscence-Therapie

Von vielen Autoren wird die Aufgabe der Reminiscence-Therapie darin gesehen, in einem bewusst vollzogenem Abschied, der einen Neubeginn ermöglicht, die Krise zu einer Entwicklungsstufe werden zu lassen (Fuchs 1990). Durch die Reminiscence-Therapie soll der Patient lernen, sein eigenes Leben mit seinen Erfolgen und Niederschlägen zu akzeptieren, bisher noch ungelöste Konflikte zu lösen und neue Zukunftsziele zu entwickeln, um seinem Leben wieder eine größere Bedeutung zu geben (Arian et al. 1993). Die Reminiscence-Therapie versucht durch Ausnutzung des meist noch gut erhaltenen Langzeitgedächtnisses der älteren Menschen die Erinnerungen und damit geistige Aktivität wachzuhalten (Faust & Tenter 1999). Fielden (1992) beschreibt die Therapie als akzeptierte, einfache und sehr beliebte und dementsprechend häufig angewendete Methode vergangene Erinnerungen und Erfahrungen zu nutzen, um ein besseres Verstehen der gegenwärtigen emotionalen Leiden zu verstehen. Die Reminiscence-Therapie wird mittlerweile hoch frequentiert bei älteren Depressiven als Teil eines Aktivitätsprogramms angewendet (Morris & Morris 1991).

5.4.3 Gegenüberstellung und Abgrenzung der beiden unterschiedlichen Therapiekonzepte

Die Reminiscence-Therapie ist typischerweise weniger strukturiert als die Life-Review-Therapie. Viele der Sitzungen sind zeitlich chronologisch aufgebaut und betonen die angenehmen Erinnerungen (Gatz et al. 1998). Die Life-Review-Therapie beschreibt die bewusste Sammlung von Ereignissen und Gefühlen einer spezifischen Lebensgeschichte, die nicht notwendigerweise schriftlich fixiert sein muss. Die Reminiscence-Therapie stellt das Erinnern vergangener Ereignisse oder Gefühle ohne irgendein spezifisches Ziel und ohne Versuch auf Vollständigkeit in Hinblick auf den Lebenslauf dar (Heuft & Lohmann 1995). Oft stehen bei der Reminiscence-Therapie mehr die Förderung der Kommunikation und Kommunikationsfähigkeiten in der Gruppe und zwischen Patient und Krankenschwester im Vordergrund. Hingegen wird bei der Life-Review-Therapie gezielter die Vergrößerung des Selbstbewusstseins, die Reduzierung von depressiven Symptomen, die Entwicklung einer Ich-Integrität, die Fähigkeit sein Leben als eine zusammengehörende Geschichte zu sehen in den Vordergrund gestellt. Es geschieht eine tiefere, persönlichere Einsicht in die Vergangenheit, die im Gegensatz zur Reminiscence Therapie auch die ganze Lebensspanne beinhalten kann. Die Vergangenheit und das eigene Bewusstsein wird mehr geprüft und bewertet, wogegen bei der Reminiscence-Therapie die vergangenen Erlebnisse eher nur wieder abgerufen werden (Haight & Burnside 1992, Burnside & Haight 1994). Von vielen Autoren wird die Life-Review-Therapie als intensiver, formaler und strukturierter in Abgrenzung zur Reminiscence-Therapie beschrieben (Haight & Dias 1992). Erhardt et al. (1997) beschreiben die Life-Review-Therapie als eher psychoanalytisch und die Reminiscence-Therapie eher als humanistisch orientiert. Die beiden Therapiearten, insbesondere die Reminiscence-Therapie, können in dem Format einer Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden (Gatz et al. 1998; Puentes 2003; Burnside 1990; Soltys & Coats 1995; Ashton 1993; Finnema et al. 2000). In der Literatur kristallisiert sich heraus, dass die Life-Review-Therapie häufiger als Einzel- und die Reminiscence-Therapie als Gruppentherapie beschrieben werden (Burnside & Haight 1992; Burnside & Haight 1994). Haight & Dias (1992) kamen zu dem Ergebnis, dass die Therapieform mit dem höchsten Therapiewert die individuelle, strukturierte, bewertende Life-Review-Therapie ist. Die Patienten hatten innerhalb einer

Gruppentherapie allerdings mehr Freude und konnten mehr soziale Unterstützungssysteme aufbauen. Sie empfehlen, die Life-Review-Therapie individuell und die Reminiscence-Therapie in einem Gruppensetting durchzuführen. Kontrovers dazu, beschreibt Waters (1990) wiederum in seinem Artikel die besonderen Vorteile der in einer Gruppe durchgeführten Life-Review-Therapie. In einer Meta-Analyse von Haight (1991) über verschiedene Reminiscence und Life-Review-Therapien sah das Verhältnis der untersuchten Studienergebnisse folgenderweise aus: 21 untersuchte Studien untersuchten Gruppentherapien und 20 Studienergebnisse von Einzeltherapien lagen vor, 10 allgemeine Berichte über Gruppentherapien und 39 Berichte über Einzeltherapien wurden beschrieben. Burnside (1990) sieht als einen weiteren Unterschied der beiden Therapien, dass die Reminiscence-Therapie keine Angst bei dem Patienten erzeugt und keine Verluste der Patienten betont. Es sollen eher Lebensentscheidungen und das eigene Selbstbewusstsein verstärkt werden. Der Leiter einer Life-Review-Therapie sollte eher psychoanalytisch orientiert sein und die menschlichen Entwicklungsstadien und Abwehrmechanismen kennen. Der Leiter einer Reminiscence-Therapie sollte vor allem psychosozial orientiert sein. Aufgrund dieser zahlreichen Unterscheidungen werden die beiden Therapieansätze innerhalb dieses Artikels getrennt aufgeführt.

5.4.4 Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Life-Review-Therapie

Generell wird in der Literatur beschrieben, dass Krankenschwestern die Life review- und Reminiscence Techniken durchführen. Giltinan (1990) berichtet über einen sehr direkten Stil, den die Therapeuten annehmen mussten, um die oft abschweifenden Themen wieder auf die eigentlichen, vorgesehenen Themen zurückzuführen. Selten leiten Beschäftigungs-therapeuten eine Life-Review-Therapie (Carlson et al. 1995).

Bei Stevens-Ratchford (1993) wird festgelegt, dass sich der Leiter nur minimal beteiligen soll. Er fordert die Mitglieder nicht gezielt auf, sich zu beteiligen. Sämtliche Beiträge der Gruppenmitglieder sollten möglichst freiwillig erfolgen.

Reminiscence-Therapie

Wie bei der Life review Therapie führten in den meisten beschriebenen Berichten, besonders in den USA, Krankenschwestern die Reminiscence-Therapie durch (Burnside 1990; Burnside & Haight 1994; 1992, Retz 1995; Moore 1995; Jones 2003; Jonsdottir et al. 2001). Im Gegensatz dazu wurden bei der Fallbeschreibung von Fuchs (1991) die Gruppen von einem Psychiater durchgeführt. Dieser Psychiater hatte besonders die Aufgabe, innerhalb der Gruppendiskussionen stetig den Bezug zur Gegenwart wieder herzustellen. Fielden (1990), Stones et al. (1993), Hern & Weis (1991), Head et al. (1990) und Arian et al. (1993) beschreiben, dass ein Psychologe die jeweiligen Gruppen leitete.

Als Voraussetzung auf Seiten des Leiters wird neben Kenntnissen über bestimmte psychiatrische Krankheiten auch ein genaues Verständnis des Gruppen- und Altersprozesses genannt. Der Leiter sollte die einzelnen Mitglieder sehr genau beobachten (Moore 1995). Es wird häufig ein Co-Leiter empfohlen, um jedem Mitglied ausreichend individuelle Aufmerksamkeit gegenüber schenken zu können. Sie sollten realistische Einschätzungen über das Potential des jeweiligen Patienten haben. Die jeweilige Sitzung sollte nach ihrer Beendigung von beiden Therapeuten bewertet und dann zusammen besprochen werden. Die Therapeuten sollten generell schnell reagieren, geduldig sein und alle Patienten ermutigen können (Ashton 1993; Moore 1995). Bei Bachar et al. (1991) wurde die Gruppe ebenfalls von zwei Therapeuten geleitet. Die Therapeuten sollten zur Erleichterung bei eher zähem Diskussionsbeginn mit offenen Fragen, speziellen Triggern oder dem Erzählen eigener Erinnerungen arbeiten. Vor einer Sitzung muss genau geplant werden, ob diese Therapieform die passendste ist, ob die Patientenzahl bzw. Patientenzusammensetzung, das Setting etc. richtig gewählt sind. Als besonders wichtig wird das bewusste Auswählen eines passenden Themas für jede Sitzung erachtet (Haight & Burnside 1994). Haight & Dias (1992) empfehlen eine sehr wenig strukturierte Form der Therapie und damit eine starke Zurückhaltung des Leiters: Die Gruppe soll eine eigene, selbständige Dynamik entwickeln. Burnside (1993) und Moore (1995) betonen, dass der Therapeut sehr auf evtl. Widerstände und schwierige therapeutische Stadien der Gruppenmitglieder achten soll. Bei dem Auftreten von Widerständen soll das auslösende Thema gewechselt bzw. der problematische Prozess beendet werden. Jones (2003) rät, dass die Therapeuten offene

Fragen über die Vergangenheit stellen sollen. Sobald die Patienten allerdings zu sehr abschweifen, müssen direkte Fragen angewendet werden, um die Patienten wieder in die Gegenwart zurück zu holen. Die Therapeuten verwendeten Kommunikationstechniken wie das Fokussieren, Reflektieren und Umformulieren. Die Familien der Patienten wurden von den Therapeuten gezielt über den therapeutischen Verlauf informiert. Insgesamt hatten die Therapeuten fast immer die Aufgabe die Diskussionen zu beginnen (Youssef 1990). Der Leiter soll Lehrer und Rollenmodell für die Patienten sein. Er muss Wärme und ehrliches Interesse ausstrahlen. Er sollte besonders bei älteren kognitiv eingeschränkten Patienten auf evtl. Seh-, Hör- und Bewegungsmängel achten. Das Anwenden von Berührungen bei den älteren Patienten wird empfohlen (Hern & Weis 1991). Kovach (1995) und Syltys & Coats (1995) verlangen genaue Kenntnisse des Leiters über den physischen, familiären und psychosozialen Hintergrund der Patienten. Ashton (1993) empfiehlt speziell auch bei sehr stark kognitiv eingeschränkten Patienten möglichst viele Informationen über die einzelnen Gruppenmitglieder, über ihre Interessen, Fähigkeiten, Ressourcen vor und während der Therapie in Erfahrung zu bringen. Selten leiten auch Beschäftigungstherapeuten eine Reminiscence-Therapie (Carlson et al. 1995).

5.4.5 Gruppenzusammensetzung

5.4.5.1 Alterszusammensetzung

Life-Review-Therapie

Bei der Untersuchung von Haight (1992) lag das Durchschnittsalter bei 77 Jahren. Bei der Untersuchung von Stevens-Ratchford (1992) und Haight et al. (1998) lag es bei 79,6 Jahren. Speer (1994) berichtet von einem hohem Durchschnittsalter von 87,6 Jahren. In dem Überblick von Loebach Wetherell (1998) beschreibt sie nur, dass die Patienten über 60 Jahre alt waren.

Reminiscence-Therapie

Bei der von Fuchs (1991) durchgeführten Therapie betrug das Durchschnittsalter 69 Jahre. Das Durchschnittsalter der Reminiscence-Therapie, die in Kombination mit Tai Chi bei Alzheimer Patienten angewandt wurde, lag bei 79,7 Jahren (Gibb et al. 1997). In der Studie von Jones (2003) und Cook (1991) lag das Durchschnittsalter bei 81,5

Jahren. Deutlich niedriger war das mittlere Alter, mit ungefähr 67 Jahren, bei der Untersuchung von Arean et al. (1993) und Klausner et al. (1998). Die Reminiscence Gruppen innerhalb der Studie von Youssef (1991) wurden in zwei Altersgruppen aufgeteilt: Die erste Gruppe umfasste Mitglieder die zwischen 65 bis 74 Jahre alt waren, die 2. Gruppe beinhaltete Frauen über 74 Jahre. Das Alter bei der Studie von Hern & Weis (1991) reichte von 85 bis 99 Jahre. Burnside (1993) führte ihre Reminiscence Gruppen nur mit weiblichen Gruppenmitgliedern durch. Das Durchschnittsalter betrug 74,2 Jahre.

5.4.5.2 Geschlechterverhältnis und Gruppengröße

Life-Review-Therapie

Giltinan (1990) arbeitete mit einer Gruppe von 6 weiblichen Teilnehmern. Bei Weiss (1994) wird eine Gruppengröße nicht unter 4 und nicht über 12 Mitglieder empfohlen. In der Studie wird mit 10 Mitgliedern in einer Gruppe gearbeitet. Bei Stevens-Ratchford (1992) werden die Gruppen geschlechtergetrennt durchgeführt. Es gibt eine reine Männer- bzw. Frauengruppe. Fuchs (1991) untersuchte Gruppen mit je 6-8 Patienten. Es waren nur ¼ der Studienteilnehmer Männer. Speer (1994) leitete eine Gruppe bestehend aus 4 Männern und 5 Frauen. Nach Beendigung der Therapie wird allerdings empfohlen, aufgrund der erheblichen Hör- und dementsprechend folgenden Kommunikationsprobleme, generell Gruppen eher mit einer Größe von 4-5 Personen durchzuführen. McCloskey (1990) betont, dass er eher kleinere Gruppengrößen bei der Durchführung der Life review Therapie als sinnvoll erachtet.

Reminiscence-Therapie

In der Literatur wird meistens beschrieben, dass es schwierig ist eine Gruppe unter 4 Mitgliedern zu leiten. Dementsprechend wird eher eine größere Mitgliederanzahl von 6-10 Personen angestrebt (Haight & Burnside 1994). Lowenthal & Marrazzo (1990) führten ohne Co-Leiter die Gruppen mit 5-9 Mitglieder und mit Co-Leiter mit 10-16 Klienten durch.

In der Literaturlauswertung wurde sichtbar, dass viele Gruppen aus nur weiblichen Mitgliedern bestanden: Burnside (1993) führte ihre Reminiscence Gruppen nur mit weiblichen Gruppenmitgliedern durch. Das Durchschnittsalter betrug 74,2 Jahre.

Ebenso leitete auch Jones (2003) eine Reminiscence-Therapie, die nur aus 15 weiblichen Mitgliedern bestand. In der Studie von Youssef (1991) war die Gruppenmitgliederanzahl mit jeweils 20 Mitgliedern auffallend hoch. Alle Teilnehmer waren auch hier Frauen. Ebenfalls in der Studie von Hern & Weis (1991) bestand die Gruppe ausschließlich aus 6 Frauen, die in einem Langzeitpflegeheim wohnten.

Ashton (1993) empfiehlt bei einer Gruppe mit dementen Patienten, nicht mehr als 6 Mitglieder zuzulassen. Bachar et al. (1991) arbeiteten mit einer Gruppengröße, die zwischen 4 bis 10 Patienten variierte.

Fast innerhalb jedes Artikels wird beschrieben, dass zumindest die Mehrheit der Gruppenmitglieder aus Frauen bestand. In der Studie von Jonsdottir et al. (2001) bestand die Gruppe aus 10 Frauen und zwei Männern. Bei den einzelnen Sitzungen waren jeweils 5-8 Klienten anwesend. Bei Moore (1992) bestand die Gruppe aus 3 Männern und 5 Frauen. Gibb et al. (1997) beschreiben eine Gruppe mit 3 Männer und 6 Frauen. Fielden (1990) leitete eine Gruppe bestehend aus 11 Frauen und 4 Männern mit einem Durchschnittsalter von 74 Jahren. Cook (1991) beschreibt eine Reminiscence Gruppe, die aus 7 Frauen und 2 Männern bestand. Bei Klausner et al. (1998) betrug das Frauen-Männer-Verhältnis 60 % zu 40 %. Insgesamt waren in der Gruppe 6 Teilnehmer. Eine Mehrheit an weiblichen Gruppenmitgliedern herrschte auch in der Studie von Leary & Nieuwstraten (2001), da hier 6 Frauen und nur ein Mann die Gruppe bildeten. Head et al. (1990) arbeiteten in ihrer Studie erst mit einer Gruppengröße von 6 dementen Patienten, danach mit einer Gruppengröße von 12 dementen Patienten.

5.4.5.3 Diagnosen und Indikationen

Life-Review-Therapie

Die Bandbreite an Diagnosen und Indikationen ist relativ groß in Bezug auf die Anwendbarkeit der Life-Review-Therapie. Sie reicht von bei Giltinan (1990) und Stevens-Ratchford (1992) untersuchten, selbstständig und allein lebenden, psychisch gesunden Frauen bis zu Patienten, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten (Maercker & Zöllner 2002). In der Studie von Weiss (1994) wird die Life-Review-Therapie mit Bewohnern eines Langzeitpflegeheimes durchgeführt, in dem ein sehr heterogenes Patientenkontinuum herrschte. Es wurde die Schlussfolgerung gezogen,

dass die Patienten mit gleichen kognitiven Fähigkeiten und Bedürfnissen in eine gemeinsame Gruppe eingeteilt werden sollten. Heterogen zusammengesetzte Gruppen wiesen oft eine starke Spannung zwischen den Mitgliedern auf. Dies minderte oft stark das Kohäsionsgefühl und Vertrauen innerhalb der Gruppe. Puentes (2003) führte seine Therapie mit Patienten, die an affektiven Symptomen litten, durch. Haight et al. (1998) und (2000) arbeiteten in ihren Studien mit neu eingezogenen bzw. seit 3 Jahren lebenden Bewohnern eines Langzeitpflegeheimes. Speer (1994) leitete eine Gruppe mit depressiven Patienten eines Langzeitpflegeheimes. In dem Überblick von Loebach Wetherell (1998) wird beschrieben, wie die Therapie mit Patienten durchgeführt wurde, die unter einer Angststörung litten. Waters (1990) betont ausdrücklich, dass die Therapie sowohl mit institutionalisierten älteren Menschen als auch mit älteren Menschen, die unabhängig innerhalb einer Gemeinde leben, durchführbar ist. McCloskey (1990) führte die Therapie mit einer Gruppe von dementen Patienten durch.

Reminiscence-Therapie

Innerhalb des Fallberichtes von Lowenthal & Marrazzo (1990) wird besonders hervorgehoben, dass in Abgrenzung zu den meisten anderen Reminiscence Gruppen auch Patienten mit einer akuten Psychose als Gruppenmitglieder zugelassen wurden. Fuchs (1991) und Garner (2003) beschreiben die Reminiscence-Therapie als besonders geeignet bei Patienten, die unter einer Depression leiden oder sich in einer starken Krise befinden. Fuchs (1991) führte die Gruppen in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik durch, so dass Patienten mit Psychosen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen in den Gruppen partizipierten. Rentz (1995), Gibbet al. (1997), Ashton (1993), Coaten (2001), Ashida (2000), Tenter & Faust (1999) und Head et al. (1990) beschreiben Reminiscence-Therapien, deren Teilnehmer Alzheimer Patienten waren. Bachar et al. (1991) untersuchten in ihrer Studie die Wirkung des Gruppen-Reminiscence auf hospitalisierte, depressive Ältere. Bei der Untersuchung von Jones (2003) wurde mit depressiven Frauen innerhalb eines Betreuten Wohnens gearbeitet. Es werden auch Gruppen-Reminiscence-Therapien mit somatisch kranken Patienten, beispielsweise mit Patienten, die unter einer chronischen Lungenerkrankung im Endstadium leiden, geleitet (Jonsdottir et al. 2001). Fielden (1990) führte ihre Gruppen mit Bewohnern eines Betreuten Wohnens durch. Cook (1991), Youssef (1990), Hern & Weis (1991) und O'Leary & Nieuwstraten (2001) arbeiteten mit Bewohnern eines Pflegeheimes. Diese

Klienten waren oft sehr isoliert und zurückgezogen. Die Studien von Arean et al. (1993), Klausner et al. (1998), Youssef (1990) und die Übersicht von Morris & Morris (1991) berichten über Anwendungen der Reminiscence-Therapie bei depressiven Patienten. Ashton (1992) und Jones (2003) empfehlen, geschlechtergetrennte Gruppen durchzuführen. Möglichst homogene Gruppen sollen aufgebaut werden. Patienten mit eher gleichem Alter, Lebensstil, Hintergrund, mentalen Fähigkeiten und Intelligenzlevel werden in eine Gruppe eingeteilt. Fielden (1990) dagegen empfindet die Gruppentherapie als besonders erfolgreich, wenn zufriedene, gut angepasste Patienten gemeinsam mit psychisch gestörten, unzufriedenen Patienten behandelt werden.

5.4.6 Auswahlkriterien

Life-Review-Therapie

Weiss (1994), Stevens-Ratchford (1993), Lois & Nehrke (1990) nennen folgende Ausschlusskriterien: Hör-, Seh- und kognitive Defizite der Klienten. Die Patienten sollten fähig sein, angemessen von einer Gruppentherapie zu profitieren. Stevens-Ratchford (1992) verlangt außerdem, dass kein Patient unter Depressionen leidet. In der Studie von Haight et al. (1992, 1998 und 2000) ist die Aufnahmebedingung, dass die Teilnehmer frei von Depressionen, über 60 Jahre und vor allem zu Person, Zeit und Ort orientiert sein müssen. Moore (1992) sieht die Life-Review-Therapie als ungeeignet für ältere Menschen mit ungelösten Problemen an.

Reminiscence-Therapie

Burnside (1990) nennt als Gründe gegen die Durchführung einer Reminiscence-Therapie bei einem Klienten: Keine Bereitschaft irgendeinen Abschnitt seines Lebens zu offenbaren, starke körperliche Schmerzen, paranoide Gedanken und Verhalten. Ashton (1992), Jones (2003) empfehlen keine Reminiscence-Therapie bei sehr stark kognitiv und physisch eingeschränkten Patienten. Sie führen aus diesen Gründen den MMSE (Mini Mental State Examination) Test bei jedem potentiellen Gruppenmitglied zur Überprüfung seiner kognitiven Fähigkeiten durch. Als nicht therapiefähig sehen sie außerdem Patienten an, die nicht gerne ihre Gefühle in einer Gruppe besprechen. Fielden (1990) bezeichnet sowohl Patienten mit psychischen Problemen, als auch psychisch völlig gesunde Patienten als geeignet für die Therapie. Cook (1991) gibt als

Ausschlusskriterien an: Unfähigkeit eines Patienten, die Landessprache zu sprechen, psychische Krankheiten und organischen Hirnschäden. Sie müssen allgemein fähig sein, sich an einem Gruppenprozess eine Stunde lang adäquat beteiligen zu können (dementsprechend ausreichende Hörfähigkeiten besitzen). Arean et al. (1993) gaben als Ausschlusskriterien an: Bipolare Störungen, Demenz, endogene Depression, Borderline, Persönlichkeitsstörungen und eine Abhängigkeit der Patienten. Die Studienteilnehmer durften zusätzlich keine Medikamente einnehmen oder in einer anderen psychotherapeutischen Behandlung sein. Die Teilnehmer der Studie von Klausner et al. (1998) mussten frei von einer Psychose und kognitiv intakt sein. Auch in der Studie von Youssef (1990) wurde betont, dass die Patienten nicht psychisch krank sein dürfen. Sie sollten gut hören, angepasst auf Fragen antworten und schreiben können.

5.4.7 Technische Aspekte

Life-Review-Therapie

Giltinan (1990) benutzte alte Photos, um die anfänglich etwas schleppenden Diskussionen etwas zu erleichtern. Puentes (2003) beschreibt wie Life-Review-Techniken als Ergänzung zu einer kognitiven Therapie eingesetzt werden. Die Therapie bei Speer (1994) wurde innerhalb eines zeitlimitierten, semi-strukturierten Formates geführt. In dem Überblick von Loebach Wetherell (1998) beschreibt sie eine Gruppe, die mit Journalen und Genogrammen arbeitet. Speer (1994) empfiehlt aufgrund des erheblichen Problems der Hörschwierigkeiten der Patienten, den Raum mit kleinen Mikrofonen auszustatten und sich nah nebeneinander in einen Kreis zu setzen. Waters (1990) beschreibt in seiner Übersicht 4 Kategorien, durch die innerhalb der Life review Therapie die Gruppenleiter versuchen können, die Erinnerungen der Patienten zu stimulieren: (1.) Durch das bewusste Einsetzen von Musik (Aufnahmen oder auch gemeinsames Singen ist dabei möglich) können Erinnerungen der Älteren abgerufen werden. (2.) Gerüche und Düfte (z.B. von Essen, Parfümen, Blumen usw.) können benutzt werden, um Erinnerungen auszulösen. (3.) Das gezielte Fragen der Patienten nach bestimmten vergangenen Zeiten oder Ereignissen (z.B. an denen sie sich besonders traurig, froh, ängstlich gefühlt haben) kann Erinnerungen stimulieren. (4.) Bestimmte Gegenstände (wie z.B. alte Photographien, Schulbücher, Zeitungen, Grußkarten, Wahlbuttons, alte Haushaltgeräte usw.) sind eine weitere Möglichkeit innerhalb einer

Gruppe älterer Menschen zu bewirken, dass über Erinnerungen an die Vergangenheit gesprochen wird. McCloskey (1990) beschreibt eine Gruppe mit dementen Patienten, innerhalb derer durch den gezielten Einsatz von Musik ein gemeinsames Erinnern stimuliert werden sollte.

Reminiscence-Therapie

Klausner empfiehlt, dass eine Therapie sowohl kurz, praktisch und hoch strukturiert sein als auch auf die Identifikationen und das Erreichen individueller Ziele fokussiert sein soll.

Burnside & Haight (1994) empfehlen vor und während der Sitzungen verbale und schriftliche Verträge mit den Patienten zu machen. Die Leiter und Mitglieder sollten Namensschilder tragen. Während bzw. auch nach den Sitzungen sollten Erfrischungen gereicht werden. Es können viele Techniken, wie die sensorischen Stimulationen, Poetik, Kunst, mündliche oder schriftliche Übungen und gegenseitiges Vorlesen mit der eigentlichen Reminiscence-Therapie kombiniert werden. Der bewusste Einsatz von Gedichten als erfolgreiches Mittel einen leichteren Einstieg in Diskussionen über bestimmte, vorgesehene Themen zu erreichen, wird von Fuchs (1991) und Jonsdottir et al. (2001) beschrieben. Burnside (1993) formuliert, dass bei der Auswahl der Diskussionsthemen das Geschlecht, die geographische Zugehörigkeit, die Kohortengruppe und kulturellen Hintergründe der Gruppenmitglieder und weniger die Neugier des Leiters einfließen müssen. Sie arbeiteten mit Themen, welche durch eine von ihr durchgeführte Studie als besonders erfolgreich bewertet wurden: (1.) Lieblingsferien, (2.) Erstes Haustier, (3.) Erster Job. Lowenthal & Marrazzo (1990) und Cook (1991) empfehlen die Therapien sehr strukturiert zu führen. Die Technik, keine negativen Erinnerungen in dem Gespräch der Mitglieder zuzulassen, um negative Selbstbewertungen zu verhindern, wird als erfolgreich beschrieben. Es wurde herausgefunden, dass nach Fragen zu bestimmten Zeit- oder Ortsveränderungen in ihrem Leben die meisten Mitglieder aktiv über ihre positiven Erinnerungen berichteten. In der Studie von Stevens-Ratchford (1992) und Jones (2003) wurden hingegen auch negative Erinnerungen besprochen. Als Hilfsmittel, um spezielle Erinnerungen ins Gedächtnis zu rufen, wurden kleine Videos über bestimmte Orte, Ereignisse und Menschen der jeweiligen Zeit eingesetzt. Die Videos waren begleitet von klassischer oder jeweils der Zeit angepasster Musik. Auch Jones (2003) beschreibt, dass sie die

Patienten aufforderten, Musik aus den 1920er bis 1950er Jahren zu hören. Die Patienten wurden außerdem aufgefordert, Familienbäume zu erstellen, Einklebebücher mitzubringen und sowohl positive als auch negative Erinnerungen für sich und ihre alten Freunde aufzuschreiben. Gibb et al. (1995) arbeiteten mit einer Kombination aus Tai Chi und einer strukturierten Reminiscence-Therapie. Er wandte in den Gruppen außerdem noch Imaginationsübungen an und präsentierte alte Kleidungsstücke als Trigger für spezielle Erinnerungen. Bachar et al. (1991) leiteten die Gruppe in einem offenem Format. Coaten (2001) beschreibt, wie er durch gemeinsames Tanzen und Bewegen mit bestimmten dementen Patienten einen Zugang zu ihren Erinnerungen erreichte. Dagegen beschreibt Asida (2000) den therapeutischen Wert der Musik als Mittel, um Erinnerungen der Patienten erwecken zu können. Moore (1992) und Youssef (1991) setzten fest, dass die Gruppenmitglieder selbst bestimmen können über welche Themen sie reden wollen. Es wurde ein nicht direkter Zugang gewählt.

In den meisten Reminiscence Gruppen wurde mit dem Einsatz von einem oder mehreren der folgenden Hilfsmitteln gearbeitet: Dias, Bilder, Einklebebücher, Erinnerungsstücke, Kassetten, alte Lieder, Radioprogramme, Photos (Fielden 1990; Youssef 1991; Cook 1991; Jones 2003; Kovach 1995; Fuchs 1991; Jonsdottir et al. 2001).

5.4.8 Verlauf und Inhalt der Therapie

Life-Review-Therapie

Fast alle Therapien wurden themenorientiert durchgeführt. Das heißt, der Ablauf der Sitzungen erfolgte angepasst an die Themenauswahl. Giltinan (1990) berichtet, dass sie spezifisch für eine Sitzung exakt ein Thema - wie Diskussionen um das Geburtsdatum, Schulerinnerungen, den Umgang mit der Depression, die schönsten Ferien usw. - vorgesehen hat. Auch Haight (1992) berichtet, dass sie für jede der 6 Sitzungen chronologisch ein Thema, angefangen mit den Erinnerungen an die Kindheit, über Erlebnisse aus dem Arbeitsleben und am Ende die Bewertung des gesamten Lebens, durchgeführt haben. Maercker & Zöllner (2002) und Weiss (1994) gliedern in der gleichen Art die Sitzungen themenzentriert, wobei diese streng zeitlich chronologisch aufgeführt werden. Am Anfang müssen die Patienten genau auf den Ablauf der

Sitzungen vorbereitet werden. Sie werden über die Gefahr aufgeklärt, dass Ängste durch die Therapie erweckt werden können. Bei der Studie von Stevens-Ratchford (1993) wurde ein strikter Zeitablauf eingehalten: Als erstes wurden kurze Videos für 15 Minuten gezeigt. Danach hatten die Gruppenmitglieder 10 Minuten Zeit die Aufnahmen noch zu betrachten, bis sie dann für 15 Minuten ihre Gedanken und Erinnerungen dazu aufschreiben sollten. Danach wurde der Rest der Zeit mit der Diskussion verbracht.

Reminiscence-Therapie

Haight & Burnside (1994) empfehlen folgenden Ablauf: In dem Fall, dass neue Mitglieder mitpartizipieren, sollte man sich 5-10 Minuten vor dem Beginn der Sitzung treffen. Der Leiter sollte sich selbst und die Ziele der Gruppe vorstellen und jedem neuen Mitglied die folgenden Grundregeln erläutern: (1.) wann die Gruppe beendet wird, (2.) dass immer nur einer spricht, (3.) dass man über nichts reden muss, über das man nicht bereit ist zu reden.

Es sollte am Anfang jedes Mitglied einzeln mit Namen aufgerufen und die Abwesenheit einzelner Mitglieder aufgeschrieben werden. Daraufhin werden die letzten Sitzungen noch einmal kurz zusammengefasst. Der Leiter schlägt danach ein neues Thema zum Erinnern und Diskutieren vor. Oft wird auch eine Pause mit Erfrischungen gemacht. Am Ende der Sitzungen gibt man sich die Hände zum Abschied und jedem einzelnen Mitglied wird für sein Kommen gedankt. In dem Fall, dass ein Co-Leiter mit anwesend war, sollte die Sitzung mit seinen wichtigsten Ergebnissen und Schwierigkeiten gemeinsam besprochen werden. Fuchs (1991) ließ die Sitzungen durch Gedichte beginnen, um dann themenorientierte Diskussionen anzufangen. In den Gruppen wurden nicht strikt zeitlich-chronologische Erinnerungen abgerufen. Am Ende der Sitzungen sollten die Gruppenmitglieder jeweils ihre momentanen Gefühle, Erwartungen oder Einschätzungen bzgl. der weiteren Lebensentwicklung formulieren. Gibb et al. (1997) fingen ihre Therapie mit einer Begrüßung und dem Schildern von neuen Informationen bzw. dem Ablauf der Therapie an. Danach wurden einige Tai Chi Übungen durchgeführt. Daraufhin wurde die Reminiscence-Therapie in verbaler Form, stimuliert mit Photoalben, Gegenständen und auch durch psychomotorische Stimulation durchgeführt. Für die Sitzungen waren jeweils bestimmte Themen vorgesehen.

Es kristallisiert sich in der Literatur folgendes heraus: Fast alle Reminiscence-Therapien gestalten ihren Ablauf in der Art, dass jeweils ein bewusst vorgesehenes Thema diskutiert wird. Durch das gemeinsame Teilen von Erinnerungen sollen die einzelnen therapeutischen Ziele erreicht werden (Jones 2003; Ashton 1993; Jonsdottir 2001; Burnside 1993; Fuchs 1992; Arian et al. 1993). Innerhalb der Untersuchung von Jonsdottir et al. (2001) begannen die Sitzungen mit 5 Minuten langen Entspannungsübungen. Diese waren begleitet von Musik, um die Konzentration der Mitglieder zu erhöhen und die Spannung abzubauen. Danach wurden zur Anregung einer Diskussion Passagen aus Biographien oder landestypischer Literatur vorgelesen. Es gab jedes Mal auch Erfrischungen zu den Therapien. Fielden (1990) und Cook (1991) gingen in ihren Gruppen, wie auch sehr oft von anderen Autoren geschildert, zeitlich chronologisch bei der Themenauswahl vor. In der Studie von Klausner et al. (1998) wurde in jeder Sitzung ein Lebensstadium diskutiert. Der therapeutische Prozess wurde in der Studie von Hern & Weis (1991) in 5 aufeinander folgende Ziele eingeteilt. In dem (1.) Schritt soll der Leiter innerhalb der Gruppe eine Atmosphäre der Akzeptanz schaffen, in dem (2.) Schritt die Brücke zur Realität aufbauen. Der (3.) Schritt sieht das Teilen der vergangenen und gegenwärtigen Erfahrungen der Gruppenmitglieder vor, der (4.) Schritt hat das Ziel, den Patienten wieder ihre eigene Identität näher zu bringen. Im (5.) Schritt wird der Erfolg, Sinn und Wert der Gruppe von dem Leiter und den Mitgliedern gewürdigt. Es wird, wie in vielen anderen Gruppenbeschreibungen davon berichtet, dass die Gruppeninteraktionen im Laufe der Zeit sich immer weiter steigerte.

5.4.9 Zeitrahmen und Setting

Life-Review-Therapie

Die Life-Review-Therapie kann in Seniorenzentren, Tagesambulanzen, Kliniken, Pflegeheimen und Hospizen durchgeführt werden (Haight & Burnside 1994). Giltinan (1990) berichtete, dass zum besseren Aufbau der Kommunikation und des Augenkontaktes die Gruppenmitglieder gebeten wurden, sich an einen runden Tisch zu setzen. Die stattfindenden 6 Sitzungen wurden jeweils für eine Stunde durchgeführt. In der Untersuchung von Weiss (1994) fanden 8 Sitzungen mit einer Dauer von 1½ Stunden einmal wöchentlich statt. Sie legen die Definition fest, dass normalerweise unter einer „Kurzzeitgruppentherapie“ eine Länge von 14 Wochen verstanden wird und

man unter einer „Langzeitgruppentherapie“ in der Regel 6 Monate bis zu einem Jahr versteht. Dementsprechend sollen in Langzeitpflegeheimen bei denen größtenteils nur Kurzzeitgruppentherapien durchgeführt werden, diese mindestens 12-14 Wochen dauern. Bei Stevens-Ratchford (1993) dauerten die einzelnen Sitzungen 2 Stunden und die 6 Sitzungen insgesamt fanden jeweils zweimal in der Woche statt. Speer (1994) leitete die Gruppen zweimal wöchentlich für je eine Stunde, insgesamt 6 Wochen lang, in einem Pflegeheim. Es wird empfohlen, aufgrund des erheblichem Problems der Hörschwierigkeiten der Patienten den Raum mit kleinen Mikrofonen auszustatten und sich nah nebeneinander in einen Kreis zu setzen. In dem Überblick von Loebach Wetherell (1998) beschreibt sie zwei Gruppen, die eine trifft sich für jeweils einmal in der Woche über einen Zeitraum von ungefähr 8 Wochen, die andere beschriebene Gruppe trifft sich zweimal in der Woche für 1 Stunde, insgesamt 8 Wochen lang.

Reminiscence-Therapie

Haight & Burnside (1994), sagen aus, dass die Länge einer Gruppensitzung 1 bis 1½ Stunden, wenn einige Mitglieder dement sind, eher eine Länge von einer halben Stunde betragen soll. Die Therapie kann einmal wöchentlich stattfinden, bei dementen Patienten eher zweimal pro Woche. Insgesamt wird eine Gesamtlänge von ungefähr 6-8 Wochen vorgeschlagen (mit möglicher Verlängerung). Meistens wird die Reminiscence-Therapie innerhalb eines Langzeitpflegeheimes durchgeführt, ist aber auch beispielsweise in normalen Krankenhäusern möglich (Burnside 1990). Soltys & Coats (1995), Youssef (1991) geben als mögliche Orte zur Durchführung einer Gruppen-Reminiscence-Therapie Seniorenzentren, Pflegeheime, geriatrische Tagesambulanzen und Kirchen an. Fuchs (1991) führte die Gruppen zwei- bis dreimal wöchentlich für 45 Minuten in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik durch. In dem Fallbericht von Gibb (1997) traf sich die Gruppe im Cottage einer Tagesklinik. Die Therapien fanden oft im Freien im Garten, in einer Lounge oder während des Gehens in der Umgebung statt. Die Gruppe traf sich zweimal wöchentlich über 7 Wochen. Moore (1992) schlägt als mögliche Therapieorte neben Krankenhäusern, Pflegeheimen, dem eigenen Haus des Patienten auch Freizeitzentrum als mögliche Orte vor. Es wird geraten, sich um einen runden Tisch zu setzen, um maximalen Augenkontakt und gutes Hören zu garantieren. Ashton (1993) empfiehlt bei kognitiv sehr stark eingeschränkten Patienten einen sehr hellen, luftigen, warmen Raum, ausgestattet mit komfortablen

Stühlen in möglichst ungestörter Umgebung. Es hilft, wenn der Raum mit alten Möbeln ausgestattet ist, um die Patienten sich wohl fühlen zu lassen. Der Raum sollte in der unmittelbaren Nähe einer Toilette sein. Er empfiehlt die Therapien nur 20-30 Minuten dauern zu lassen, dafür mehrmals in der Woche. In der Studie von Jones (2003) und Youssef (1991) wurden die Gruppen zweimal wöchentlich für je 45 Minuten im Rahmen von 6-12 Sitzungen gehalten. Für Gruppen, die in einer Institution für Langzeitpflege stattfinden, wird empfohlen einen bequemen und ruhigen Raum zu finden. Es soll genau darauf geachtet werden, eine adäquate Zeit für die Sitzungen zu finden. Bei der Studie von Jonsdottir et al. (2001) fanden insgesamt 13 Sitzungen statt. Fielden (1990) führte ihre Gruppen in einem Gemeinschaftsraum des Betreuten Wohnens durch. Die insgesamt 9 Sitzungen fanden jeweils einmal die Woche für 1½ Stunden statt. Cook (1991) ließ ihre Gruppe einmal in der Woche eine Stunde lang über einen Zeitraum von 16 Wochen laufen. In den Studien von Arian et al. (1993) und Klausner et al. (1998) fanden die Sitzungen wöchentlich für jeweils 1½ Stunden 13 bzw. 11 Wochen lang statt. Die Gruppen-Reminiscence-Therapie in der Studie von Hern & Weis (1991) fand einmal wöchentlich, 12 Wochen lang für 50 Minuten statt. Es wird in der Studie von Head et al. (1990) verglichen, ob eine Gruppen-Reminiscence-Therapie in einem Tageszentrum einer Gemeinde eine gleich hohe Effektivität wie in einer geriatrischen Tagesambulanz aufweist (siehe Ergebnisse).

5.4.10 Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan

Life-Review-Therapie

Speer (1994) beschreibt erhebliche logistische Probleme einen großen (für Rollstühle geeigneten) Raum innerhalb des Pflegeheimes zu finden, da oftmals die Gruppentherapie mit anderen Aktivitäten des Stundenplans konkurrierte.

Reminiscence-Therapie

Burnside (1990) und Ashton (1995) nennen folgende Probleme bei der Einrichtung einer Reminiscence-Therapie in einem institutionellen Setting: Das Personal ist oft nicht an der Gruppe und den erzielten therapeutischen Ergebnissen interessiert. Oft wird die Anwendung von Medikamenten und rein physischer Pflege bevorzugt. Theoretisch sehen sie die Reminiscence-Therapie als Teil der Pflege an, die die Krankenschwestern

zu jeder Zeit mit den Patienten innerhalb ihrer Arbeit durchführen sollten. Haight et al. (2000), Weiss (1992) und Fielden (1990) betonen die anonyme und oft angespannte Atmosphäre zwischen Personal und Bewohnern, wie auch direkt unter den Bewohnern. Erschwerend kommen die unterschiedlichsten Verluste und kognitiven, wie auch körperlichen, Einschränkungen der Patienten hinzu. Fielden (1990) beschreibt eine Reminiscence-Therapie, in der das gesamte Personal eines Betreuten Wohnens die Therapie gemeinsam leitete. Sie betont, dass besonders wenn die Betreuer interessiert und motiviert sind, die Gruppen leicht zu leiten sind und große Freude für die Bewohner bedeuten.

5.4.11 Wirkfaktoren und Ergebnisse

Life-Review-Therapie

Giltinan (1990) betont die positiven Effekte des Gruppen-Life-Review auf die Kommunikationsfrequenz und Fähigkeiten. Das Zusammengehörigkeitsgefühl und Selbstbewusstsein der Patienten wächst durch das gemeinsame Teilen von Erinnerungen. Dhooper et al. (1993) beobachteten innerhalb ihrer Studie eine signifikante Reduzierung der Depression der Bewohner eines Pflegeheims (nicht demente Patienten wurden untersucht), die mit einer kombinierten, strukturierten Life-Review und „Problem Solving Therapy“ behandelt wurden. Dagegen schreiben Gatz et al. (1998) in ihrer Meta-Analyse, dass insgesamt die Life-Review-Techniken im Vergleich zu anderen, alternativen Therapien eher schlechter abschneiden. Giltinan (1990) konnte im Rahmen einer durchgeführten Studie keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Life-Review-Gruppe zu der Kontrollgruppe aufzeigen. Obwohl von einer schneller entstehenden spontanen Kommunikation (trifft nicht auf negative vergangene Erlebnisse zu) berichtet wird. Haight (1992) untersuchte die sofortigen und Langzeiteffekte von einer strukturierten Life-Review-Therapie mit 52 älteren Menschen. Nach 8 Wochen zeigte sich eine Erhöhung der Lebenszufriedenheit und auch des eigenem Wohlbefindens, nicht aber eine Reduzierung der Depression und keine Erhöhung der Alltagsaktivitäten. Nach einem 1 Jahr „Follow up“ war eine Reduzierung der Effekte in Bereich der Depression, Lebenszufriedenheit und der Alltagsaktivitäten zu sehen. In einer ähnlichen Studie von Haight et al. (1998) mit 256 neu eingezogenen Langzeitpflegeheimbewohnern zeigte die Life-Review-Therapie eine

sofortige Abnahme der Depression im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Nach einem Jahr war auch eine Abnahme der Hoffnungslosigkeit und eine Vergrößerung der Lebenszufriedenheit und des psychischem Wohlbefindens sichtbar. Haight et al. (2000) untersuchten 52 der jetzt seit drei Jahren in dem Langzeitpflegeheim wohnenden Personen und konnten wiederum aufzeigen, dass die Bewohner, die in den Life-Review-Therapiegruppen partizipierten, eine signifikante Reduzierung ihrer Depression und eine Vergrößerung ihres Selbstbewusstsein und Vergrößerung ihrer Lebenszufriedenheit feststellen konnten. In der Untersuchung von Maercker & Zöllner (2002) mit Patienten, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten, wurde betont, dass die Life-Review-Therapie durch die Bewertung der aufeinander folgenden Lebensphasen, besonders die Integration des Traumas in die eigene Lebensbilanz fördert. Die Studie von Weiss (1994) untersuchte die unterschiedliche Effektivität einer durchgeführten Life-Review-Therapie mit einer kognitiven Therapie: Beide Therapien verbesserten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe die Lebenszufriedenheit der Gruppenmitglieder. Es konnte aber kein statistisch messbarer Effektivitätsunterschied zwischen ihnen gemessen werden. Puentes (2003) beschreibt die Kombination einer kognitiven Therapie, die mit Life review Techniken ergänzt wurde, als sehr erfolgreich. Bei der Studie von Stevens-Ratchford (1993) konnte keine messbare signifikante Reduzierung der Depression und Verbesserung des Selbstbewusstseins durch die Life-Review-Therapie im Vergleich zu der Kontrollgruppe festgestellt werden. In dem Überblick von Loebach Wetherell (1998) beschreibt sie zwei Life-Review-Gruppen, bei denen jeweils kein signifikanter Unterschied zu einer Vergleichsgruppe festzustellen war. Waters (1990) betont innerhalb seines Überblickes, dass die älteren Menschen häufig durch das Erinnern an ihre Talente und Fähigkeiten in der Vergangenheit auch besser ihre momentanen Fähigkeiten identifizieren, die ihnen bei bestimmten Vorhaben und Bemühungen in der Gegenwart helfen können.

Reminiscence-Therapie

Insgesamt zeichnen sich die Studien über die Reminiscence-Therapie leider häufig durch teilweise mangelnde Evidenz und Schwächen aus (Fielden 1992).

Lowenthal & Marrzzo (1990) führten mit älteren Patienten einer Psychiatrie innerhalb des Gruppensettings Reminiscence-Therapie durch, welches sie „Milestoning“ nannten. Sie kamen zu positiven Ergebnissen in Bezug auf spontanere und verbesserte

Kommunikation der Mitglieder während der Sitzungen. Sie berichteten über keine Langzeiteffekte. Bei Haight & Burnside (1994) wird als Hauptziel des Gruppen-Reminiscence-Therapie das Aufbauen von neuen Beziehungen genannt. Durch das gemeinsame Bestätigen und Teilen von Gefühlen wird das Selbstbewusstsein gestärkt. Kommunikationsfähigkeiten, Sozialisierungen und das „sich umeinander Sorgen und Kümmern“ werden gefördert. McMurdo & Rennie (1993) fanden heraus, dass die Reminiscence-Therapie zwar depressive Symptome reduzierte, aber weniger stark als andere eingesetzte Verfahren. Fuchs (1991) beschreibt anhand des von ihm geschilderten Fallbeispiels die Reminiscence-Therapie als tragfähige Konzeption zur Kurzzeitpsychotherapie älterer tagesklinischer Patienten. Ashton (1993) betont, dass die Durchführung einer Reminiscence-Therapie nicht nur das Selbstbewusstsein und Interaktionen der Patienten erhöht, sondern auch das Personal von der Therapie profitiert. In dem Überblick von Klausner & Alexopoulos (1999) untersuchten sie 6 Studien über Reminiscence-Therapien und kamen insgesamt zu dem Ergebnis, dass Reminiscence-Therapien depressive Symptome von kognitiv eingeschränkten Patienten in Pflegeheimen und bei selbständig lebenden Patienten reduzieren. Bachar et al. (1991) kamen in ihrer Studie zu dem Resultat, dass die Gruppen Reminiscence-Therapie die Depression der Patienten erfolgreicher reduzierte als die traditionelle, nicht direktive Gruppenpsychotherapie. In der Studie von Jones (2003) reduzierte die Reminiscence-Therapie stärker die depressiven Symptome der Patienten als die Kontrollgruppe. Bei der Untersuchung mit lungenkranken Patienten konnte weder nachgewiesen werden, dass die Gruppen-Reminiscence-Therapie die Depression der Patienten senkte, noch, dass ihr Selbstbewusstsein erhöht wurde. Allerdings berichteten die Patienten nach den Sitzungen über ein erhöhtes Wohlbefinden. Fielden (1990) gibt als Ergebnis ihrer Studie an, dass die Reminiscence-Therapie die Lebenszufriedenheit, die Sozialisationsfähigkeit und das psychologische Wohlbefinden der Patienten vergrößerte. Die Patienten genossen die Therapien und fühlten sich entspannt während der Sitzungen. Cook (1991) konnte keine statistisch signifikanten positiven Effekte der in der Studie geschilderten Reminiscence-Therapie, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, auf die Depression, das Selbstbewusstsein und die Lebenszufriedenheit der Bewohner feststellen. Arian et al. (1993) verglichen die Effekte von einer Gruppen Reminiscence-Therapie mit einer „Problem Solving Therapy“ und einer Warteliste

Kontrollgruppe. Dabei zeigte die Reminiscence-Therapiegruppe signifikant bessere Ergebnisse als die Warteliste Kontrollgruppe beim Reduzieren der Depression. Sie war aber weniger effektiv als die „Problem Solving Therapy“. Klausner et al. (1998) verglichen die Wirksamkeit einer „zielorientierten Gruppenpsychotherapie“ mit einer Reminiscence Gruppentherapie und gelangten zu dem Ergebnis, dass die „zielorientierte Gruppenpsychotherapie“ die Depression der Studienteilnehmer stärker reduzierte. Im Gegensatz zu der Reminiscence-Therapie wurde auch die Hoffnungslosigkeit und Angst der Teilnehmer gesenkt. Die Hoffnung und das soziale Funktionieren wurden erhöht. Die Studie von Bramlett et al. (1993) konnte keinen therapeutischen Wert der Reminiscence-Therapie aufzeigen. Stones et al. (1993) entwickelten ein theoretisches Modell, welches vor dem Beginn einer Reminiscence-Therapie ungefähr voraussagt, wie viele der Teilnehmer die Therapie abbrechen werden. Innerhalb der Studie von Youssef (1991) wurde heraus gefunden, dass die Reminiscence-Therapie, die innerhalb einer Gruppe mit Frauen im Alter zwischen 65-74 Jahren durchgeführt wurde, eine signifikante Reduzierung von depressiven Symptomen, im Gegensatz zu der durchgeführten Therapie mit Frauen ab 74 Jahren, aufzeigte. In der Meta-Analyse von Finnema et al. (2000) wurden 6 Studien über Gruppen-Reminiscence-Therapien bei dementen Patienten untersucht. Bei jeder dieser Studien konnten positive Effekte nachgewiesen werden. O’Leary & Nieuwstraten (2001) hielten als Hauptergebnis ihrer Studie fest, dass innerhalb der Reminiscence-Therapie über das Thema „Sterben“ sich heraus kristallisierte, dass viele Ältere Angst davor haben, vergessen zu werden. Es wird in der Studie von Head et al. (1990) verglichen, ob eine Gruppen-Reminiscence-Therapie in einem Tageszentrum einer Gemeinde eine gleich hohe Effektivität wie in einer geriatrischen Tagesambulanz aufweist. Das Ergebnis lautete, dass die Therapie nur einen Effekt auf Patienten und Personal innerhalb der geriatrischen Tagesklinik aufwies. In der Meta-Analyse von Scogin & Lisa McElreath (1994) werden insgesamt 17 Studien untersucht. Vier der Studien überprüften die Effektivität der Reminiscence-Therapie. Als Ergebnis fassen sie zusammen, dass die Therapie erfolgreich ist: 3 der Reminiscence-Therapien hatten positive Ergebnisse. Bei einer Studie war keine Veränderung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe festzustellen.

Keine Unterscheidung zwischen der Life-Review und der Reminiscence-Therapie möglich

Haight (1991) untersuchte in ihrer Meta-Analyse 97 Studien bzw. Berichte (wovon 31 Berichte speziell durchgeführte Gruppentherapien abhandelten). Sie kommt zu dem Ergebnis, dass nur 7 Artikel ein negatives Ergebnis beschrieben, die restlichen waren entweder positiv oder konnten nicht bewertet werden. Die Studien über Gruppentherapien wiesen von 21 ausgewerteten Studien nur ein negatives Resultat auf, wogegen die Studien über die Einzeltherapien von fünf negativen Ergebnissen berichteten. Sie berichtet außerdem von einem stark ansteigendem Trend der über dieses Thema veröffentlichten Artikel: Von in den 60er Jahren 3 erschienenen Artikeln kam es zu einer Steigerung in den 70er Jahren auf 20 und in den 80er Jahren auf 71 veröffentlichte Artikeln.

5.4.12 Zusammenfassung

Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Sowohl die Life-Review als auch die Reminiscence-Therapie werden hauptsächlich von **Krankenschwestern** geleitet. Die Reminiscence-Therapie wird allerdings relativ häufig von **Psychologen** und seltener von **Psychiatern** geleitet. Bei einigen Therapien wurden die Sitzungen auch von **zwei Therapeuten** geleitet. Bei beiden Therapien empfehlen manche Autoren, im Gegensatz zu fast allen anderen in dieser Arbeit zitierten Autoren, eine **wenig strukturierte Form** der Therapie und damit eine **stärkere Zurückhaltung** des Leiters: Die Gruppe soll eine eigene, selbständige Dynamik entwickeln. Ebenfalls wird in Abgrenzung z.B. zu den tiefenpsychologischen Therapien empfohlen mit Berührungen innerhalb der Gruppe zu arbeiten. Die Therapeuten sollten **generell schnell reagieren, geduldig** sein und die Patienten **ermutigen können**. Die Therapeuten müssen den **physischen, familiären und psychosozialen Hintergrund der Patienten** kennen.

Alterszusammensetzung der Gruppen

Die Altersspanne der Patienten beider Therapien reicht von 67-99 Jahren. Die überwiegende **Mehrheit** der Patienten lag in dem Bereich zwischen **78-85 Jahren**.

Gruppengröße

Generell wird in der Literatur empfohlen mit nicht weniger als 4 und mit nicht mehr als 12 Mitgliedern in einer Gruppe zu arbeiten. Die meisten Therapien werden mit **6-10 Gruppenmitgliedern** durchgeführt. Es werden allerdings auch vereinzelt Therapien dargestellt, die nur mit 4-5 Patienten bzw. mit 15-12 Teilnehmern geleitet werden. Bei kognitiv sehr eingeschränkten Patienten werden eher kleinere Gruppengrößen empfohlen.

Geschlechterverhältnis

Es fällt bei der Reminiscence-Therapie auf, dass **häufiger Gruppen** geleitet werden, die **ausschließlich aus Frauen bestehen**. Bei den Gruppen, die Geschlechter gemischt durchgeführt werden, besteht die Mehrheit nahezu immer aus weiblichen Mitgliedern.

Diagnosen und Indikationen

Die Life-Review-Therapie wurde sowohl mit **selbstständig, allein lebenden, psychisch gesunden Frauen**, als auch mit stark eingeschränkten Älteren, die in einem Pflegeheim wohnen durchgeführt. Auch bei Patienten, die unter einer **Posttraumatischen Belastungsstörung, einer Demenz** oder einer **Angststörung** leiden, wird die Therapie angewendet.

Die Reminiscence-Therapie wird überwiegend bei depressiven und dementen Patienten durchgeführt. Die meisten der Patienten sind Pflegeheimbewohner. Eine Therapie, die im Rahmen einer psychiatrischen Station geleitet wurde, arbeitete auch mit Patienten innerhalb einer Gruppe zusammen, die unter einer **Psychose, einer Depression oder einer Persönlichkeitsstörung litten**. Eine Gruppe wurde mit Patienten, die an einer chronischen Lungenerkrankung litten, durchgeführt. Insgesamt wird deutlich, dass eher **homogene Gruppen** gebildet wurden. Das heißt, dass Patienten mit eher gleichem Alter, Lebensstil, Hintergrund, mentalen Fähigkeiten und Intelligenzlevel in eine Gruppe eingeteilt wurden. Obwohl auch dabei Ausnahmen bestehen, in denen eher **zufriedene, gut angepasste Patienten mit psychisch gestörten, unzufriedenen Patienten innerhalb einer Gruppe zusammen behandelt wurden**.

Technische Aspekte

Beide Therapien werden meistens innerhalb eines eher **strukturierten** und **zeitlimitierten Formates** durchgeführt. Innerhalb beider Therapieformate wird versucht mit einigen technischen Mittel die Erinnerungen der Patienten abrufen zu können. Für beide Therapien wird beschrieben, dass mit dem Einsatz von einem oder mehreren der folgenden Hilfsmitteln gearbeitet wurde: **Dias, Bilder, Einklebebücher, Tagebücher, Erinnerungsstücke, Kassetten, alte Lieder, Radioprogramme, Photos, Musik, Kleider, Gerüche, Familienbäume usw.** Einige der Reminiscence-Therapien werden auch mit noch anderen Komponenten, wie der **sensorischen Stimulation, der Poetik, der Kunst**, mündlichen oder schriftlichen **Übungen** und **gegenseitigem Vorlesen** kombiniert. Es wird innerhalb der Literatur eine Kontroverse in Bezug daraufhin sichtbar, dass einige Autoren eher empfehlen, keine negativen Erinnerungen der Patienten zu fördern und manche Autoren genau dies als ebenfalls sinnvoll erachten und nicht das alleinige Ansprechen von positiven Erinnerungen als richtig ansehen. Die Therapien werden sowohl innerhalb geschlossener als auch innerhalb offener Settings geführt.

Verlauf und Inhalt der Therapien

Nahezu jede Sitzung der beiden Therapieansätze läuft **themenorientiert** ab. Das heißt, der Therapeut, und in etwas wenigeren Fällen die Gruppenmitglieder selber legen bestimmte Themen fest, über die dann eine Gruppendiskussion und das gemeinsame Besprechen von Erinnerungen zu dem Thema erfolgen soll. Innerhalb sehr vieler Therapien werden die Themen **zeitlich chronologisch** ausgesucht und dementsprechend diskutiert (z.B. wird in diesen Fällen in den ersten Sitzungen über Themen, die die Kindheit betreffen, gesprochen). Insgesamt werden in fast allen der Therapien die Patienten am Anfang der Therapie bewusst begrüßt (evtl. werden die wichtigsten Themen der letzten Sitzung noch einmal zusammengefasst), dann erfolgen die themenzentrierten Diskussionen und es werden die, häufig durch technische Hilfsmittel hervorgerufenen, Erinnerungen untereinander besprochen. Am Ende erfolgt eine bewusste Verabschiedung der Gruppenteilnehmer. Durch das **gemeinsame Teilen von Erinnerungen sollen die einzelnen therapeutischen Ziele erreicht werden.** Die meisten Autoren berichten, dass zu Anfang der Therapie die **Interaktionen** zwischen

den Gruppenmitgliedern nicht so ausgeprägt waren, diese im Laufe der Therapie aber stetig und kontinuierlich **anstiegen**.

Zeitraumen

Die Life-Review und Reminiscence-Therapien wurde meistens für **1-1 ½ Stunden einmal in der Woche gehalten**. In dem Fall, dass einige Gruppenmitglieder **dement** waren, betrug die Länge einer Therapie eher nur **30-45 Minuten und fand meistens zwei- bis dreimal pro Woche** statt. Die meisten der beschriebenen Therapien wurden für insgesamt **6-12 Sitzungen** durchgeführt.

Setting

Viele der Autoren schreiben, dass grundsätzlich diese beiden Therapien im Rahmen von Seniorenzentren, Pflegeheimen, eines Betreuten Wohnens, geriatrischen Tagesambulanzen oder auch eines stationären Aufenthaltes innerhalb einer Psychiatrie durchgeführt werden können. Die überwiegende Anzahl der beider Therapien fanden allerdings in **Pflegeheimen** statt, obwohl zunehmend auch von Gruppen mit ambulanten Patienten berichtet wird. Für den direkten Therapieort wird empfohlen, dass er **hell, luftig, warm und ausgestattet mit komfortablen Stühlen in möglichst ungestörter Umgebung ist**. Um die sensorischen Einschränkungen, dabei vor allem die Hörprobleme, der Patienten zu kompensieren, wurden die Therapieräume teilweise mit kleinen **Mikrofonen** ausgestattet und die Patienten wurden aufgefordert, sich **eng** nebeneinander innerhalb eines **Kreises** sich zu setzen.

Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und institutionellen Rahmen

Von mehreren Autoren wird als Problem dargestellt, dass das **Personal** einer Institution innerhalb derer die Therapie stattfindet, oft **nicht** an der Gruppe und den erzielten therapeutischen Ergebnissen **interessiert** ist. Oft wird die Anwendung von **Medikamenten und rein physischer Pflege bevorzugt**. Dazu konkurrieren häufiger die Gruppen mit anderen Aktivitäten innerhalb der Institutionen und es treten dementsprechend häufiger rein logistische Probleme auf. Insgesamt wird öfter beklagt, dass die Therapien nicht von allen Berufsgruppen, die an der Betreuung der Älteren beteiligt sind, mitgetragen werden.

Wirkfaktoren und Ergebnisse

Die Untersuchungen, die die Effektivität der Life-Review-Therapie nachprüfen, kommen zu **keinem einheitlichen Ergebnis**. Eine durchgeführte Meta-Analyse besagt z.B., dass die Therapie im Vergleich zu anderen Therapien eher schlechter abschneidet. Dagegen kommen mehrere Studien wiederum zu dem Ergebnis, dass die Therapie die Depression der Teilnehmer senken konnte. Wobei zu beachten ist, dass einige Studien auch zu dem gegenteiligen Ergebnis kommen, da dort die Therapie die depressiven Symptome nicht senken konnte. Eine Studie fasst z.B. auch zusammen, dass die Life-Review-Therapie nicht effektiver als eine kognitive Therapie war. Eine Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass die Therapie erfolgreich bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung anwendbar ist. Auch bei der Reminiscence-Therapie kommt **kein ganz eindeutiges Ergebnis** heraus. Aber es kristallisiert sich heraus, dass trotz einiger Studien mit negativen Ergebnissen die **Mehrheit der Studien zu positiven Effektivitätsnachweisen** kommen. Generell ist die Reminiscence Therapie nahezu immer effektiver als eine Kontrollgruppe, aber öfter ist sie nicht so erfolgreich, wie eine andere vergleichende Gruppentherapie, wie z.B. eine problemlösende oder eine zielorientierten Gruppentherapie. Insgesamt weisen die meisten Autoren daraufhin, dass zumindest durch das gemeinsame Bestätigen und Teilen von Gefühlen das **Selbstbewusstsein der Gruppenmitglieder gestärkt** wird. Die **Kommunikationsfähigkeiten, Sozialisierungen** und das „sich umeinander Sorgen und Kümmern“ der Teilnehmer werden **gefördert**.

5.5 Validation-Therapie und Realitäts-Orientierungs-Training

5.5.1 Literaturüberblick

Validation-Therapie

Es fand sich innerhalb den Literaturstellen, die sich mit **der Validation-Therapie** auseinandersetzen, ein ausgeglichenes Verhältnis an Übersichtsarbeiten und Studien. Dagegen befanden sich keine reinen Fallbeschreibungen unter den Veröffentlichungen.

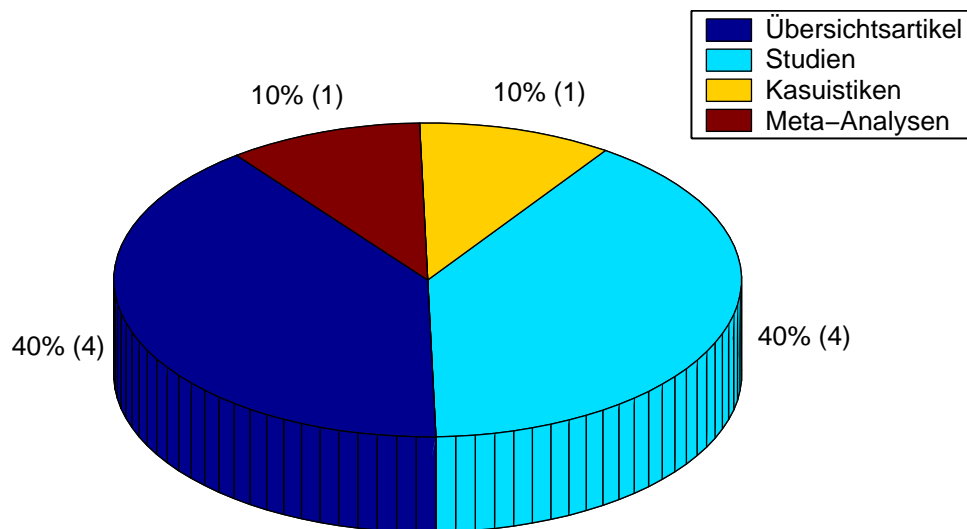


Abbildung 8: Publikationsarten zur Validation-Therapie (n=10)

Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)

Auch bei dem ROT werden fast genauso viele Studien wie Übersichtsarbeiten hier dargestellt. Es sind keine Kasuistiken vorhanden.

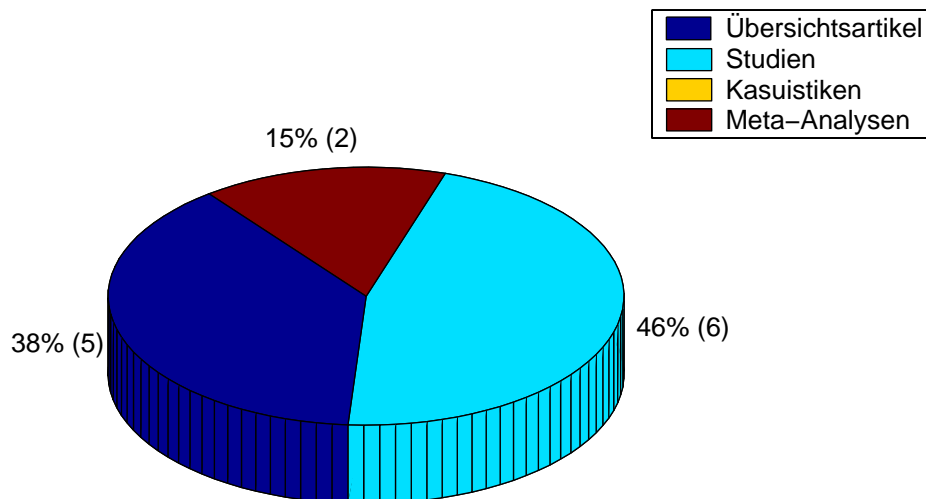


Abbildung 9: Publikationsarten zum Realitäts-Orientierungs-Training (n=13)

5.5.2 Konzepte

Validation-Therapie

Die Therapie wurde 1963 von Naomi Feil, die auch in Deutschland viele Vorträge hält (z.B. Ankündigung eines Vortrages in der Pflegezeitschrift 1995), einer im geriatrischen Bereich arbeitenden Sozialarbeiterin, entwickelt. Ihren Theorien liegen Prinzipien aus der behavioristischen, analytischen und humanistischen Psychologie zugrunde (Erhardt et al. 1997). Die in deutsch sogenannte „Selbsterhaltungstherapie“ bekämpft vor allem seelische Verletzungen und damit langwierige Persönlichkeitsveränderungen sowie Erlebnisarmut und den Verlust des „Selbst-Wissens“ (Faust & Tenter 1999). Es wird vermutet, dass mittlerweile in Nordamerika in über 500 Institutionen die Therapie zum Einsatz gebracht wird (Morton & Bleathman 1991). Validationsstrategien sind Kommunikationstechniken und psychotherapeutische Interventionen, die jeweils zu einem bestimmten Stadium der Verwirrtheit und Konfusion der Patienten passen (Fine & Rouse-Bane 1995; Romero & Eder 1992). Die Arbeit von Feil beinhaltet sowohl Einzel- als auch Gruppeninterventionen. Sie sieht als Hauptziele der Therapie die Wiederherstellung des Selbstwertes, Reduzierung von physischen Einschränkungen, Stress und inneren Rückzug an. Würde, Kommunikation, Wohlbefinden und Freude soll den Patienten ermöglicht werden (Neil & Briggs 2003). Die Validation-Therapie wird zu den emotionsorientierten Therapien gezählt. Die Therapie wird mit weitem Abstand am häufigsten in den USA durchgeführt, zunehmend auch in Australien, Kanada,

Norwegen und den Niederlanden (Finnema et al. 2000). Bleathman & Morton (1991) beschreiben die Therapie als interaktive Gruppentechnik, die den emotionalen und nicht faktischen Inhalt des Erzählers betont.

Realitäts-Orientierungs-Training

Das Realitäts-Orientierungs-Training wurde 1966 von Folsom & Taulbee entwickelt (Romero & Eder 1992). Unter dem Realitäts-Orientierungs-Training sind alle Maßnahmen zu verstehen, die mittels Übungseffekten versuchen, die zeitliche, räumliche und situative Orientierung des Patienten zu verbessern (Noll & Haag 1992). Entsprechende Übungsverfahren stützen sich, neben dem direkten Trainingseffekt, vor allem auf verhaltenspsychologische Erklärungen, die Verwirrtheit als erlerntes Fehlverhalten sehen, welches durch das ROT beseitigt werden kann (Barolin & Köhler 1991). Es gibt zwei unterschiedliche Formen des Realitäts-Orientierungs-Trainings: Das 24 Stunden-Setting und das Gruppen/Klassenraum Format (Kaschel et. al 1992). Noll & Haag (1992) sehen das Klassenraum ROT als Ergänzung zu dem 24 Stunden ROT an. Sie sehen als dritte Komponente der Therapie noch die Schulung des Personals an. Sie beschreiben die zentralen Ziele der Therapie als: (1.) Verbesserung von Orientierung und Gedächtnis (2.) Erhaltung der persönlichen Identität (3.) Ermutigung zur Kommunikation (4.) Unterstützung sozialer Interaktionen.

5.5.3 Gegenüberstellung und Abgrenzung der beiden unterschiedlichen Therapiekonzepte

Beide Therapiearten werden von Ehrhardt et al. (1997) zu dem Typus der Therapien gezählt, die zu einer kognitiven Aktivierung des Patienten führen, indem sie mit Übungen aus den Bereichen Konzentration, Erinnerung und Kommunikation arbeiten.

Day (1997) und Morton & Bleathman (1991) sehen den Hauptunterschied zwischen den beiden Therapien darin liegen, dass die Validation-Therapie versucht die individuelle Realität zu erforschen. Sie fragt nach dem Wer, Was, Wo, Wann und Wie. Im Gegensatz dazu versucht das ROT die Realität zu präsentieren. Die Validation-Therapie hat eher einen emotionalen, das ROT einen faktischen, sachlichen Fokus. Das ROT trainiert im Gegensatz zur Validation-Therapie vor allem das Kurzzeitgedächtnis. Die Validation-Therapie beschäftigt sich mit der subjektiven, das ROT hingegen mit der objektiven Realität. In dem Maße, wie das ROT eher den Patienten mit den falschen

Fakten seiner Realität konfrontiert, respektiert die Validation-Therapie den individuellen Sinn seiner Realität. Bei dem ROT wird ein verbessertes Wissen (Selbstwissen und Weltwissen) über die gegenwärtige Situation angestrebt (Romero & Eder 1992). Das Realitäts-Orientierungs-Training wird allgemein häufiger als die Validation-Therapie angewendet (Morton & Bleathman 1991). Das ROT ist nicht nur das am häufigsten in der aktivierenden Therapie Dementer praktizierte Verfahren, sondern gilt auch als das am besten erforschte (Erhardt et al. 1997).

5.5.4 Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Validation-Therapie

Die Validation-Therapie wird fast immer von Krankenschwestern durchgeführt. Trotz mangelnder wissenschaftlicher Effektivitätsnachweise schlagen Day (1997) und Fine & Rouse-Bane (1995) vor, dass ergänzend dazu untersucht werden soll, ob neben Krankenschwestern auch Sozialarbeiter, Familienmitglieder oder Beschäftigungstherapeuten die Therapie durchführen können. Die Therapeuten müssen die 4 unterschiedlichen Stadien der „Konfusion/Verwirrung“ bei den Patienten unterscheiden können, um daraufhin die passende therapeutische Validationstechnik anwenden zu können. Die Therapeuten sollen dem Patienten gegenüber ohne eine Bewertung begegnen. Sie sollen die Patienten als Individuen ansehen und immer als Hintergrund haben, dass Zuhören und Empathie Vertrauen schafft, Angst reduziert und Würde wieder herstellen kann (Feil 1992; 2003). Naomi Feil berichtet in einem Interview, dass sie mit diesem Hintergrund einen speziellen neuen Beruf entwickelt hat: Den Validationsarbeiter, der spezifisch auf die eben genannten Aufgaben geschult wird (Pflegerzeitschrift 3/1995). Neal & Briggs (2003) berichten von Studien, in denen die Leiter speziell (zum Teil direkt durch Naomi Feil) geschult wurden. Bei Bleathman & Morton (1992) wurde festgestellt, dass die Gruppenmitglieder mit mehr Interaktionen auf indirekte, als auf direkt gestellte Fragen des Leiters antworteten.

Realitäts-Orientierungs-Training

Die Konsistenz der Grundeinstellung des Personals, welches entweder Teil des 24 Stunden oder Gruppen-ROT ist, soll freundlich, sachlich, höflich, direkt und nicht fordernd sein (Kaschel et al. 1992). Bei dem ROT haben die Leiter vor allem die

Aufgabe in den jeweiligen Gruppen durch verschiedene Hilfsmittel (siehe Technische Mittel) den Patienten orientierende Informationen über Zeit, Ort usw. zu präsentieren. Danach soll der Leiter möglichst die gegebenen Informationen wieder von den Patienten abfragen (Zanetti et al. 1995). Innerhalb ihrer Studie wurden die Sitzungen von einem Arzt und einer Psychologin durchgeführt (Zanetti et al. 1995). Noll & Haag (1992) fordern, dass die Leiter die Patienten zur Förderung ihrer Aufmerksamkeit ständig anregen und Stimulationen bieten sollten. Sie müssen den Patienten viel Lob und Anerkennung gegenüberbringen. Sie sollten den sozialen Rückzug der Patienten verhindern und die Kommunikation unterstützen. Dagegen dürfen sie nicht die Patienten überfordern, sondern ihren Leistungen entsprechend realistische Ziele setzen. In ihrer Meta-Analyse geben Gatz et al. (1998) an, dass meistens die Krankenschwester, die die Pflege eines einzelnen Patienten durchführt, auch für ihn das ROT leitet.

5.5.5 Die Zusammensetzung der Gruppe

5.5.5.1 Alterszusammensetzung

Validation-Therapie

Die Validation-Therapie wird besonders bei Älteren über 80 Jahren angewendet (Fine & Rouse-Bane 1995; Feil 1992). Das Durchschnittsalter innerhalb der Gruppen von Emershaw & Scanland (1993) betrug 76,8 Jahre.

Realitäts-Orientierungs-Training

Das Durchschnittsalter der Gruppenmitglieder in der Studie von Gerber et al. (1991) betrug 76,5 Jahre. In der Meta-Analyse von Spector et al. (2000) waren alle Patienten über 55 Jahre. In der Studie von Baldelli et al. (1993) lag das Durchschnittsalter bei 84,5 Jahren.

5.5.5.2 Geschlechterverhältnis und Gruppengröße

Validation-Therapie

Bleathman & Morton (1991) beschreiben eine aus 5 Mitgliedern bestehende Gruppe. Toseland (1997) leitete Gruppen, in denen das typische Gruppenmitglied weiblich, weiß und seit mindestens 2 Jahren in einem Pflegeheim wohnend war. In einer anderen Studie aus dem Jahr 1991 empfehlen sie generell mit einer Gruppengröße von 5-10 Mitgliedern zu arbeiten.

Realitäts-Orientierungs-Training

Die Gruppe in der Studie von Zanetti et al. (1995) setzte sich aus 3-4 Mitgliedern zusammen. Gerber et al. (1991) arbeiteten mit einer Gruppe, die aus 4 Männern und 4 Frauen bestand. In der Meta-Analyse von Spector et al. (2000) wird angegeben, dass bei den untersuchten Studien immer ein Minimum von 4 Gruppenmitgliedern bestand. In der Gruppe von Baldelli et al. (1993) waren 23 Mitglieder. Die Gruppe bestand nur aus Frauen. Noll & Haag (1992) sehen die erfolgreichste Gruppengröße als bei 3-4 Gruppenmitgliedern liegend an.

5.5.5.3 Diagnosen und Indikatoren: Zusammensetzung der Gruppe bezüglich der Erkrankungen

Validation-Therapie

Feil sieht die Therapie besonders für Ältere vor, die relativ glückliche, produktive Leben geführt haben. Manche von ihnen leiden jetzt an den ungelösten Krisen, die sie in ihren Leben nicht bewusst realisiert und gelöst haben. Die Älteren halten an strikten Familienrollen fest. Die Therapie ist auch geeignet für Ältere mit permanenten Organschäden an Gehirn, Augen und Ohren. Sie bevorzugen aus der schmerzhaften Realität zu entfliehen, um die Vergangenheit neu aufleben zu lassen und zu überleben. Sie unterteilt die Konfusion der Patienten in 4 unterschiedliche Stadien: (1.) schlechte Orientierung, (2.) Verwirrung über die zeitliche Desorientierung, (3.) wiederholende Bewegungen und (4.) das Vegetieren. Jedes dieser Stadien verlangt eine andere therapeutische Validationstechnik (Feil 1992; 2003). Jeder hier zitierte Artikel gibt als Zielgruppe der Therapie demente, in einem Pflegeheim wohnende Patienten an. Eine

Ausnahme bildet der Bericht von Romero & Eder (1992), die schreiben, dass die Validation-Therapie nicht speziell für die Alzheimer Patienten entwickelt wurde und programmatisch weder Diagnosen noch Prognosen eventueller Erkrankungen berücksichtige.

Realitäts-Orientierungs-Training

Die Therapie wird ausschließlich mit desorientierten, verwirrten Patienten durchgeführt (Fine & Rouse-Bane 1995). Romero & Eder (1992) und Erhardt et al. (1997) vermerken, dass das ROT für alte, verwirrte Heimbewohner konzipiert ist. Es wird betont, dass die Therapie besonders auch für Patienten mit schwerer Symptomatik geeignet ist, wovon aber teilweise nur ein Teil unter der Alzheimer Krankheit leidet. Auch Kaschel et al. (1992) stellen fest, dass bisher das ROT als eine gut etablierte Therapieform bei dementen Patienten beschrieben wird. Sie empfehlen die Anwendung der Therapie besonders auch bei Patienten, die Orientierungsprobleme, hervorgerufen durch nicht progrediente neurologische, psychiatrische Erkrankungen, haben (z.B. nach zerebraler Hypoxie). Die Meta-Analysen von Zanetti et al. (1995), Gerber et al. (1991), Spector et al. (2000) und die Studie von Baldelli et al. (1993) untersuchen die Arbeit mit dementen Patienten. Baldelli et al. (1993) betonen, dass das ursprünglich hauptsächlich für Patienten mit moderaten kognitiven Einschränkungen entworfene ROT auch für institutionalisierte und ambulante Patienten von geriatrischen Tageskrankenhäusern adaptiert werden kann. In ihrer Studie arbeiten sie mit institutionalisierten, dementen Patienten. Noll & Haag (1992) legen Wert darauf, dass bei der Zusammenstellung der Gruppen auf eine gewisse Homogenität geachtet werden muss. Es dürfen keine zu starken Unterschiede im Leistungsvermögen der Patienten existieren. Den Schwächsten würde ihr geringes Leistungsvermögen ständig demonstriert, die weniger beeinträchtigten Teilnehmer könnten sich womöglich langweilen.

5.5.6 Auswahlkriterien

Validation-Therapie

Als Screeninginstrument zu Beginn der Gruppe wurde von Toseland (1997) das VSI (Validation Screening Instrument) benutzt. Scanland & Emershaw (1993) benutzten hierzu den MMSE Test. Wie in fast allen Studien sollten die Patienten zur Teilnahme an

den Gruppen über 60 Jahre alt, in einem gewissen Maße verwirrt und Pflegeheimbewohner sein. Ausgeschlossen wurden Patienten, bei denen die Gefahr bestand, in näherer Zeit schwer physisch krank zu werden oder bei denen schwere Höreinschränkungen, wanderndes und den Gruppenprozess störendes Verhalten sichtbar war.

Realitäts-Orientierungs-Training

In der Studie von Zanetti et al. (1995) musste für eine Gruppenaufnahme bei den Patienten die Diagnose der Alzheimer Krankheit gestellt worden sein. Sie sollten bei dem MMSE Test milde bis moderate kognitive Einschränkungen aufzeigen. Die Abwesenheit von Aphasie, Blindheit, größeren Verhaltensstörungen wie das Wandern oder der Agitation musste bestätigt sein. In der Studie von Gerber et al. (1991) mussten die Patienten einen bestimmten Wert auf der Kingston Dementia Rating Scale aufweisen. Baldelli et al. (1993) geben als Ausschlusskriterien größere Sprech- und Sprachverständnisschwierigkeiten an. Das Alter der Patienten sollte unter 65 Jahren liegen. Starke Hörprobleme, Analphabetismus und Augenschwierigkeiten sollten ausgeschlossen werden.

5.5.7 Technische Aspekte

Validation-Therapie

Die Therapie wurde innerhalb eines sehr strukturierten Formates (Klassenraumformat) bei Emershaw & Scanland (1993) gehalten. Im Gegensatz zu dem ROT wird mit wenig technischen Hilfsmitteln gearbeitet, da der größte therapeutische Effekt durch die Anwendung spezieller Kommunikationstechniken und nicht durch die Konfrontation mit der Realität geschehen soll.

Realitäts-Orientierungs-Training

Die meisten Realitäts-Orientierungs-Trainings werden in einem sehr strukturierten Therapieformat (auf das Klassenraumformat bezogen) gehalten (Emershaw & Scanland 1993, Noll & Haag 1992). Innerhalb der meisten Realitäts-Orientierungs-Trainings kommen Abreißkalender, große Uhren, Stadtpläne oder Außenansichten der jeweiligen Institutionen zum Einsatz (Barolin & Köhler 1991; Noll & Haag 1992). Kaschel et al. (1992) ergänzen diese Aufzählung noch durch die Anwendung einer Pinnwand mit

magnetischen Buchstaben, einer Tafel und einem überdimensionalem Kalender. Gerber et al. (1991) arbeiteten mit illustrierten Bildern von Alltagsobjekten, großen Uhren und Anzeigetafeln.

5.5.8 Verlauf und Inhalt der Therapie

Validation-Therapie

Die Validation-Therapie beinhaltet einen sehr strukturierten Zugang zu der Gruppenarbeit (Johnson 1992; Morton & Bleathmann 1992, die sich direkt nach den Skripten von Naomi Feil richten). Der Leiter eröffnet die Gruppe, indem er jedes Mitglied mit Namen begrüßt, ihnen die Hand schüttelt und ihnen für ihr Kommen dankt. Ein dafür vorher speziell ausgewählter Patient eröffnet dann noch einmal die Therapie und ein Eröffnungslied wird gesungen. Danach erfolgt eine Diskussion über bestimmte Themen wie, Liebe, Zugehörigkeit, Angst, Identitätsproblem etc. Am Ende wird erneut allen Mitgliedern für ihr Kommen gedankt, ein Abschlusslied gesungen und es werden Erfrischungen gereicht.

Realitäts-Orientierungs-Training

Kaschel et al. (1992) beschreiben einen sehr festgelegten Ablauf der Sitzungen. Es beginnt mit einer Reorientierung zu Raum, Person und Tag. Im Anschluss daran erfolgt eine Diskussion über bestimmte Alltagsaktivitäten. Am Ende werden gemeinsame Spiele durchgeführt. Innerhalb des Gruppen-ROT bei Gerber et al. (1991) wurden viele Alltagsaktivitäten wie Essen bereiten, sich um sich selber kümmern, Identifizierung des Krankenhauses usw. innerhalb der Sitzungen geübt. Der Inhalt der in der Meta-Analyse von Spector et al. (2000) beschriebenen Gruppensitzungen bestand aus dem Präsentieren, Wiederholen und Anwenden von orientierenden Informationen. Bei Kaschel et al. (1992) wird beschrieben, dass das 24-Stunden-Training darin bestand, dass das Personal bei jedem Sozialkontakt mit dem Patienten sein orientierendes Verhalten verstärken, orientierende Dinge wiederholen und den Patienten ermutigen sollte.

5.5.9 Zeitrahmen und Setting

Validation-Therapie

Day (1997) betont, dass die Validation-Therapie vor allem in Langzeitpflegeheimen durchgeführt wird. Es liegen noch keine Studienergebnisse darüber vor, aber einige Autoren halten es für möglich die Therapie auch erfolgreich in Akutkrankenhäusern und in Gemeinden anwenden zu können (Fine & Rouse-Bane 1995). Bei Bleathman & Morton (1991) wurde die Therapie über einen Zeitraum von 20 Wochen geleitet. Eine Sitzung dauerte jeweils 45 Minuten und wurde wöchentlich zwischen 11 und 12 Uhr morgens gehalten. Es wurde darauf geachtet, dass die Therapien immer im selben Raum und mit dem zu jeder Zeit an der gleichen Stelle stehenden Mobiliar gehalten wurden. Die Gruppensitzungen bei Toseland (1997) wurden für insgesamt 52 Wochen viermal in der Woche je 30 Minuten lang gehalten. In der Studie von Emershaw & Scanland (1993) wurden die Sitzungen fünfmal in der Woche für je 30 Minuten gehalten.

Realitäts-Orientierungs-Training

Wie auch die Validation-Therapie wird das ROT häufig in Pflegeheimen angewendet (Fine & Rouse-Bane 1995). In der Studie von Emershaw & Scanland (1993) wurden die Sitzungen fünfmal in der Woche für je 30 Minuten gehalten. Bei Kaschel et al. (1992) fand das Klassenraum-ROT täglich für 30 Minuten statt. Der Raum wurde von ihnen wie ein wirklicher Klassenraum gestaltet. Bei der Studie von Zanetti et al. (1995) fanden die Sitzungen fünfmal in der Woche für jeweils einen Monat statt. Jede Sitzung dauerte 45 Minuten lang. Die Therapie wurde in einem Tageskrankenhauses durchgeführt. Die Gruppen fanden bei Gerber et al. (1991) insgesamt für 10 Wochen innerhalb eines geriatrisch-psychiatrischen Krankenhauses, viermal wöchentlich für je eine Stunde statt. Die Sitzungen fanden in einem wie ein Klassenraum gestalteten Raum statt. Innerhalb der untersuchten Studien der Meta-Analyse von Spector et al. (2000) variierten die Gruppenlängen zwischen 30-60 Minuten. Die Patienten hatten mindestens 10 Sitzungen über einen Zeitraum von 3 Wochen besucht. Bei Baldelli et al. (1993) fanden die Sitzungen über einen Gesamtzeitraum von drei Monaten dreimal in der Woche für 1 Stunde statt. Noll & Haag (1992) empfehlen das ROT möglichst fünfmal wöchentlich 30-60 Minuten lang durchzuführen. Von den 17 untersuchten Studien fanden 5 in Pflegeheimen und die Restlichen in psychiatrischen Kliniken statt. Gatz et

al. (1998) geben in ihrer Meta-Analyse an, dass die meisten „Klassenraum Realitäts-Orientierungs-Trainings“ für 30 Minuten von zweimal täglich bis zu dreimal in der Woche stattfanden.

5.5.10 Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen

Validation-Therapie

Die meisten der Validation-Therapien werden begleitend bzw. ergänzend zu der normalen physischen Pflege der Patienten von den Krankenschwestern durchgeführt.

Realitäts-Orientierungs-Training

Das ROT ist in den Klinikalltag völlig integriert. Es ist ein ökologisch ausgerichteter, ursprünglich ganzheitlich konzipierter Ansatz (Kaschel et al. 1992). Noll & Haag (1992) sehen es als äußerst wichtig an, das gesamte Pflegepersonal spezifisch im Sinn der Therapie zu schulen. Das Pflegepersonal sollte Literatur zu dem Thema lesen, Vorträge hören und Fortbildungen besuchen.

5.5.11 Wirkfaktoren und Ergebnisse

Insgesamt liegen bei beiden Therapiearten sehr wenig kontrollierte Studien vor. Die meisten Studien weisen erhebliche Mängel auf, die die Gültigkeit und Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse anzweifeln lassen (Noll & Haag 1992; Day 1997; Gatz et al. 1998; Spector et al. 2000; Kaschel et al. 1992).

Validation-Therapie

Durch die Validation-Therapie sollen allgemein folgende Ziele erreicht werden: Rückgang der innerlichen Regression, Verbesserung der Sprache, weniger Wandern und Weinen, mehr Interaktion bzw. Kommunikation, verbesserter Ausdruck und Gang, häufigeres Lächeln und Augenkontakt der Patienten (Feil 1993). Einige Autoren wie Erhardt et al. (1997) beleuchten die Techniken der Validation-Therapie auch kritisch: Ihnen erscheinen die speziellen psychotherapeutischen Interventionen die das Ziel haben, die betroffenen Älteren darin zu unterstützen, ihre in früheren Lebensphasen nicht gelösten Probleme zu verarbeiten, als problematisch. Day (1997) untersuchte in ihrem Überblick 5 Studien, die eine Validation-Therapie durchführten: 3 Studien

berichteten von negativen und zwei Studien von positiven Ergebnissen. Die Studie von Fine & Rouse-Bane (1995) offenbarte, dass das problematische Verhalten der Patienten um 73 % sank. In der Meta-Analyse von Finnema et al. (2000) wurden 6 Studien über die Validation-Therapie untersucht. Außer bei einer Studie (kein Unterschied zwischen ROT und Validation-Therapie) kamen die anderen 5 Studien zu positiven Ergebnissen. Morton & Bleathman (1991) berichteten, dass durch die Therapie die Tiefe und Häufigkeit der Interaktionen der dementen Patienten anstieg. Dagegen kam Toseland (1997) zu keinem positiven Ergebnis: Es konnte kein Unterschied der Ergebnisse, der Validation-Therapie im Vergleich zu 2 Kontrollgruppen festgestellt werden. Neal & Briggs (2003) kamen in ihrem Überblick über drei Studien zu dem Ergebnis, dass ungenügend Beweise vorlagen, um über die Effektivität der Therapie eine Aussage machen zu können. Es konnten keine positiven Veränderungen auf die Kognition, den emotionalen Status und die Alltagstätigkeiten der Patienten festgestellt werden. Nur bei einer Studie war eine positive Veränderung des Verhaltens festzustellen. Emershaw & Scanland (1993) konnten zwischen dem Realitäts-Orientierungs-Training, einer Kontrollgruppe und der Validation-Therapie in Bezug auf die Reduzierung der Depression der Patienten keinen statistisch signifikanten Unterschied feststellen: Alle drei Ansätze hatten keinen Einfluss auf den mentalen Status, den Level der Depression und den funktionalen Status des Patienten.

Realitäts-Orientierungs-Training

Manche Autoren werfen der Therapie vor, bei einigen Patienten zu sozialem Rückzug, Vegetieren und vergrößerter Feindseligkeit zu führen. Die Therapie kann außerdem Angst bei den Patienten auslösen (Fine & Rouse-Bane 1995; Morton & Bleathman 1991). Manche Autoren kritisieren, dass die vermittelten Informationen häufig wenig Bedeutung für den institutionalisierten Patienten haben (Erhardt 1997). Emershaw & Scanland (1993) stellen fest, dass zwischen dem ROT, einer Kontrollgruppe und der Validation-Therapie in Bezug auf die Reduzierung der Depression der Patienten kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden konnte: Beide Therapien haben keinen Einfluss auf den mentalen Status, auf das Level der Depression und auf den funktionalen Status des Patienten. Kaschel et al. (1992) kommen in ihrem Überblick zu dem Gesamtergebnis, dass die Effektivität des ROT im Hinblick auf eine verbesserte verbale Orientierung als gesichert gelten kann, sofern man „unbehandelte“ Kontrollen

zu diesem Vergleich heranzieht (d.h. Standardversorgung ohne ROT). Dagegen zeigen Gruppenstudien, in denen anders behandelte Kontrollen verwendet wurden, im Wesentlichen keine Überlegenheit von ROT auf. Generell sind ROT-Effekte nur mäßig ausgeprägt und auf direkt trainiertes bzw. ähnliches Probanden beschränkt. Zanetti et al. (1995) finden als Ergebnis ihrer Studie mit einer durchgeführten ROT-Gruppe, dass die Therapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zwar Einfluss auf die verbalen, aber auf keine anderen kognitiven Fähigkeiten der Patienten hatte. Allerdings wurden nach Beendigung der Therapie teilweise niedrigere Werte auf der MMSE Skala beobachtet. Die Depression der Patienten wurde nicht gesenkt. Gerber et al. (1991) leiten von ihrem Literaturüberblick ab, dass das ROT effektiv ist, aber die Gewinne häufig sehr klein ausfallen. In ihrer eigenen Studie zeigt das ROT höhere positive Werte als die Kontrollgruppen („Soziale Interaktionen“ und Standardbehandlung) auf. Die Ergebnisse konnten allerdings 10 Wochen nach Beendigung der Studie nicht aufrecht erhalten werden. Spector et al. (2000) kommen in ihrer Meta-Analyse über 6 ROT-Studien zu dem Ergebnis, dass das „Klassenraum-ROT“ sowohl Einfluss auf das Verhalten als auch auf die Kognition der dementen Patienten hatte. Es konnten allerdings keine Langzeiteffekte nachgewiesen werden. In der Studie von Baldelli et al. (1993) wurden positive Effekte des ROT im Gegensatz zu der Kontrollgruppe, in Bezug auf die Reduzierung der Depression, den kognitiven Status und die Orientierung sichtbar. Erhardt et al. (1997) gaben in ihrem Überblick über 3 Studien an, dass die Therapie Effekte auf die verbalen Orientierungsfähigkeiten hatte, aber es umstritten ist, wie weit diese auf andere Funktionsbereiche generalisierbar sind. Heterogene Ergebnisse ergaben sich für kognitive Fertigkeiten, Verhalten, Lebenszufriedenheit und Alltagsaktivitäten. Es konnten keine Langzeiteffekte aufrecht erhalten werden. Bei dem Literaturüberblick von Noll & Haag (1992) über 16 Studien konnten, mit Ausnahme von 2 Studien, klare Anzeichen für eine Verbesserung der Orientierung nach dem ROT sichtbar werden. Von den 7 Studien, die Auswirkungen auf die kognitiven Leistungen prüften, zeigten 5 positive Ergebnisse. Sieben von den 16 Studien, die auch die Auswirkungen auf das Verhalten der Patienten untersuchten, konnten positive Auswirkungen bestätigen. Bei allen Studien zeigten sich nach Wochen bzw. Monaten signifikante Abwärtsbewegungen, sowohl verbal als auch auf der Verhaltensebene. Gatz et al. (1998) prüften in ihrer Meta-Analyse 6 Studien, die die Effektivität des ROT

untersuchten. Sie kamen zu dem Gesamtergebnis, dass das ROT wahrscheinlich erfolgreich die Orientierung der dementen Patienten verbessert, aber keine Langzeiteffekte erlangt werden können.

5.5.12 Zusammenfassung

Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Sowohl die Validation-Therapie als auch das ROT werden nahezu ausschließlich von **Krankenschwestern** geleitet. In Bezug auf die Validationstherapie existiert sogar ein spezifischer Beruf des „**Validationsarbeiters**“, dessen Ausbildung auf den Lehrinhalten nach Naomi Feil beruht, die den Beruf auch entwickelte. Die Therapeuten sollten generell spezielle Schulungen besucht haben, die die Techniken und Theorien der Therapie lehren. Das Vorgehen der Therapeuten ist validierend und nicht konfrontierend. Die Therapeuten des ROT sollen zur Förderung der Aufmerksamkeit der Patienten sie **ständig anregen** und Stimulationen bieten (**orientierende Informationen über Zeit, Ort usw. präsentieren**). Ein **direktes, aber nicht forderndes** Verhalten des Leiters wird verlangt.

Alterszusammensetzung der Gruppen

Das Alter der teilnehmenden Patienten ist meistens sehr hoch. Das heißt, die meisten Patienten sind zwischen **75-85 Jahre** alt, viele Patienten liegen altersmäßig auch im **80er Bereich**.

Gruppengröße

Die **meisten** Gruppen bestehen aus **5-10 Teilnehmern**. Es fällt allerdings auf, dass einige Gruppen auch nur mit **3-5 Patienten** geleitet wurden. Es wird generell eher empfohlen mit kleineren Gruppen zu arbeiten.

Diagnosen und Indikationen

Alle der in diesem Kapitel besprochenen Therapien wurden mit **dementen bzw. verwirrten** Älteren, die in einem **Pflegeheim** wohnen, durchgeführt. Teilweise wird betont, dass auf ein eher **homogenes kognitive Level** der Patienten innerhalb einer Gruppe geachtet werden sollte.

Auswahlkriterien

Zur Aufnahme in die Gruppen mussten die Patienten meistens bestimmte vorher festgelegte Werte auf der MMSE Skala aufweisen. Die Patienten sollten die **Abwesenheit einer Aphasie, einer Blindheit, einer Taubheit, zu starker kognitiver Einschränkungen und größerer Verhaltensstörungen, wie das Wandern oder die Agitation** nachweisen können.

Technische Aspekte

Im Gegensatz zum ROT, kommen innerhalb der Validation-Therapie mit Ausnahme der speziellen Kommunikationstechniken keine technischen Hilfsmittel zum Einsatz. Innerhalb der meisten Realität-Orientierungs-Trainings kommen **Abreißkalender, große Uhren, Stadtpläne oder Außenansichten der jeweiligen Institutionen** usw. zum Einsatz. Beide Therapien wurden innerhalb eines sehr strukturierten Gruppenformat geführt.

Verlauf und Inhalt

Innerhalb der Validation-Therapie wurde noch mehr auf eine gemeinsame Begrüßung/Einleitung bzw. Beendigung der Therapie geachtet und der Schwerpunkt lag auf den gemeinsamen Diskussionen über bestimmte Themen. Dagegen besteht das ROT eher aus dem reinen Präsentieren von orientierenden Informationen und dem praktischen Üben von bestimmten Alltagsaktivitäten.

Zeitraumen und Setting

Beide Therapien werden fast immer **drei- bis fünfmal wöchentlich**, also eher täglich als wöchentlich für jeweils **30-45** Minuten durchgeführt. Fast alle der Therapien wurden im Rahmen von **Pflegeheimen** und etwas seltener innerhalb psychiatrischer Kliniken durchgeführt. Es existiert kein einheitlicher Trend, wie lange die Gesamtdauer der Therapie ist. Das heißt, manche der Therapien wurden über einen Gesamtzeitraum von 3 Monaten angeboten, manche Therapien fanden dagegen nur für 10 Sitzungen statt. Die Therapien wurden alle **morgens**, z.B. zwischen 11-12 Uhr geführt. Es wurde bei beiden Therapien darauf geachtet, dass immer der **selbe Raum**, mit dem immer möglichst gleich bleibenden Mobiliar benutzt wurde.

Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen

Beide Therapien laufen parallel zur Standardpflege der Patienten ab und sind in den normalen Ablauf der jeweiligen Institutionen integriert.

Wirkfaktoren und Ergebnisse

Insgesamt liegen bei beiden Therapiearten sehr wenige kontrollierte Studien vor. Die meisten Studien weisen erhebliche Mängel auf, die die Gültigkeit und Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse oft anzweifeln lassen.

Bei der **Validation-Therapie** kann **nicht die Effektivität eindeutig festgestellt** werden. Von insgesamt 8 Veröffentlichungen kommen nur drei dieser Veröffentlichungen zu positiven Ergebnissen.

Einige Autoren kritisieren, dass das **ROT sozialen Rückzug, Vegetieren und vergrößerte Feindseligkeit** bei dem Patienten auslösen kann. Die Therapie kann außerdem Angst bei den Älteren auslösen. Generell kann nicht eindeutig festgestellt werden, dass das ROT effektiv ist, da insgesamt mehrere Studien zu keinen positiven Ergebnissen kommen. Allerdings beschreibt die Mehrheit der Veröffentlichungen, dass zwar sehr geringe, aber doch positive Effekte in Teilbereichen auftraten. Die Ergebnisse können bei nahezu jeder Studie **nicht über einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten** werden und beinhalten nur Verbesserungen in Bezug auf die verbale und nicht die kognitive Orientierung. Es konnte nur innerhalb einer der hier aufgeführten Studien eine Reduzierung der Depressionen der Patienten festgestellt werden. Generell sind **ROT-Effekte** nur **mäßig ausgeprägt** und auf direkt trainiertes bzw. ähnliche Probanden beschränkt.

Innerhalb einer Studie, die die beiden Therapieansätze miteinander verglich, wurde **kein statistisch signifikanter Unterschied** festgestellt: Beide Therapien hatten **keinen Einfluss auf den mentalen Status, den Level der Depression und den funktionalen Status des Patienten.**

5.6 Verschiedene Therapieansätze

5.6.1 Literaturüberblick

In diesem Kapitel werden die Therapien beschrieben, die keinem anerkannten Therapieverfahren zuzuordnen sind. Sie stellen keine reinen Gesprächstherapien dar, haben oft einen sehr speziellen theoretischen oder philosophischen Hintergrund, arbeiten mit dem Einsatz von bestimmten technischen Mitteln oder sprechen nur eine ganz spezifische Zielgruppe an. Dieses Kapitel soll prinzipiell neben den eigentlichen Ergebnissen aufzeigen, wie hoch die Anzahl der weiteren Therapieansätze ist, die mit älteren Menschen durchgeführt werden können. Zu diesen von der Autorin berücksichtigten Therapien gehören: „The Wisdom Group“, eine aktivierende Ergotherapie, „Support Groups“, die Systemische Therapie, „The Intergenerational Life History Project“, eine Gruppenpsychotherapie mit religiösen Themen, eine „Autobiographische Gruppe“, eine „Geschichtsgruppe“, „Bereavement Groups“, ein „Intergenerational geriatric remotivation program“.

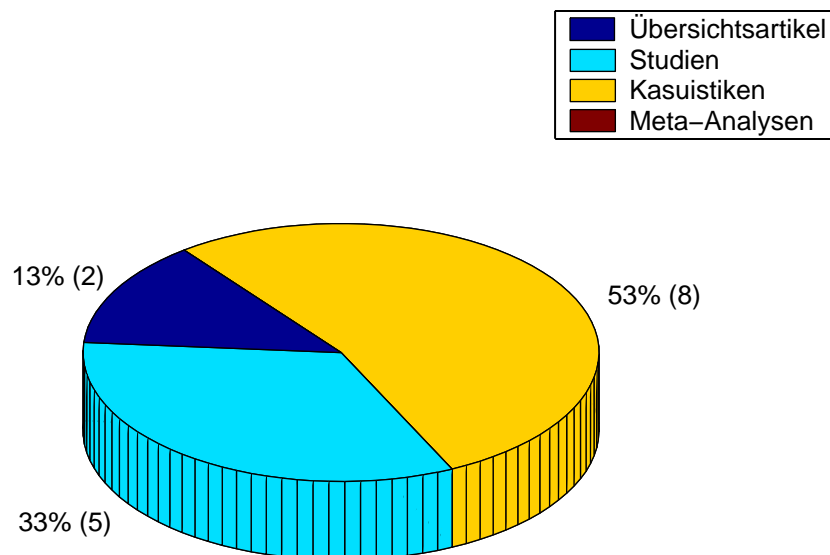


Abbildung 10: Publikationsarten zu den verschiedenen Therapieansätzen (n=15)

Innerhalb dieses Kapitels dominieren die Fallberichte (8), wobei ein Fallbericht über eine Einzeltherapie und eine Fallbeschreibung über eine Gruppentherapie berichtet, die

nicht speziell nur für ältere Menschen konzipiert ist. Bei den Studien (5) wird in zwei Fällen nicht ersichtlich, ob es sich um ein beschriebenes Einzel- oder Gruppensetting handelt. Es werden nur zwei Übersichten innerhalb dieses Kapitels wiedergegeben.

5.6.2 Konzepte

Aus den oben genannten Gründen (siehe Literaturüberblick) war es der Autorin einerseits aufgrund der Tatsache, dass viele der hier untersuchten Therapien keiner Therapie zuordbar sind und angesichts der greifbaren Literatur nicht möglich, für jede dieser Therapieformen das allgemeine Konzept innerhalb dieser Untersuchung zu beschreiben, gegenüber zu stellen und voneinander abzugrenzen.

5.6.3 Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

„The Wisdom Group“

Austad (1992) berichtet, dass die Gruppe von den verschiedensten Berufen, wie z.B. Sozialarbeitern, Psychologen, Ärzten, Pastoren geleitet werden kann.

Systemische Therapie

Die Therapie wurde von zwei Stationsärztinnen durchgeführt. Sie forderten die Patienten regelmäßig auf, sich zu beteiligen, und hatten dementsprechend insgesamt auch eine sehr aktive Rolle. Sie betonten die Unterschiede zwischen den Mitgliedern bei der Lösung von Aufgaben. Sie vermieden Bewertungen und waren überparteilich, eine Haltung, die den Patienten zum Experten seiner Geschichte, Gegenwart und seiner Zukunft machte (Rahn 1995).

„Support Groups“

Innerhalb der Gruppen, die von Cummings (2003) beschrieben wurden, leitete ein Sozialarbeiter mit einem Gärtner die Therapien. Auch innerhalb der Übersicht über „mutual aid groups“, von Kelly (1999) und der „support group“, über die Greenber et al. (1999) berichten, werden als Leiter Sozialarbeiter beschrieben. Kelly (1999) betont, wie vorsichtig der Leiter mit der häufig sehr labilen Patientengruppe der psychisch kranken Älteren umgehen muss. Er muss sehr genaue theoretische Kenntnisse über den Umgang mit dieser Partiangruppe haben. Greenberg et al. (1999) bewerten es als sehr wichtig,

dass der Leiter eine sehr aktive Partizipation aufzeigt und auch als Rollenmodell tätig sein sollte. Der Leiter übt die Rolle eines Mitgliedes, Freundes und Leiters aus.

„Gruppenpsychotherapie mit religiösen Themen“

Kehoe (1998) empfindet es als sehr wichtig, dass der Leiter ausreichend Erfahrung darin hat, mit psychisch gestörten Patienten über spirituell-religiöse Themen zu diskutieren. Die Autorin betont dabei ihre 16 Jahre lange Erfahrung.

5.6.4 Die Zusammensetzung der Gruppe

5.6.4.1 Die Alterszusammensetzung

„The Wisdom Group“

Die Gruppe arbeitete mit 5 Patienten, die über 68 Jahre alt sind.

„Aktivierende Ergotherapie“

Das Durchschnittsalter betrug 83 Jahre (Bach et al. 1993).

„The Intergenerational Life History Project“

Die 50 älteren Gemeindemitglieder waren alle über 85 Jahre alt (Faer 1995).

„Autobiographische Gruppe“

Bei Botellea & Feixas (1992-1993) lag das Durchschnittsalter der Patienten bei 68 Jahren.

„Support Groups“

Innerhalb der Gruppen, die von Cummings (2003) beschrieben wurden, lag das Durchschnittsalter bei 84 Jahren. Das Alter in der Gruppe bei Greenberg et al. (1999) variierte in dem Bereich zwischen 65 und 87 Jahren.

„Geschichtsgruppe“

Das Durchschnittsalter der Gruppenmitglieder lag bei 70 Jahren (Delius 1990).

5.6.4.2 Geschlechterverhältnis und Gruppengröße

Gruppengröße

„The Wisdom Group“

Die Therapie arbeitete mit 5 Patienten innerhalb einer Gruppe (Austad 1992).

„Aktivierende Ergotherapie“

Die Gruppe beinhaltete jeweils 5-6 Patienten (Bach et al. 1993).

„Intergenerational geriatric remotivation program“

Innerhalb des Programms partizipierten 6 Jugendliche und 6 ältere Menschen. Jeweils ein Jugendlicher und ein älterer Mensch bildeten ein Gesprächspaar (Hutchinson & Bondy 1990).

Systemische Therapie

In der Veröffentlichung von Rahn (1995) variierte die Gruppengröße zwischen 6-10 Mitgliedern.

„Autobiographische Gruppe“

Bei Botellea & Feixas (1992-1993) waren 12 Mitglieder innerhalb der Gruppe.

„Support Groups“

Innerhalb der Gruppen, die von Cummings (2003) beschrieben wurden, waren durchschnittlich 5 Mitglieder. Die Gruppe bei Greenberg et al. (1999) bestand aus 6 Mitgliedern.

„Geschichtsgruppe“

In der Gruppe waren jeweils 5-6 Patienten anwesend (Delius 1990).

„Gruppenpsychotherapie mit religiösen Themen“

In der Gruppe partizipierten 10 bis 12 Mitglieder mit (Kehoe 1998).

Geschlechterverhältnis

„The Wisdom Group“

Die Therapie arbeitete ausschließlich mit 5 männlichen Mitgliedern (Austad 1992).

„Aktivierende Ergotherapie“

Innerhalb der Gruppe waren nur 2 Männer und 20 Frauen (Bach et al. 1993).

Systemische Therapie

In der Veröffentlichung von Rahn (1995) bestand eine Mehrheit an Frauen.

„Support Groups“

Innerhalb der Gruppen, die von Cummings (2003) beschrieben wurden, war die große Mehrheit der Mitglieder weiblich und verwitwet. Innerhalb der Veröffentlichung von Greenberg et al. (1999) bestand die Gruppe nur aus Frauen.

„Geschichtsgruppe“

Delius (1990) beschreibt eine Gruppe in der 85 % der Mitglieder weiblich waren.

„Gruppenpsychotherapie mit religiösen Themen“

In der Gruppe partizipierten sowohl Männer als auch Frauen (Kehoe 1998).

5.6.4.3 Diagnosen und Indikationen: Zusammensetzung der Gruppe bezüglich der Erkrankungen

„The Wisdom Group“

Die Gruppenmitglieder waren Patienten einer geriatrisch, psychiatrischen Station.

„Aktivierende Ergotherapie“

Die Therapie wurde mit multimorbiden, geriatrischen Patienten eines Krankenhauses für chronisch Kranke geführt.

Systemische Therapie

Rahn (1995) berichtet in seiner Veröffentlichung über eine Gruppenpsychotherapie, die mit depressiven Patienten durchgeführt wurde. Zusätzliche Symptome waren oft noch

eine beginnende dementielle Entwicklung, Alkohol und/oder Medikamentenabusus und wahnhafte Symptome.

„Autobiographische Gruppe“

Bei Botellea & Feixas (1992-1993) arbeiteten mit freiwilligen Älteren eines Freizeitzentrums.

„Bereavement Groups“

Cohen (2000) beschreibt Gruppen, in denen mit trauernden Menschen, deren Ehepartner verstorben sind, gearbeitet wird.

„Support Groups“

Das Therapiekonzept, welches von Cummings (2003) geschildert wird, arbeitet mit depressiven Patienten, die innerhalb eines Betreuten Wohnens leben. Innerhalb der Übersicht über „mutual aid groups“, von Kelly (1999) wurden psychisch kranke ältere Patienten als Zielgruppe genannt. Die von Goldsilver & Gruneir (2001) beschriebene Gruppe arbeitete mit dementen Patienten (siehe Kapitel „Verschiedene Therapieansätze bei dementen Patienten“).

Nicht altersspezifisch

Classen et al. *(2001) führten die Therapie erfolgreich mit Frauen, die unter Brustkrebs litten durch.

„Geschichtsgruppe“

Innerhalb der Gruppe existierten verschiedene Diagnosen nebeneinander. Die meisten Mitglieder litten an depressiven Symptomen, danach folgten die paranoiden und die dementen Symptome (Delius 1990).

„Gruppenpsychotherapie mit religiösen Themen“

In der Gruppe partizipierten Patienten mit einer psychischen Krankheit, die zusätzlich sehr stark über spirituelle bzw. religiöse Themen und Aspekte in ihrem Leben verstört waren (Kehoe 1998).

5.6.5 Auswahlkriterien

„Intergenerational geriatric remotivation program“

Die Älteren durften physisch und mental nicht zu stark eingeschränkt sein, dementsprechend nicht zu große Hör- und Seheinschränkungen aufweisen. Sie sollten fähig sein eine Konversation führen zu können (Hutchinson & Bondy 1990).

„Support Groups“

Um in die Gruppen, die von Cummings (2003) beschrieben wurden, aufgenommen zu werden, durften die Patienten keine kognitiven Einschränkungen, großen Hörprobleme oder eine expressive Aphasie aufweisen. Sie führten die Therapie auch mit sehr zurückgezogenen Älteren durch.

„Gruppenpsychotherapie mit religiösen Themen“

Kehoe (1998) lässt auch wahnhaftige Patienten im Gegensatz zu den meisten anderen Gruppenpsychotherapieansätzen bei Älteren zu.

Systemische Therapie

Rahn (1995) gibt an, dass der klinische Rahmen in dem die Therapie durchgeführt wurde, innerhalb der Zielgruppe und den Zielvorstellungen beentsprechend auch den Einschluss von schwerst depressiven Patienten zugelassen hat. Wenn nicht eine ausgeprägte paranoide Symptomatik vorlag, konnten auch Patienten mit zusätzlichen Wahnsymptomen an der Gruppe teilnehmen. Einige Patienten zeigten eine beginnende dementielle Entwicklung und damit verbundene Orientierungsschwierigkeiten. Auch suizidale Patienten blieben in der Regel integriert. Die Teilnehmer der Gruppen dürften lediglich nicht bettlägerig sein, sie müssten sich äußern können und Bewusstseinsklarheit aufweisen.

5.6.6 Technische Aspekte

„Aktivierende Ergotherapie“

Innerhalb der Therapie wurden die Patienten durch ein Angebot an geistig und handwerklich kreativen, musischen und sozial kommunikativen Tätigkeiten stimuliert.

Systemische Therapie

Es herrschte ein sehr strukturierter und ritualisierter Ablauf. Es wurden regelmäßig Hinweise auf die Gruppenregeln gemacht. Die einzelnen Sitzungen orientierten sich an bestimmten Themen (Rahn 1995).

„Autobiographische Gruppe“

Botellea & Feixas (1992-1993) arbeiten mit dem therapeutischen Mittel, dass sich die Patienten innerhalb der Gruppe als Diskussionsanstöße autobiographische Texte aus ihrem Leben vorlesen.

„Bereavement Groups“

Cohen (2000) arbeitet mit dem bewussten Einsatz von kurativen Faktoren (wie das Wiederaufbauen von Hoffnung und der eigenen Identität usw.) um den Trauerprozess der Mitglieder zu erleichtern.

„Support Groups“

Das Therapiekonzept, welches von Cummings (2003) beschrieben wird, beinhaltet Konzepte der „supportiven“ und „remotivierenden“ Therapie. Die „supportiven“ Techniken fokussieren als eine Hauptaufgabe die Anpassung an altersspezifische Probleme. Die Therapie betont die Stärken der Älteren und ermöglicht ihnen an vergessene Fähigkeiten wieder anzuknüpfen und neue Fertigkeiten zu entwickeln. Die Therapie gibt den Gruppenmitgliedern die Chance, die sozialen Fertigkeiten üben und erweitern zu können, die in Bezug auf den Umgang mit dem Verlust wichtiger Menschen oder z.B. Umzügen (z.B. in ein Betreutes Wohnen) wichtig erscheinen. Die Remotivations-therapie wurde ursprünglich in den 50er Jahren für psychiatrische Patienten entwickelt, wird aber seit Jahren auch mit sehr zurückgezogen lebenden Älteren durchgeführt. Es wird eine strukturierte Diskussion mit sensorischen Stimulationen häufig innerhalb der Therapie kombiniert.

„Gruppenpsychotherapie mit religiösen Themen“

Kehoe (1998) macht deutlich, dass jede religiöse Einstellung und Meinung innerhalb der Therapie respektiert wird, es ist keine Gebetsgruppe oder Bibelstudiumsgruppe.

„Geschichtsgruppe“

Der Gesprächsverlauf lief innerhalb der von Delius (1990) beschriebenen Gruppe weitgehend formalisiert. Auf der Grundlage von systemtheoretischen und milieutherapeutischen Konzepten wurde versucht, eine alltagsnahe, vernetzte Sozialstruktur unter den Patienten zu fördern und in diesem Rahmen auch verstärkt Gruppenkonstellationen therapeutisch zu nutzen.

5.6.7 Verlauf und Inhalt der Therapie

„The Wisdom Group“

Die Gruppe hatte einen sehr speziellen Ablauf, da die Therapie nur aus dem Vorgang bestand, dass der Therapeut bestimmte Wörter, wie z.B. „Freunde“, „Stille“, „Ehefrauen“, „Ehemänner“, „Essen“, „Alkohol“ und „Pflanzen“ in die Gruppe sagte und jeder Patient einen Ratschlag dazu verbal äußern sollte. Diese Ratschläge wurden von dem Therapeuten aufgenommen, danach aufgeschrieben und innerhalb einer kleinen Broschüre gedruckt (Austad 1992). Die Mitglieder beteiligten sich aktiv und schienen Freude an der Gruppe zu haben. Die erhöhten Interaktionen der Mitglieder konnten allerdings nicht außerhalb der Gruppe aufrecht erhalten werden.

„Intergenerational geriatric remotivation program“

In den ersten 15 Minuten der Sitzungen wurden Getränke und Essen gereicht, welche dann verzehrt wurden. Danach erfolgten für die nächsten 30 Minuten bestimmte gemeinsame Aktivitäten wie Gartenarbeiten, Tischspiele, Handwerksarbeiten usw. Die letzten 10 Minuten wurden damit verbracht, die Älteren wieder zurück ins Pflegeheim zu bringen und sich von den Aktivitäten wieder sauber zu machen. Die Autoren beschreiben drei Prozesse innerhalb des Programms: Am Anfang stellten sich die Älteren und die Jugendlichen gegenseitig vor und präsentierten sich. Danach sollten sie an vorher festgelegten Aktivitäten teilnehmen, um sich während des gemeinsamen Handelns aufeinander einzustellen und einzulassen (Hutchinson & Bondy 1990).

„The Intergenerational Life History Project“

Die Treffen zwischen den High School-Schülern und den älteren Gemeindemitgliedern liefen so ab, dass die Schüler die Lebensgeschichte, die die Älteren ihnen erzählten, aufschrieben (Faer 1995).

Systemische Therapie

Am Anfang der Therapie stellten die Therapeuten sich selber und evtl. neue Mitglieder vor und führten die Gruppenregeln in der Gruppe ein. Danach erfolgten Diskussionen über Themen die den Bereich der Familie, des Lebensumfeldes, der Erinnerungen an bestimmte Erlebnisse und Berichte über Lieblingsdinge, umfassten.

„Autobiographische Gruppe“

Bei Botellea & Feixas (1992-1993) wird innerhalb der ersten 30 Minuten der von einem Patienten selbst geschriebene, autobiographische Text vorgelesen. In den nächsten 60 Minuten erfolgt eine Gruppendiskussion über den Text und das dadurch jeweils angesprochene Thema. Typische Themen waren die Herkunftsfamilien, die selbstgegründete Familie, Freunde, Lebenserfahrungen und Hobbies.

„Bereavement Groups“

Cohen (2000) unterteilt die Aufgaben einer Gruppe, die mit trauernden Angehörigen arbeitet, in drei Hauptbestandteile: (1.) Instrumentelle Unterstützung (z.B. Ratschläge geben, wie eine Beerdigung zu organisieren ist oder wie man durch das Anmachen eines Radios das Einsamkeitsgefühl reduzieren kann). (2.) Emotionale Unterstützung (die Gruppe bringt dem Trauernden Empathie und Verständnis gegenüber). (3.) Bestätigende Unterstützung (die Gruppe normalisiert den Trauerprozess und erklärt dem Trauernden was er zu erwarten hat).

„Support Groups“

Innerhalb der Gruppen, die von Cummings (2003) beschrieben wurden, bestand der Inhalt der Therapie auf der einen Seite aus gemeinsamen Gartenaktivitäten und auf der anderen Seite aus themenorientierten Gruppendiskussionen (z.B. über angepasste soziale Fertigkeiten, dem Umgang mit Verlusten usw.). Innerhalb der Übersicht über „mutual aid groups“ von Kelly (1999) werden Themen genannt die typischerweise innerhalb dieser Gruppen mit psychisch kranken Älteren in bestimmten Phasen des Gruppenprozesses aufkommen. Dazu gehören Themen über den Tod, über den Alterungsprozess, über Autoritäten und über die entstehende Intimität innerhalb der Gruppe. Der Inhalt der von Greenberg et al. (1999) beschriebenen Gruppe bestand darin, dass die Gruppenmitglieder anhand unterschiedlichster Themen über die Wichtigkeit von Freundschaften in ihrem Leben diskutierten.

„Geschichtsgruppe“

In der Gruppe wurden themenzentriert autobiographische Erinnerungen zur Alltagsgeschichte erfragt (Delius 1990).

„Gruppenpsychotherapie mit religiösen Themen“

Innerhalb der Gruppensitzungen ist ein zentrales Element, dass über geistige und religiöse Themen geredet wird. Das kognitive Potential der Mitglieder muss mit ihren Gefühlen und Emotionen integriert werden. Zwischen den Mitgliedern soll durch die Diskussionen ein interreligiöser Begegnungsprozess stattfinden. Die Gruppe ist als ein sozial-religiöser Kontext konzipiert in dem psychologische und geistige Konflikte evtl. konfrontiert, erforscht und wiederverarbeitet werden können und dadurch eine therapeutische und Wachstum produzierende psycho-geistige Erfahrung entstehen lassen kann (Kehoe 1998).

5.6.8 Zeitrahmen und Setting

Dauer

„The Wisdom Group“

Die Gruppe traf sich einmal in der Woche für 1 Stunde (Austad 1992).

„Aktivierende Ergotherapie“

Bach et al. (1993) gaben an, dass die Gruppe sich zweimal in der Woche für 1 Stunde über einen Gesamtzeitraum von 24 Wochen traf.

„Intergenerational geriatric remotivation program“

Die Sitzungen zwischen den Jugendlichen und Älteren fanden zweimal wöchentlich für je eine Stunde für insgesamt ein Jahr statt (Hutchinson & Bondy 1990).

„The Intergenerational Life History Project“

Die 50 älteren Gemeindemitglieder und die 50 High School Schüler trafen sich für insgesamt 38 Wochen einmal wöchentlich für eine Stunde (Faer 1995).

Systemische Therapie

Rahn (1995) berichtet über eine Gruppe, die einmal wöchentlich für 1 Stunde statt fand.

„Autobiographische Gruppe“

Bei Botellea & Feixas (1992-1993) traf sich die Gruppe einmal wöchentlich für 90 Minuten für insgesamt 10 Wochen.

„Support Groups“

Innerhalb der Gruppen, die von Cummings (2003) beschrieben wurden, traf sich die Gruppe zweimal in der Woche für insgesamt 10 Sitzungen. Die Gruppe bei Greenberg et al. (1999) traf sich morgens zwischen elf und zwölf Uhr einmal in der Woche.

„Geschichtsgruppe“

Die Gruppe traf sich einmal wöchentlich für **30-45 Minuten** für insgesamt 8 Monate (Delius 1990).

„Gruppenpsychotherapie mit religiösen Themen“

Die von Kehoe (1998) beschriebene Gruppe traf sich einmal wöchentlich für 45 Minuten.

Setting

„The Wisdom Group“

Die Therapie arbeitete mit 5 Patienten innerhalb einer geriatrischen Psychiatrie (Austad 1992).

„Aktivierende Ergotherapie“

Die Therapie fand auf einer **geriatrischen Station** einer Psychiatrie statt (Bach et al. 1993).

„Intergenerational geriatric remotivation program“

Die Sitzungen zwischen den Jugendlichen und Älteren fanden in einem Pflegeheim statt (Hutchinson & Bondy 1990).

Systemische Therapie

Rahn (1995) beschreibt eine Gruppe, die auf einer Station innerhalb einer Psychiatrie geleitet wurde.

„Autobiographische Gruppe“

Bei Botellea & Feixas (1992-1993) traf sich die Gruppe auf dem Gelände eines Freizeitzentrums für ältere Menschen.

„Support Groups“

Die Gruppen, die von Cummings (2003) beschrieben wurden, trafen sich in einem Aktivitätsraum des Betreuten Wohnens. Greenberg et al. (1999) betonen, dass die „unterstützende“ Gruppe sowohl in Seniorenzentren als auch in Pflegeheimen oder auch Psychiatrien geleitet werden kann.

„Geschichtsgruppe“

Die Gruppe wurde im Rahmen einer allgemein psychiatrischen Station geleitet (Delius 1990).

5.6.9 Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen

Systemische Therapie

Rahn (1995) betont, dass die psychotherapeutische Gruppentherapie eine Möglichkeit ist, die soziale Dimension der stationären Behandlung mit der Zielsetzung der Therapie depressiver Erkrankungen zu verbinden. Die von ihm beschriebene Gruppe ist durch die Einbettung in den Gesamtbehandlungsplan der offenen, allgemeinpsychiatrischen Station gekennzeichnet. Der Eintritt in die Gruppe ist somit durch die Aufnahme dieser Station bestimmt.

5.6.10 Wirkfaktoren und Ergebnisse

„The Wisdom Group“

Die Mitglieder der „Wisdom group“ beteiligten sich aktiv und schienen Freude an der Gruppe zu haben. Die erhöhten Interaktionen der Mitglieder konnten allerdings nicht außerhalb der Gruppe aufrecht erhalten werden. Die Therapie förderte das Erinnern und erhöhte das Selbstbewusstsein der Patienten (Austad 1992).

„Aktivierende Ergotherapie“

Die Beurteilung psychometrischer Variablen nach 12 und nach 24 Wochen Therapie ergab im Gegensatz zu der Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit der Interventionsgruppe (Bach et al. 1993).

Entspannungstraining

Unbekanntes Therapieformat

Rickard et al. (1994) führten eine Studie mit 27 Patienten, die unter einer Angststörung litten, durch und kamen zu dem Ergebnis, dass selbst nach einem Jahr „Follow up“ die positiven Effekte der Therapie auf die Angststörung, Entspannung und psychologischen Symptome der Patienten bestehen blieben. **Scogin et al. (1992)** berichten, dass nach einem Monat „Follow up“ die Patienten mit einer Angststörung sowohl nach einer imaginären als auch einer aktiven progressiven Muskelentspannung positive Veränderungen aufzeigten.

Familiengruppentherapie

Qualls (1997) beschreibt die Familientherapie mit älteren Menschen und ihrer Familie als eine spezielle Instanz der Gruppenpsychotherapie. Sie betont die Schwierigkeit des Therapeuten bei der Gruppenleitung, da klare Rollenverteilungen und Definitionen fehlen, wie sie z.B. bei anderen Gruppentherapien und Familientherapien mit jüngeren Familien bestehen. Es müssen auffallend viele Familienstrukturen und Prozesse betrachtet werden.

„Intergenerational geriatric remotivation program“

Das Programm wird von Hutchinson & Bondy (1990) als sehr komplex und teilweise auch problematisch beschrieben. Damit so ein Programm wirklich die soziale Isolation der älteren Teilnehmer senken kann, ist ein ständiges „Monitoring“ und Intervenieren des die Teilnehmer betreuenden Personals erforderlich.

„The Intergenerational Life History Project“

Das Programm soll eine gegenseitige Unterstützung der beiden Altersgruppen durch das gemeinsame Erinnern bewirken. Das Selbstbewusstsein beider Parteien könnte erhöht und positive Verhaltensänderungen ermöglicht werden (Faer 1995).

„Rational-Emotive Therapy“

Einzeltherapie

Die Therapie wird von Ellis ebenfalls als erfolgreich anwendbar bei älteren Menschen beschrieben. Er unterstützt diese Aussage mit einer Kasuistik, die die erfolgreiche Durchführung der Therapie bei einer verwitweten, älteren Frau schildert, deren depressive Symptome verschwanden (Ellis 1990).

Systemische Therapie

Rahn (1995) betont die hohe Akzeptanz der Therapie bei den Älteren. Selbst schwerst-depressive Patienten beteiligten sich an der Gruppe. Es wurden Depressions-bessernde Affekte ermöglicht.

„Support Groups“

Innerhalb der Studie, die von Cummings (2003) beschrieben wird, konnte nach der Therapie eine Reduzierung der Depression der Mitglieder und eine Zunahme der Lebenszufriedenheit und erhaltener sozialer Unterstützung nachgewiesen werden. Bei der Remotivationstherapie an sich besteht das therapeutische Ziel darin, dass durch die Herstellung einer Verbindung zwischen der inneren und äußeren Welt der Älteren das Interesse von ihnen wieder erweckt werden sollte, so dass sie sich innerhalb ihrer Umgebung wieder neu engagieren.

Greenberg et al. (1999) stellen am Ende der Therapie fest, dass die Frauen einen hohen Stellenwert auf Freundschaften innerhalb der Gruppe und allgemein in ihrem Leben setzten. Es entwickelte sich eine Atmosphäre des Vertrauens und Intimität.

„Geschichtsgruppe“

Delius (1990) kommt zu dem Ergebnis, dass gerontopsychiatrische Patienten als „Oral Authors“ einen altersadäquaten, kompetenten Beitrag in dem als soziales System definierten Rahmen einer allgemeinpsychiatrischen Station zu geben in der Lage sind. Die Patienten bewerteten die Gruppe als die angebotene Aktivität innerhalb des Stationsangebotes, welches ihnen am meisten Freude bereitete. Insgesamt wurden eher Aktivitäten als positiv bewertet, die sich nicht direkt mit der Krankheit auseinandersetzen.

„Gruppenpsychotherapien mit religiösen Themen“

In dem Maße wie Genia (2004) diesen Therapieansatz bei allgemein jeder Altersgruppe für sehr hilfreich beschreibt, betont Kehoe (1998) dies speziell auch in Bezug bei Älteren. Die Therapie bietet für die Patienten einen therapeutischen Kontext zur Überprüfung der eigenen religiösen Überzeugungen und religiösen Traditionen. Fragen, Probleme und Gefühle der Patienten, die sie über ihre religiösen und geistigen Gedanken in ihrem Leben haben, werden innerhalb der Gruppe untersucht und diskutiert.

5.6.11 Besondere Vorteile der Gruppen in Abgrenzung zur Einzelpsychotherapie

„Bereavement Groups“

Cohen (2000) betont in seinem Übersichtsartikel, dass für trauernde ältere Menschen die Gruppentherapie der Einzeltherapie überlegen ist. Es wird hervorgehoben, dass für die Trauernden das Gefühl sehr wichtig ist, nicht alleine mit dem Leiden zu sein und nicht, wie sie es innerhalb des Freundeskreises und der Familie erleben, Vorwürfe für ihre lange Trauerphase zu bekommen. Ihre soziale Isolation wird reduziert und sie profitieren von den Ratschlägen der anderen Mitglieder und dem Gefühl, selber Ratschläge geben zu können.

„Support Groups“

Cummings (2003) sieht den Vorteil der Gruppentherapie in seiner Kosteneffizienz und darin, dass dem Patienten soziale Interaktionen geboten werden, die seine Isolation und Einsamkeit senken. Soziale Netzwerke werden neu aufgebaut, das Selbstwertgefühl der Patienten steigt dadurch an. Die Patienten erlangen die Möglichkeit, die Universalität ihrer altersspezifischen Veränderungen und Probleme zu sehen. Greenberg et al. (1999) heben hervor, dass das Gruppenformat häufig weniger bedrohend auf die Älteren wirkt. Es ermöglicht, dass die Älteren die Universalität ihrer altersspezifischen Probleme und Veränderungen kennen. Das Gruppenmodell bestätigt, unterstützt und vergrößert die Werte des Zusammengehörigkeitsgefühls, der Freundschaft, des Vermächtnisses und der Selbstbestimmung der älteren Frauen.

5.6.12 Zusammenfassung

Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Innerhalb dieses Kapitels fällt auf, dass **vorwiegend Sozialarbeiter** die „supportiven Therapien“ leiten. Die systemische Therapie dagegen wird von **zwei Ärztinnen** geleitet. Bei einigen Therapien werden die Sitzungen von verschiedenen weiteren Berufsgruppen durchgeführt, es wird kein Beruf als speziell geeignet angesehen. Insgesamt fällt im Vergleich zu den meisten anderen Kapiteln auf, dass **keine Krankenschwestern** die Gruppen leiten. Generell wird die Rolle des Leiters auf der einen Seite als **aktiv** beschrieben und auf der anderen Seite soll er **vorsichtig** mit den älteren, psychisch kranken Patienten umgehen und über einige Erfahrungen im Umgang mit älteren Menschen verfügen. Er sollte teilweise als Rollenmodell für die Patienten dienen.

Alterszusammensetzung

Das Alter der Gruppenmitglieder lag im Bereich zwischen **68–87 Jahren**. Es fällt auf, dass besonders die „support groups“ auch vermehrt mit Patienten, die ein auffallend hohes Alter hatten (**8. Lebensdekade**), Therapien durchführten.

Gruppengröße

Die Gruppengröße variierte zwischen **5-12 Mitgliedern**. Es wird allerdings deutlich, dass die meisten Therapien (z.B. jede der „support groups“) eher im unteren Bereich lagen, also dementsprechend mit 5-6 Patienten arbeiteten.

Geschlechterverhältnis

Eine der Gruppen arbeitete nur mit Männern, eine andere Therapie hatte nur weibliche Mitglieder. Ansonsten aber bestand bei dem Rest der Therapiegruppen ein gemischtes Geschlechterverhältnis, mit einer deutlichen **Mehrheit an Frauen**.

Diagnosen und Indikationen

Fast alle der Therapieansätze arbeiteten mit **psychisch kranken Älteren**. Unter den Diagnosen überwogen dabei die **depressiven Erkrankungen**. Es muss betont werden, dass bei mehreren Therapien Patienten mit **verschiedenen psychischen Erkrankungen** zusammen innerhalb einer Gruppe partizipierten.

Es wurden bei diesen Therapien keine streng homogenen Gruppen gefordert. Bei einigen Therapien waren auch Patienten mit einer Demenz beteiligt. Eine der Therapien arbeitete speziell mit **trauernden Menschen**, eine der Therapien mit Älteren, die sich besonders **mit religiösen Themen auseinander setzten** und die Ergotherapie mit vorwiegend **multimorbiden Patienten**.

Auswahlkriterien

Wie nahezu in jedem Kapitel dieser Arbeit werden als typische Ausschlusskriterien größere **Hör-, Seh-, Mobilitäts- und kognitive Einschränkungen** der Patienten genannt. Es fällt aber auf, dass sowohl die systemische als auch die religiös orientierte Gruppentherapie, im Gegensatz zu nahezu allen anderen Therapieansätzen, **mit wahnhaften** und sogar zum Teil **suizidgefährdeten** Patienten arbeiteten.

Technische Aspekte

Insgesamt lief die absolute Mehrheit der Therapien sehr **strukturiert und ritualisiert** durch.

Verlauf und Inhalt

Der Inhalt der Therapien bestand meistens daraus, dass über von dem Leiter vorgeschlagene **Themen, die jeweils einen spezifischen Schwerpunkt** besaßen, **diskutiert** wurde. Zum Beispiel diskutierte die religiös orientierte Gruppentherapie eher über religiöse Themen und die „Geschichtsgruppe“ hauptsächlich über die autobiographischen Erfahrungen der Gruppenmitglieder. Die „Trauergruppe“ wendete bestimmte kurative Faktoren als Hilfe für die trauernden Patienten an, die „Autobiographische Gruppe“ hingegen **arbeitete** mit den **selbstgeschriebenen, autobiographischen Texten** der Älteren, und die supportiven Gruppen versuchten mit den älteren Patienten bestimmte **soziale Fertigkeiten zu üben** und es wurden Lösungen zu speziellen altersspezifischen Problemen der Patienten gesucht. Innerhalb der Remotivationstherapie, die einen Teil der supportiven Gruppen darstellte, wurden **strukturierte Diskussionen mit sensorischen Stimulationen kombiniert**. Bei der „Wisdom group“ sollten die Älteren **zu bestimmten Wörtern frei äußern**, was sie mit diesen Wörtern assoziieren. Zwei der hier beschriebenen Therapien bestanden aus einem kommunikativen **Austausch zwischen Jugendlichen und Älteren**. Die

systemische Therapie stellte innerhalb ihrer Einführung die **Gruppenregeln** vor, an die sich jeder Patient von Beginn der Therapie an, halten musste.

Setting

Die überwiegende Mehrheit der hier beschriebenen Therapien wurde im Rahmen einer **stationären, psychiatrischen Behandlung** der Patienten durchgeführt. Nur eine der Therapien wurde ambulant innerhalb eines Freizeitzentrums für ältere Menschen durchgeführt. Eine der geschilderten Gruppentherapien wurde noch innerhalb eines Pflegeheimes und eine andere Gruppe wurde mit Älteren eines Betreuten Wohnens durchgeführt.

Zeitraumen

Mit zwei Ausnahmen, bei denen sich die Gruppen zweimal die Woche trafen, fanden alle hier beschriebenen Therapien **einmal in der Woche statt**. Das Minimum an Therapielänge lag bei 30 und das Maximum bei 90 Minuten Länge, im Durchschnitt **eine Stunde**. Es fällt auf, dass mehrere Therapien auch unter einer Stunde andauerten, was außer bei Therapien, die mit dementen Patienten durchgeführt werden, eher ungewöhnlich kurz ist. Die kürzeste Zeitspanne, innerhalb derer eine Therapie durchgeführt wurde, lag bei **10 Sitzungen** und die längste Therapie fand **über ein Jahr lang** statt.

Wirkfaktoren und Ergebnisse

Außer dem „Intergenerational geriatric remotivation program“ kamen **alle** in diesem Kapitel untersuchten Therapien zu **ausnahmslos positiven** Therapieergebnissen. Das „The Intergenerational Life History Project“ wurde nur von seinem Aufbau und seinen vorgesehen Zielsetzungen her beschrieben, es wurden aber noch keine tatsächlich eingetroffenen Zielsetzungen geschildert. Die Familientherapie mit älteren Mitgliedern einer Familie wird teilweise als problematisch bei der Durchführung beschrieben. Das Hauptergebnis besteht bei fast allen Therapien darin, dass ein **kommunikativer Austausch** über bestimmte Sorgen zwischen den Mitgliedern entsteht, und dass die Patienten **Freude** an der Therapie hatten. Bei der systemischen Therapie und einer der supportiven Therapieansätze ist zusätzlich noch eine **Reduzierung der depressiven**

Symptome der teilnehmenden Patienten zu beobachten. Die verschiedenen Entspannungstherapien können die **Angstsymptome** der Patienten etwas **senken**.

Besondere Vorteile der Gruppen- in Abgrenzung zur Einzelpsychotherapie

Gerade die „Trauergruppe“ betont die Überlegenheit der Gruppen- über die Einzeltherapie. Insgesamt wird als Vorteil der Gruppentherapie, ihre **Kosteneffizienz** und die Tatsache hervorgehoben, dass sie teilweise **weniger bedrohlich** als die Einzeltherapie auf die einzelnen Gruppenmitglieder wirkt. Generell kann sie in höherem Maße in Abgrenzung zur Einzeltherapie die **soziale Isolation** der Patienten **senken**.

6 Exkurs

6.1 Verschiedene Therapieansätze bei dementen Patienten

Die Bandbreite an therapeutischen Aktivitäten für Menschen mit einer Demenz expandiert in der letzten Zeit rapide (Pulsford 1997). Das Ziel dieses Kapitels besteht darin, einen groben Überblick über diese Entwicklung zu geben. Die Hintergründe und Effektivität der Therapieansätze sollen dargestellt werden, um Tendenzen absehen zu können, welche Ansätze vielversprechend sind und dementsprechend zu einer in der näheren Zukunft breiteren Anwendung kommen könnten. Wie schon anfangs in der Einleitung erwähnt, wird dieses Thema nicht nur aufgrund der auffallend **hohen Anzahl an Veröffentlichungen** hier untersucht, sondern auch aufgrund der **steigenden Anzahl an Alzheimer Patienten** in der Gesellschaft. Denn die Demenzhäufigkeit steigt mit dem Alter exponentiell. Etwa ein Drittel aller über 85jährigen leidet an einer Erkrankung dieses Formenkreises. In Deutschland treten jährlich 20-30 % der an einer Demenz Erkrankten in ein Heim ein. Zwei Drittel aller Kranken sind im Verlauf der Demenz auf stationäre Langzeitpflege angewiesen. Derzeit sind etwa 300.000 von ihnen in Heimen untergebracht. Mehr als 60 % der Pflegeheimbewohner leiden an einer Demenz, dieser Anteil ist noch im Steigen begriffen. Demenzen werden für mehr als 40 % aller Heimaufnahmen verantwortlich gemacht. Die jährlichen Heimkosten betragen rund 7,5 Milliarden Euro (Gutzmann 1999). Es existiert bisher eine eher **hilflose Haltung** der jeweiligen Pfleger, Angehörigen aber auch Ärzte der Patienten gegenüber dem Umgang mit der Krankheit. Coleman et al. (1995) berichten in diesem Zusammenhang darüber, dass viele Pfleger aus dieser hilflosen Position heraus unbewiesene Therapiemittel wie Kräuter, Vitamine, gesundes Essen usw. anwenden, um den Patienten zu helfen. Coleman et al. (1995) kommen zu dem weiteren Ergebnis, dass diese „unbewiesenen Therapieansätze“ zwar teuer in ihrer Anwendung, aber in fast allen Fällen nicht nachweisbar effektiv sind. Viele Pfleger sehen nicht den Sinn in einer therapeutischen Arbeit mit den dementen Patienten und häufig bleibt aufgrund der anstrengenden körperlichen Pflege kaum noch emotionale Energie für die psychische Betreuung. Daneben existiert häufig ein Zeit- und Personalmangel. Die Patienten werden körperlich gepflegt, bleiben dabei aber völlig unstimuliert, anstatt wie z.B. von

Quodbach (1995) betont, dass ihnen mit sehr viel Würde begegnet wird und sie als äußerst verletzbare Menschen angesehen werden, die gerade sehr viel emotionale Aufmerksamkeit brauchen. Pulsford (1997) teilt die Therapieansätze in drei Hauptrichtungen: (1.) **die kognitiven Therapien** (wie die Life review Therapie, das Realitäts-Orientierungs-Training, die Validationstherapie, das Kognitive Kompetenztraining und die Reminiscence-Therapie) (2.) **die sozialen Ablenkungsaktivitäten** (wie z.B. „Bingo“, Kochen usw.) mit dem Ziel der Vergrößerung der Aktivität, Freude und Interaktionen (3.) **die alternativen oder sensorisch-motorischen Aktivitäten** (wie z.B. den Einsatz von „Snoezelen“ innerhalb multi-sensorischer Räume, den Einsatz von Puppen, der „Orientierung an Jahreszeiten“ und der „Inter-acting-Drama-Therapie“ speziell für Patienten mit moderater bis schwerer Demenz. Dieser letztgenannte Therapieansatz verfolgt humanistische Ziele, z.B., dass der Patient sein Potential erreicht und seine Lebensqualität erhöht. Erhardt et al. (1997) ergänzen diese drei Therapieansätze noch durch zwei Kategorien: (4.) **die Neuropsychologischen Interventionen**, (wie dem Gedächtnistraining und der Selbsterhaltungstherapie nach Romero) und (5.) **die eigentliche Psychotherapie**, (wie die Verhaltens- und Interpersonelle Therapie). Innerhalb der „eigentlichen“ Psychotherapien haben offensichtlich die **Tiefenpsychologischen Behandlungsformen** bei Demenzkranken ihre Grenzen. Manchmal sind sie aber eine hilfreiche Ausgangsbasis bei dem Versuch das Familiensystem zu verstehen und die inneren und äußeren Realitäten zu akzeptieren (Faust & Tenter 1999). Erhardt et al. (1997) erwähnen außerdem noch die Anwendung der **Milieu-, Kunst- und Musiktherapie** bei dementen Patienten.

Innerhalb dieser Arbeit wurden die „großen Psychotherapien“, die Reminiscence-Therapie, die Life review Therapie, die Validation-Therapie, das Realitäts-Orientierungs-Training, die Milieu-, Kunst- und Musiktherapie, die supportiven Therapieansätze und Gruppenpsychotherapien mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischen Ansätzen in der spezifischen Anwendung bei dementen Patienten innerhalb der jeweiligen therapiespezifischen Kapitel beschrieben. Aufgrund dieser Tatsache werden innerhalb dieses Kapitels (1.) (siehe oben) die von Pulsford (1997) sogenannten „sozialen Ablenkungsaktivitäten, (2.) die ebenfalls von Pulsford betitelten

„alternativen bzw. senso-motorischen Aktivitäten und (3.) die verschiedensten Neuropsychologischen Interventionen näher untersucht. Durch diese Vorgehensweise soll insgesamt innerhalb dieser Arbeit ein sehr umfassendes Spektrum der verschiedenen Therapien, die momentan bei dementen Patienten durchgeführt werden, aufgezeigt werden.

Bei den Studien, die die Effektivität der sensorischen Stimulationen messen wollen, kristallisieren sich dabei zwei unterschiedliche Messtypen heraus. Einige Studien untersuchen die Wirkung auf das (störende) Verhalten und die kognitiven Funktionen der Patienten. Dagegen untersuchen andere Studien (wie z.B. Pulsford 2000) die Auswirkungen der sensorischen Stimulationen auf die Kommunikation und das Wohlbefinden der Patienten.

6.1.1 Literaturüberblick

Innerhalb dieses Kapitels muss beachtet werden, dass ungefähr die Hälfte der hier angegebenen Übersichtsartikel nicht speziell eine Gruppentherapie beschreibt, sondern stattdessen die Hintergründe der Demenzerkrankung an sich und speziell auch die Schwierigkeiten der Studiendurchführung bei dementen Patienten beleuchtet. Ein Übersichtsartikel beschreibt z.B. ein Gedächtnistraining, welches nicht speziell für ältere Menschen konzipiert ist. Ebenfalls untersuchen 2 der 8 Studien nicht spezifisch ein Gruppentherapie-setting.

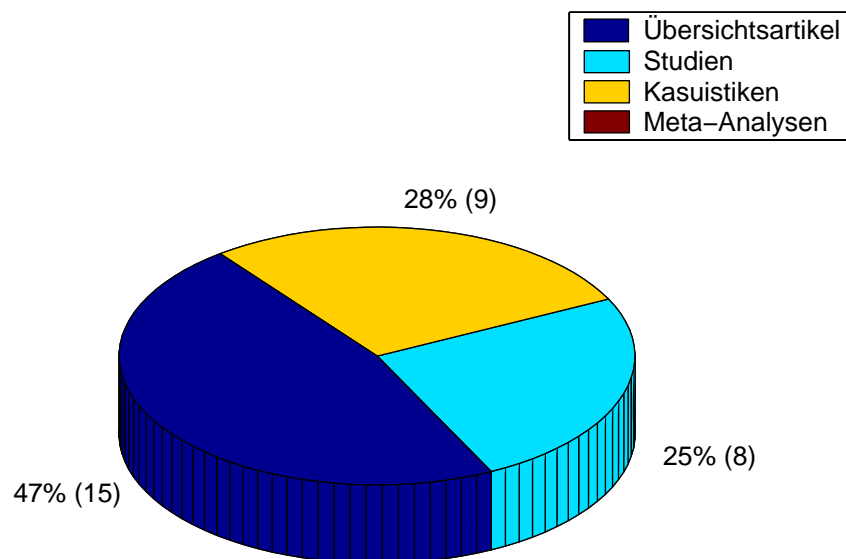


Abbildung 11: Publikationsarten zu den verschiedenen Therapieansätzen bei dementen Patienten (n=32)

6.1.2 Konzepte

Hinter den Therapien, die innerhalb dieses Kapitels untersucht werden, stehen keine spezifischen auf eine bestimmte Therapieschule bezogenen Konzepte, so dass dementsprechend dieser Inhaltspunkt entfällt.

6.1.3 Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

„Woodlands therapy“

Die Therapie wurde von Krankenschwestern geleitet. Als Hauptergebnis der Untersuchung von Pulsford (2000) kristallisierte sich heraus, dass eine aktivierende Umgebung allein die dementen Patienten nicht aktiv engagiert, sondern dies nur die sowohl verbal als auch körperlich aktiven Leiter bewirken können.

Pulsford (1997) empfiehlt, dass die Menschen im Umgang mit Dementen weder einen völlig „normalen Menschen, wie du und ich“ sehen und in ihm auch nicht einen „Ex-Menschen“ sehen, sondern ihn behandeln wie einen Menschen mit „Einschränkungen“.

Multi-sensorischer Raum

Die Betreuung der Patienten innerhalb eines multi-sensorischen Raumes wurde von Krankenschwestern durchgeführt. Es bestand die Gefahr, dass die Krankenschwestern den Raum als Luxus für die Patienten ansahen und dementsprechend weniger Aufwand in die sonstige Pflege setzten, da die Patienten dafür durch den Raum quasi „entschädigt“ wurden (Hope 1997).

Selbst-Erhaltungs-Therapie

Die Therapeuten müssen sowohl ein sozio- als auch ein neuropsychologisches Wissen aufweisen, das die kontinuierliche Diagnose und Prognose der selbstbezogenen Strukturen und Prozesse, wie auch anderer relevanter kognitiver Fähigkeiten bei Alzheimer Patienten, ermöglicht. Sie beschreiben Psychologen als typische SET Therapeuten.

„Sensory integration therapy“

Die von Bryant (1991) beschriebene Therapie wurde von einem Beschäftigungstherapeuten geleitet. Es wird deutlich gemacht, dass der Therapeut einen sehr direkten Kontakt zu den Patienten aufbauen soll. Er muss die Balance halten

zwischen dem Setzen von Grenzen, gleichzeitig aber noch spontane Expressionen und Bildungen von Freundschaften entstehen lassen können. Arno et al. (1994) beschreibt die Rolle des Leiters folgenderweise: Er sollte mit jedem einzelnen Mitglied auf individueller Basis kommunizieren, um seine speziellen Bedürfnisse kennen zu lernen. Er muss einen sehr direkten Zugang wählen, die Gruppendynamiken akzeptieren und sich aktiv dabei mit involvieren. Er muss Wärme und Fürsorge ausstrahlen und sollte viel Lob, ein angemessenes Maß an Berührungen verteilen und eine Atmosphäre der Freiheit gestalten, das heißt, die Patienten können sagen und äußern was sie wollen und dafür nicht belangt oder korrigiert werden.

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) beschreibt, dass die Gruppe von einem Sozialarbeiter und einem Psychiater geleitet wurde. Sie betonen aber, dass die Therapie auch gut von nur einem Leiter durchführbar ist.

Kognitives Kompetenztraining

Das von Meier et al. (1996) beschriebene Training wurde von zwei verschiedenen Trainerinnen geleitet.

Gedächtnistraining

Die Leiter haben neben einer Ausbildung in Gesprächsführung gute Kenntnisse über die Psychologie und die Pathopsychologie des Alters, Einfühlungsvermögen und Flexibilität (Ermini-Fünfschilling & Meier 1995).

„Support groups“

Bei der von Goldsilver & Gruneir (2001) beschriebenen Gruppe betonen sie, dass die Rolle des Leiters sehr facettenreich ist. Er muss beachten, dass stetige Fluktuationen im Affekt, Verhalten, der Kommunikation und den kognitiven Funktionen der Patienten möglich sind auf die er angepasst reagieren können muss. Insgesamt hat er eine unterstützende Rolle. Er muss aber ebenso dafür sorgen, dass Themen, die zu sehr abschweifen, wieder auf das eigentliche Thema zurückgeleitet werden. Er ist Erzieher und Ressource für die Gruppe.

6.1.4 Die Zusammensetzung der Gruppe

6.1.4.1 Die Alterszusammensetzung

„Sensory integration therapy“

Arno et al. (1994) und Robichaud et al. (1993) beschreiben, dass das Durchschnittsalter der Gruppenmitglieder bei 75 Jahren lag.

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) leiteten die Gruppe mit Patienten, deren Durchschnittsalter bei 81 Jahren lag.

„Support group“

Die „supportive Seminar group“, beschrieben von Snyder et al. (1995), hatte ein Durchschnittsalter von 75 Jahren.

6.1.4.2 Geschlechterverhältnis und Gruppengröße

Größe

„Sensory integration therapy“, „Sensory gardening“

Die von Bryant (1991) beschriebene Therapie arbeitete mit jeweils 6 Patienten und 2-3 Mitgliedern des Personals zusammen innerhalb einer Gruppe. Arno et al. (1994) leiteten eine Gruppe mit 8 Patienten.

Gebetsgruppe

McDonald (1995) empfiehlt ausdrücklich, eher mit kleineren Gruppen zu arbeiten.

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) leiteten die Gruppe mit 8-10 Mitgliedern, die ungefähr auf dem gleichen kognitiven Level waren. Es wurden in Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit homogene Gruppen gebildet.

Kognitives Kompetenztraining

Das von Meier et al. (1996) beschriebene Training bestand pro Sitzung aus 8-9 Patienten.

„Support groups“

Die von Goldsilver & Gruneir (2001) beschriebene Gruppe bestand aus maximal 12 Patienten. Die „supportive Seminar group“, beschrieben von Snyder et al. (1995), bestand aus 4-5 Paaren, wobei jeweils ein Paar aus dem dementen Patienten und seinem Pfleger (Ehegatte bzw. -frau, Freund) bestand. Insgesamt waren dementsprechend immer zwischen 8-10 Mitglieder anwesend. Diese Gruppengröße sollte auch nicht überschritten werden, um die Intimität nicht zu zerstören.

Geschlechterverhältnis

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) leiteten die Gruppe mit 5 Frauen und drei Männern.

„Support group“

Die „supportive Seminar group“ beschrieben von Snyder et al. (1995) umfasste 9 Männer und 5 Frauen.

6.1.4.3 Diagnosen und Indikationen: Typische Symptome der Alzheimer Krankheit

Innerhalb dieses Abschnittes werden in diesem Kapitel, im Gegensatz zu den anderen Kapiteln, nicht die unterschiedlichen Diagnosen aufgeführt, mit der eine bestimmte Therapie durchführbar ist, da dieses Kapitel sich ausschließlich mit Patienten, die unter einer Demenz leiden, beschäftigt. Jedoch werden an dieser Stelle als Hintergrund und Überblick die verschiedenen auftretenden Symptomen der Krankheit beschrieben (Tab.5.4.3.1 Faust & Tenter 1999):

Kognitive Störungen

- Abnahme der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens
- Störungen der Sprache (Aphasie)
- Störungen der Handhabung von Objekten (Apraxie)
- Störungen des Erkennens von Objekten (Agnosie)
- Störungen der räumlichen Leistungen

Nicht-kognitive Störungen

- Verminderung der Affektkontrolle
- Verminderung des Antriebs

Für die diagnostische Einordnung einer Demenz sind die Verhaltensstörungen des Kranken nicht entscheidend. Verhaltensstörungen bei Demenzkranken sind aber bedeutsame Determinanten für die Belastung der pflegenden Bezugspersonen und die stärksten Prädiktoren für eine vorzeitige Heimunterbringung. Diese Störungen sind mehr als nur Begleitsymptome. Zu den häufigsten Verhaltensstörungen zählen Unruhezustände, Apathie und depressive Verstimmungszustände, weniger häufig sind aggressive Verhaltensweisen, Wahn und Halluzinationen. Das mit Abstand am häufigsten persistierende Symptom sind die Unruhezustände (Haupt 1999).

6.1.5 Auswahlkriterien

„Woodland Therapy“

Pulsford (2000) beschreibt die Therapie als eine sensomotorische therapeutische Aktivität, die als Ziel die Erhöhung des Wohlbefindens und der Interaktionen insbesondere bei Patienten mit moderater bis schwerer Demenz hat.

Multi-sensorischer Raum

Hope (1997) beschreibt, dass der Raum besonders gut für die Patienten geeignet ist, die sehr agitiert sind und sehr von einer Entspannung profitieren würden. Allerdings ergibt sich dabei das Problem, dass viele Patienten, die eben sehr agitiert sind, häufig schnell den Raum wieder verlassen wollen. Der Umgang mit dieser Tatsache und inwiefern der Raum auch für weniger agitierte Patienten als Prophylaxe dienen kann, wird ohne konkrete Lösung innerhalb der Veröffentlichung diskutiert. Insgesamt muss von den Krankenschwestern untersucht werden, für welche Patienten der Raum genau geeignet ist.

„Sensory integration therapy“

Die von Bryant (1991) beschriebene Therapie wurde je nach Verhaltenszügen der Patienten getrennt geführt. Das heißt, eine Therapie arbeitete mit Patienten, die durch ihr stetiges „Wandern“ auffielen und genau das selbe Therapiesetting wurde parallel mit

zurückgezogenen, eher unmobilen Patienten geführt. Arno et al. (1994) führte die Gruppe mit Patienten durch, die unter einer primär degenerativen Demenz mit 1-3 zusätzlich vorliegenden chronischen Krankheiten litten. Alle benötigten spezielle Hilfe auch beim Kleider anziehen, Gebisse einsetzen oder Brillen für die Gruppen aufsetzen. Bei der von Robichaud et al. (1993) beschriebenen Therapie mussten die Patienten ebenfalls einen bestimmten Wert auf der MMSE Skala erreichen, über 60 Jahre alt sein, eine Stunde der Therapie folgen können und wenigstens ein störendes Verhalten aufzeigen.

„Sensory gardening group“

Die Therapie wurde mit eher depressiven, zurückgezogenen oder immobilen dementen Patienten durchgeführt.

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) leiteten die Gruppe mit Patienten, die für mindestens eine Stunde aufmerksam und innerhalb der Gruppe bleiben konnten.

Gedächtnistraining

Ermini-Fünfschilling & Meier (1995) beschreiben das Training als Bestandteil einer Milieuthherapie und geben als Voraussetzungen an, dass die Patienten an einer differentialdiagnostischen Abklärung mitmachen, ausreichendes Seh- und Hörvermögen, mindestens teilweise erhaltenes Urteilsvermögen und einem MMSE von mindestens 23/30 Punkten und kein störendes Verhalten haben. Sie arbeiten mit dementen Patienten, die eher in der Anfangsphase ihrer Demenz sind und sich selbst absolut freiwillig zur Teilnahme entschlossen haben.

Kognitives Kompetenztraining (KKT)

Das von Meier et al. (1996) beschriebene Training hatte seine Einschlusskriterien so gewählt, dass in der KKT Gruppe verschiedene Ursachen für eine dementielle Erkrankung vorkamen (keine Gruppenhomogenität). Weitere Kriterien für die Teilnahme waren: ausreichendes Seh- und Hörvermögen, mindestens teilweise erhaltenes Urteilsvermögen, MMSE von mindestens 18/30 Punkten sowie kein störendes Verhalten.

„Support groups“

Zur Aufnahme in die „supportive Seminar group“, beschrieben von Snyder et al. (1995), müssen die Patienten sich unterhalten, lesen und für einen längeren Zeitraum sitzen können. Sie sollten keine anderen psychiatrischen Krankheiten haben, die den Gruppenprozess stören würden und sollten nicht einen Wert von unter 20 auf dem MMSE aufweisen. Allgemein rät Draper (1999) besonders bei dementen Patienten, bei denen zusätzlich eine leichte bis moderate Depression vorliegt, supportive Therapien (inkl. Antidepressiva) anzuwenden. Allerdings betont er auch deutlich, wie schwer die Unterscheidung der beiden Diagnosen bzw. die Feststellung einer Depression bei einem dementen Patienten ist.

6.1.6 Technische Aspekte

Format

„Woodlands therapy“

Die Therapie wird strukturiert geführt und besteht auf der einen Seite aus Beschäftigungsaktivitäten und auf der anderen Seite aus einer sensorischen Stimulation.

Selbst-Erhaltungs-Therapie

Die Therapie gehört zu den neuropsychologischen Therapien (Romero & Eder 1992).

„Sensory integration therapy“, „Sensory gardening group“

Die von Bryant (1991) beschriebene Therapie wurde nicht-direktiv und nonverbal durchgeführt.

Technische Mittel

„Woodlands therapy“

Pulsford (2000) berichtet, dass innerhalb der Therapie als sensorische Stimulation mit dem Einsatz von Musik, Seifenblasen, Parfümen, Bildern und taktilen Stimulationen gearbeitet wurde. Innerhalb der Spielaktivitäten wurde mit Bällen, Blumen, Spielzeugen usw. gearbeitet.

Multi-sensorischer Raum

Es muss sehr genau überlegt werden, wie die Patienten zu dem Raum hingebacht werden, da auf dem Weg dorthin die Unruhe und Agitation der Patienten steigt und dies negative Effekte auf den therapeutischen Effekt des Raumes hatte (Hope 1997).

Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)

Die Therapie sieht ein prognoseorientiertes neuropsychologisch fundiertes Übungsprogramm zum Erhalten des Selbstwissens vor. Dieses geht vom jeweiligen aktuellen Selbstverständnis des Patienten aus und beinhaltet systematisches Üben von selbstbezogenem Wissen (personenspezifisch, der Krankheitsphase angepasst und die kognitiven Störungen berücksichtigend). Es wird von der Annahme ausgegangen, dass das Üben von z.B. biographischem und anderem selbstbezogenen Wissen zur Reaktivierung eines Teils des Selbstwissens führen kann. Das biographische Wissen kann durch das Vermitteln von biographischen Informationen, Fotoalben, für den Kranken bedeutsamen Gebeten, Liedern oder Gedichten behilflich sein. Darüber hinaus ist es als vorteilhaft anzusehen, wenn Angehörige oder professionelle Helfer aus anderen Berufsgruppe mit dem Therapiekonzept vertraut sind bzw. werden und sowohl die grundsätzlichen Prinzipien des Umgangs wie auch jeweils konkrete Therapieprogramminhalte in den Alltag des Patienten integrieren.

„Sensory gardening group“

Die Patienten wurden aufgefordert, bestimmte von dem Personal präsentierte Blumen zu berühren, riechen, zu gießen und einzupflanzen (Bryant 1991). Arno et al. (1994) arbeiteten mit dem Einsatz von Tieren, Puppen, alten Photoalben, Musik, Bällen, Parfümen usw. Die Gruppe bestand insgesamt aus zwei inhaltlichen Teilen: Es wurden sensorische Stimulationen und strukturierte Bewegungen durchgeführt.

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) setzten Techniken der Imagination, der Meditation, der sensorischen Stimulation und der Entspannung ein. Außerdem wurden viele Wiederholungen und vereinfachte Sätze verwendet. Die Sitzungen liefen sehr strukturiert und themenorientiert ab. An wirklichem Material wurde ein CD-Player, Dias, Öle, Kerzen, Blumen usw. für die sensorische Stimulation benötigt.

Gedächtnistraining

Ermini-Fünfschilling & Meier (1995) beschreiben das Training als Bestandteil einer Milieutherapie. Es werden zu einem Thema jeweils Konzentrationsübungen, Gedächtnisspiele und systematische Übungen zur geistigen Flexibilität durchgeführt. Die Übungen sind sowohl sprachlicher als auch visuell-räumlicher Art und werden schriftlich oder mündlich angeboten. Bewegungsübungen und Singen tragen zur Entspannung und Auflockerung bei. Es ist halbstrukturiert, das heißt, jede Trainingseinheit enthält feste Elemente, aber das jeweilige Thema ist variabel.

Milieutherapie

Die Milieutherapie bei Demenz setzt sich zusammen aus: Der Differentialdiagnose, der Beratung von Patient und Familie, einem Gedächtnistraining, einer Angehörigengruppe, den Alzheimerferien, einer Aktivierungstherapie und eines Spazierganges.

Kognitives Kompetenztraining

Das von Meier et al. (1996) beschriebene Training ist multidimensional und beinhaltet das Trainieren kognitiver Fertigkeiten und die Vermittlung von Bewältigungsstrategien.

„Support groups“

Die von Goldsilver & Gruneir (2001) beschriebene Gruppe wurde in einem sehr strukturierten Format geführt. Die Patienten bekamen „Handouts“, auf denen die wichtigsten Inhalte der Sitzungen zusammengefasst waren, verteilt. Die Aktivitäten waren aufgabenorientiert und bezogen sich auf die Bedürfnisse der Patienten. Die Pfleger/Familienmitglieder der Patienten wurden stetig von dem Leiter über den therapeutischen Prozess informiert und versucht, so weit wie möglich mit zu involvieren (z.B. fand am Ende der Therapie eine Info-Gruppensitzung mit den pflegenden Personen statt). Die „supportive Seminar group“, beschrieben von Snyder et al. (1995), wurde in einem geschlossenen, zeitlimitierten, sehr strukturierten Format geführt. Es wurden „Handouts“ an die Patienten verteilt.

6.1.7 Verlauf und Inhalt der Therapie

„Sensory integration therapy“

Arno et al. (1994) begannen die Gruppen mit einer 10-15 Minuten dauernden Einführung und Begrüßung. Danach erfolgten oft von Musik als Hintergrund begleitete Übungen (z.B. Ballspiele). Nach diesen Übungen begannen 15 Minuten andauernde strukturierte Aktivitäten (z.B. Tiertherapie, Spaziergänge, einfache Ballspiele, gemeinsames Erinnern). Am Ende wurden Erfrischungen angeboten.

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) leiteten die Sitzungen so, dass als erstes die Mitglieder und Leiter aneinander vorgestellt wurden. Danach wurden die für die Therapie/Sitzung vorgesehenen Ziele formuliert. Als dritter Schritt wurden psychoedukative Präsentationen oder Demonstrationen von bestimmten Techniken durchgeführt. Innerhalb des vierten Abschnittes wurden einige Übungen (siehe technische Mittel) zusammen mit dem Personal durchgeführt. Am Ende wurde ein Feedback durchgeführt und die einzelnen Inhalte und Aktivitäten der Sitzung noch einmal zusammengefasst.

„Support groups“

Die von Goldsilver & Gruneir (2001) beschriebene Gruppe setzte sich am Anfang der Therapie in einen Kreis und der Leiter erklärte den Gruppenmitgliedern Ziele und Inhalte der Therapie. Es wurden alle mit Vornamen angeredet und es sollte oft das momentane Datum und die Nummer der Sitzung genannt werden. Es wurden außerdem Erfrischungen gereicht. Die Diskussionsthemen wurden von dem Leiter ausgesucht und umfassten Inhalte wie Diskussionen über das Gehirn, das Verhalten, den Energieverlust, das Erinnern und den Umgang mit Verlusten usw. Am Ende erfolgten häufig „warm-up“ Übungen und „mental aerobics“. Bei der „supportive Seminar group“, beschrieben von Snyder et al. (1995), war für jede einzelne Sitzung ein bestimmtes Thema vorgesehen (z.B. die (1.) Sitzung bestand nur aus der Einführung, in der (2.) wurde der Umgang mit Gedächtnisproblemen besprochen, bei der (3.) Sitzung wurde über das Alltagsleben geredet usw.).

6.1.8 Zeitrahmen und Setting

Dauer

„Woodlands therapy“

Die Therapie fand ein-bis zweimal in der Woche statt (Pulsford 2000).

Gebetsgruppe

Die Gebetsgruppe wurde einmal in der Woche für ungefähr 30 Minuten durchgeführt (McDonald 1995).

„Sensory integration therapy“, „Sensory gardening group“

Die von Bryant (1991) beschriebenen Therapien fanden einmal wöchentlich für 45 Minuten statt. Arno et al. (1994) führte die Gruppe einmal in der Woche à 1½ Stunden für einen Gesamtzeitraum von 9 Sitzungen durch. Aufgrund der Tatsache, dass die dementen Patienten nachmittags unruhiger auftreten als morgens wurden die Therapien stets morgens durchgeführt. Die von Robichaud et al. (1993) beschriebene Therapie traf sich für drei Sitzungen à 45 Minuten für insgesamt 10 Wochen.

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) leiteten die Gruppe einmal wöchentlich à 1 Stunde für insgesamt 10 Sitzungen.

Gedächtnistraining

Ermini-Fünfschilling & Meier (1995) hielten das Training einmal wöchentlich für 60 Minuten ab.

Kognitive Kompetenztraining

Das von Meier et al. (1996) beschriebene Training fand einmal wöchentlich für 60 Minuten à 10 Lektionen statt.

„Support groups“

Die von Goldsilver & Gruneir (2001) beschriebene Gruppe traf sich einmal wöchentlich für je 1¼ Stunden für insgesamt 8 Sitzungen. Die Therapie wurde bewusst morgens gehalten.

Setting

„Woodlands therapy“

Die Therapie fand in einem Tageskrankenhaus für ältere Menschen statt (Pulsford 2000).

Multi-sensorischer Raum

Der Raum bei Hope (1997) war gefüllt mit taktilen Elementen wie Softbällen, Ringen usw. Es wurde Entspannungsmusik abgespielt und entspannende Bilder an die Wände projiziert. Das Licht innerhalb des Raumes wechselte oft und die Patienten konnten Seifenblasen erzeugen. Insgesamt fand die sensorische Stimulation im Rahmen einer psychiatrischen Station für ältere Patienten statt. Es wird ausdrücklich empfohlen, den Raum in der unmittelbaren Nähe der jeweiligen Station aufzubauen, um einen langen Transportweg zu verhindern.

Gebetsgruppe

Die Gebetsgruppe wurde auf einer Station, auf der nur Alzheimer Patienten lagen, geleitet. Es wurde bewusst ein ruhiger Raum ausgesucht (McDonald 1995).

„Sensory integration therapy“, „Sensory gardening group“

Die von Bryant (1991) beschriebenen Therapien fanden innerhalb einer psychiatrischen Klinik statt. Es wurde beleuchtet, dass es zum Teil erhebliche Probleme dabei gab, die Patienten zum jeweiligem Raum oder Garten zu transportieren. Arno et al. (1994) beschreibt eine Gruppe, die innerhalb einer Psychiatrie in einer nicht-restriktiven Umgebung durchgeführt wurde.

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) leiteten die Gruppe innerhalb eines Pflegeheimes. Der dafür vorgesehene Raum war so gelegen, dass die Sitzungen möglichst nicht gestört wurden und groß genug war, dass die verschiedensten Übungen vollzogen werden und die Patienten auch ihr „Wandern“ ausleben konnten, wenn sie nicht mehr aktiv mitmachten. Allgemein wurde in fast allen Veröffentlichungen beschrieben, dass die Gruppenmitglieder gebeten wurden, sich innerhalb des jeweiligen Raumes in einen engeren Kreis zu setzen.

„Support groups“

Die von Goldsilver & Gruneir (2001) beschriebene Gruppe wurde in einem öffentlichem Gemeinderaum geführt, zu dem alle Patienten gut anreisen konnten.

6.1.9 Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen

Selbst-Erhaltungs-Therapie

Romero & Eder (1992) betonen, dass zu der Rolle eines SET-Therapeuten eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Betreuern und Begleitern der Kranken gehörten.

Allgemeine Einstellung

Köhler & Barolin (1991) betonen, dass es in der Zukunft keine „Pflegeinstitutionen“ - nämlich solche, wo nur gepflegt und sonst nichts getan wird - , mehr geben darf. Der Einzug einer allgemeinen Rehabilitationsmentalität, insbesondere auch in die Altersrehabilitation, wird ihrerseits dringend gefordert. Es kann darin ein Prüfstand für die humanitär-ethische Reife unserer Medizin und unserer gesamten Gesellschaft gesehen werden.

6.1.10 Wirkfaktoren und Ergebnisse

„Woodland therapy“

Während der von Pulsford et al. (2000) geleiteten Therapie wurden die einzelnen Sitzungen per Video aufgenommen. Bei nachheriger Untersuchung dieses Materials wurden folgende Verhaltensphasen der Patienten deutlich: Ablehnung, Aufmerksamkeit, Unaufmerksamkeit, Kommentare, Interaktionen, Initiativen der Patienten. Die Aufmerksamkeit der Patienten fiel eher hoch aus, im Gegensatz zu ihren Interaktionen und offenen Ablehnungen. Weiterhin wurde sichtbar, dass die kognitiven und motorisch-sensorischen Einschränkungen der Patienten, neben ihren sozialen Fertigkeiten und ihrem biographischen Hintergrund, aber vor allem die aktiven Interaktionen der Leiter Einfluss auf die Antwort des Patienten auf die Therapie haben. Die Therapie sollte generell als Ziel die Erhöhung des Wohlbefindens haben. Dieses Ziel der Erhöhung des Wohlbefindens dementer Patienten beruht auf der Arbeit von

Kitwood (1997), der innerhalb seines personenzentrierten Zugangs zu dementen Patienten betont, dass das Erreichen oder Erhalten der Persönlichkeit des Patienten durch die Förderung des subjektiven Wohlbefindens das wichtigste Ziel bei der Arbeit mit an Demenz Erkrankten ist. Dieser Fokus auf die Persönlichkeit kann evtl. als Adaption der humanistischen Philosophie auf die Pflege von dementen Patienten sein. Es wird gehofft, dass durch das Erreichen des Wohlbefindens des Patienten außerdem noch sein schwieriges Verhalten reduziert und eine Erhaltung bzw. Vergrößerung seiner kognitiven Funktionen erreicht werden kann. Durch die sensorische Stimulation soll die Aufmerksamkeit, die Kommunikation, kognitive Stimulation, Sozialisation und Freude der Patienten vergrößert werden.

Multi-sensorischer Raum

Hope (1997) kommt zu dem Ergebnis, dass die Benutzung des Raumes die Entspannung und Kommunikation der Patienten fördert, aber innerhalb der Handhabung nicht unproblematisch ist.

Gedächtnistrainings

In der Übersicht von Erhardt et al. (1997) wird die Aussage gemacht, dass den Interventionsstudien insgesamt zu entnehmen ist, dass bei dementen Patienten prinzipiell ihre Gedächtnisleistungen durch Trainingsmaßnahmen verbessert werden können. Der Leistungsabbau kann gegenüber einer Kontrollgruppe verlangsamt werden, aber die Effekte sind nur kurzfristig. Aus der gerontologischen Interventionsforschung ist bekannt, dass ein multimodales Aktivierungstraining einem unimodalen Training überlegen ist.

Nicht spezifisch auf ältere, demente Patienten bezogene Veröffentlichungen

Deisinger & Markowitsch (1991) kommen ebenfalls zu dem aber recht allgemein gehaltenen Ergebnis, dass Gedächtnistrainings bei Patienten mit Gedächtnisstörungen ihre Gedächtnisleistungen mit verschiedenen Techniken steigern können. Sie erwähnen aber auch die Schwierigkeit, dass z.B. viel Zeit in Gedächtnistrainings investiert werden muss, und dass auch bei diesem Verfahren Grenzen liegen. Sie betonen zusätzlich, dass in der klinischen wie experimentellen Literatur die Auffassung bekundet wird, dass die Gedächtnissteigerungen eher gering ausfallen, das heißt, nicht zu relevanten Verbesserungen in der Anpassung an den Alltag führen.

Ermini-Fünfschilling & Meier (1995), die das Training als Bestandteil einer Milieuthherapie durchführten, konnten in ihrer Studie eine signifikante Verbesserung der Stimmung und in den Tests der verbalen und nonverbalen Produktionsfähigkeit Verbesserungen feststellen. Die Kontrollgruppe verschlechterte sich in diesen Bereichen. Es konnte zwar keine Verbesserung in den Gedächtnistests erreicht werden, aber es zeigte sich, dass Patienten ohne Gedächtnistraining eine signifikante Leistungsabnahme hinnehmen mussten. In einer zweiten Studie konnte eine Stabilisierung der Lebensqualität als auch der MMSE-Werte in der Interventionsgruppe nachgewiesen werden. Die Kontrollgruppe verschlechterte sich wieder in beiden Bereichen. Bei den Angehörigen der Interventionsgruppe wurde sogar eine Verbesserung der Lebensqualität festgestellt.

Selbst-Erhaltungs-Therapie

Die von Romero & Eder (1992) entwickelte und beschriebene Therapie soll durch das verlängerte Erhalten des Selbstwissens die kognitiven Selbststrukturen und Prozesse und damit die personale Identität unterstützen.

Gebetsgruppe

Die von McDonald (1995) beschriebene Gebetsgruppe hat folgende Ziele: (1.) Die Gruppe ermöglicht dem Personal die Patienten näher kennen zu lernen. (2.) Die Patienten erleben eine erhöhte Geselligkeit. (3.) Sie haben die Chance ihre verlorenen Fähigkeiten teilweise wieder zu gewinnen. (4.) Eine Verbesserung ihres Problemhaltens wird ermöglicht. (5.) Die Lebensqualität der Patienten wird gesteigert.

„Sensory integration therapy“

Die von Bryant (1991) beschriebene Therapie hatte folgende 3 Ziele:

- (1.) das Selbstbewusstsein der Patienten soll durch die sensorische Stimulation erhöht werden;
- (2.) die nonverbalen Antworten der Patienten sollen gefördert werden;
- (3.) spontane und kreative Antworten der Patienten sollen unterstützt werden.

Auch von Arno et al. (1994) wurde eine Gruppe entwickelt, die die sensorische Stimulation und strukturierte Bewegung der dementen Patienten fördern, die Lebensqualität der Patienten erhöhen und durch das Vergrößern ihrer sozialen

Fertigkeiten und ihrer funktionalen Möglichkeiten ihre Identität wiederherstellen sollen. Am Ende der Therapie wurde ein vergrößertes Zusammengehörigkeitsgefühl festgestellt, manche Mitglieder konnten regelmäßig den Leiter wiedererkennen und ihre Namen selbstständig nennen. Die Patienten schienen weniger ängstlich zu sein und Freude an der Gruppe zu haben. Es wurden dementsprechend kleine, aber signifikante Charakterveränderungen festgestellt. Die von Robichaud et al. (1993) beschriebene Therapie konnte keine signifikante Veränderung bzw. Verbesserung des Verhaltens, der Gedächtnisleistungen oder der Alltagsaktivitäten der dementen Patienten in der durchgeführten Studie aufweisen.

„Wellness-Group“

Lantz et al. (1997) leiteten die Gruppe mit dem Ziel eine Vergrößerung des Selbst- und des Körperbewusstseins zu erreichen. Nach Durchführung der Therapie konnte eine statistisch signifikante Reduzierung der Agitation der Patienten festgestellt werden. Die Therapie wurde sowohl von den Patienten, als auch von dem Personal gut akzeptiert. Das Personal z.B. fing an, einige der Entspannungsübungen in ihre Arbeit zu integrieren.

Kognitives Kompetenztraining

Das von Meier et al. (1996) beschriebene Training verfolgt das Ziel die Lebenssituation und die Lebensqualität von Patienten und Angehörigen zu verbessern. Am Ende der Therapie konnte durch eine durchgeführte Studie belegt werden, dass der Besuch eines KKT zu einer Aufrechterhaltung der individuellen Lebensqualität und auch zur Verbesserung der Lebensqualität der Angehörigen beitrug. Die Kontrollgruppe dagegen berichtete über eine Verschlechterung der Lebensqualität nach einem Jahr. Alle Patienten wiesen nach einem Jahr stärkere Beeinträchtigungen in den kognitiven Testvariablen und im Alltagsverhalten auf. Ein KKT kann zwar die verlorengegangenen Fähigkeiten nicht wieder zurückbringen, trägt jedoch zu einer besseren Verarbeitung des geistigen Abbaus bei und macht den Alltag für die Betroffenen wieder lebenswerter. Patienten und Angehörige lernen die Krankheit besser zu akzeptieren und ihr Verhalten an bestimmte schwierige Situationen zu adaptieren. Auf diese Weise bleibt die Alltagskompetenz länger erhalten, die Betreuung kann länger zu Hause stattfinden und eine Institutionalisierung damit hinausgeschoben werden.

„Support groups“

Bei der von Goldsilver & Gruneir (2001) beschriebenen Gruppe wurde am Ende eine Evaluation durchgeführt. Die meisten, aber nicht alle Patienten gaben positive Bewertungen über die Gruppe ab. Es entwickelte sich ein Zusammengehörigkeitsgefühl, Vertrauen und gegenseitige Bestätigung, aber auch Gefühle der Frustration und Hoffnungslosigkeit wuchsen. Snyder et al. (1995) betonen ebenfalls die Vorteile der Durchführung dieses Therapieansatzes bei dementen Patienten. Sie konnten durch Tonbänder aufzeichnen, dass die Patienten sich noch recht differenziert und spontan zu vielen Themen äußerten. Die Kommunikation zwischen den pflegenden Personen und den Patienten wurde erhöht. Die positiven Effekte bei den Patienten hielten weniger lange an, als bei den pflegenden Personen. Viele der Pfleger betonten, dass sie ihre Frustration und ihr Leiden durch die Gruppen etwas senken und die Einsicht in den Umgang der Krankheit heben konnten.

Entspannungstechniken

Innerhalb der Übersicht von Loebach Wetherell (1998) wird eine Untersuchung wiedergegeben, die bestätigt, dass bei dementen Patienten mit einer zusätzlich vorhandenen Angststörung ein progressives Entspannungstraining mit Selbst-Hypnose und Imaginationsübungen ihre Angst und andere psychiatrischen Symptome verbessern kann.

Allgemeine Ziele

Pulsford (1997) formuliert folgende allgemeine Ziele für die Therapien bei dementen Patienten: Der Patient soll innerhalb der Gemeinschaft integriert bleiben und seine kognitiven Funktionen so weit wie möglich aufrecht erhalten bzw. gefördert werden. Seine Lebensqualität und Unabhängigkeit sollen maximiert, dagegen sein störendes Verhalten, wie „lautes Schreien“, „Wandern“ und „Agitationen“ reduziert werden. Innerhalb des pflegenden Personals sollen durch die gemeinsamen therapeutischen Aktivitäten sowohl ihre moralischen Einstellungen, als auch ihr Wissen gegenüber den Patienten erhöht werden. Der Patient soll sowohl mit einer physischen, als auch psychosozialen Pflege versorgt werden. Neben allgemeinen, unspezifischen therapeutischen Interventionen hat sich aber in neueren Studien gezeigt, dass spezifische Behandlungsstrategien bei definierten Verhaltensstörungen dementer Patienten wirksam

sind, etwa bei Antriebsstörungen oder depressiven Verstimmungszuständen (Haupt 1999).

Durchführung von Studien mit dementen Patienten

Es sind in der letzten Zeit vermehrt Veröffentlichungen erschienen, die die Schwierigkeit der Durchführung von validierten Studien in der Anwendung bei dementen Patienten betonen und näher beleuchten (Cummings 1996). Besonders Beck (1996) diskutieren in ihrem Artikel, welche unterschiedlichen und komplexen Bereiche bei der Durchführung einer Intervention mit Alzheimer Patienten innerhalb einer Studiauswertung betrachtet bzw. mit einbezogen werden sollten.

Spezielle Aspekte bei der Durchführung und den Ergebnissen der Psychotherapie bei dementen Patienten

„Woodlands therapy“

Pulsford (2000) gibt mehrere Empfehlungen zu dem therapeutischen Umgang mit dementen Patienten: Die Leiter müssen eine sehr aktive und direkte Rolle übernehmen. Innerhalb der Kommunikation mit den Patienten müssen sie personenzentrierte Prinzipien anwenden. Es sollten Aktivitäten, Übungen und verbale Interventionen basierend auf einem sehr niedrigem Niveau angewendet werden. Die Aktivitäten, Übungen und verbalen Interventionen sollten in der gleichen Art, wie sie auch bei Kindern angewendet werden, zum Einsatz kommen.

Gebetsgruppe

McDonald (1995) empfiehlt speziell bei der Arbeit mit dementen Patienten die Gruppen klein zu halten. Die Gruppen sollten nicht länger als 20-30 Minuten dauern und die Teilnehmer sollten eher einen kleinen Sitzkreis bilden. Die Teilnehmer dürfen auf keinen Fall zur Teilnahme gezwungen werden.

„Sensory integration therapy“, „Sensory gardening group“

Bryant (1991) betont ebenfalls ausdrücklich, dass die Therapien in einem kleinen Gruppenformat geleitet werden sollen.

6.1.11 Allgemeine therapeutische Grundregeln bei dem Umgang mit Alzheimer Patienten im Frühstadium

Bauer (1997) zeigt innerhalb seiner Veröffentlichung bestimmte therapeutische Regeln auf, die den therapeutischen Verlauf, mit an Demenz leidenden Älteren, positiv beeinflussen und erleichtern. Zu diesen therapeutischen Grundregeln gehören:

- Äußerungen des Patienten sind aus der Situation des Patienten heraus verstehbar, gültig, in sich sinnvoll und haben eine zu verstehende Bedeutung (Validation)
- Im Zentrum stehen die Gefühle des Patienten sowie die Beziehungen des Patienten zu seinen Bezugspersonen
- Neuropsychologische Defizite wahrnehmen und berücksichtigen (keine Verleugnung; aber taktvoller Umgang beim Ansprechen von Defiziten)
- Ingangsetzung eines selbstreflektierten Prozesses (Aufsuchen der motivationalen Wurzeln des Patienten; welche Menschen, Tätigkeiten, Themen waren für den Patienten bedeutungsvoll?)
- Mobilisierung kognitiver Reserven
- Miteinbeziehung von Angehörigen.

Faust & Tenter (1999) betonen ebenfalls, dass allgemein bei der Milieu-, Psycho- und Soziotherapie bei dementen Patienten der Einsatz von Angehörigen, ggf. Nachbarn und Freunden gefordert ist. Diese müssen aber wissen, wie weit sie fordern („fördern durch fordern“) dürfen und wann sie zu überfordern beginnen. Das ist mitunter eine Gratwanderung. Im allgemeinen aber reicht folgende Erkenntnis: „Der gesunde Mensch“ ist belastbarer als der gesunde alte Mensch und dieser belastbarer als der alte und demente Patient. Man darf also nie von seinen eigenen Möglichkeiten ausgehen und muss eine nicht unerhebliche Labilität auf seelischem, geistigem, körperlichem und psychosozialem Gebiet einkalkulieren. Mit anderen Worten: Der Bewegungsspielraum ist geringer und bezieht sich nicht zuletzt auf so „banale“ Aspekte wie Tages- und Nachtzeit, Sinneseindrücke, Beweglichkeit, Denkgeschwindigkeit, Kontaktaufnahme usw. Die Grenze zwischen Aktivierung und Stress ist fließend. Stets muss man mit Überraschungen rechnen, je nach Zusatzbelastung, Wetter, Klima usw.

Köhler & Barolin (1991) empfehlen ebenfalls die systematische Einbeziehung der Angehörigen in die therapeutischen Programme. Es ergeben sich dabei folgende Funktionen:

- Emotionale Bezugspunkte
- Kontakt zur Außenwelt
- Verbesserung des therapeutischen Angebots
- entsprechende Sinnggebung für die Angehörigen im Kontakt mit dem Patienten (im Gegensatz zu einer entweder Resignations-, Bequemlichkeits- oder gar Aggressionshaltung).

Zusätzlich fordern sie, dass für das Personal vermehrt fachliche Weiterbildungen und Supervisionen angeboten werden sollten. Das Personal sollte nicht nur mit Schwerstkranken arbeiten, sondern innerhalb einer Mischbelegung arbeiten können. Es sollten Ausgleichsmöglichkeiten (z.B. Betriebssport) geschaffen werden. Diese Maßnahmen sollen das „Burn-out-Syndrom“ verhindern und die daraufhin häufig fehlende Zuwendung zu den Patienten verhindern. Außerdem soll der ständige Personalmangel und die Unterbezahlung damit versucht werden wenigstens ansatzweise auszugleichen.

Ebenfalls betont Haupt (1999), dass in der psychosozialen Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenz die konstante und einfühlsame Beziehung zwischen Arzt und Patient bzw. pflegenden Bezugspersonen im Mittelpunkt der ärztlichen Behandlung steht.

Bruder (1990), hebt hervor, dass bei dem psychotherapeutisch orientierten Umgang mit dementen Patienten besonders die Emotionalität und Affektivität wahrgenommen werden sollte.

Einige Autoren beschreiben mittlerweile psychologische Modelle, mit denen versucht wird, die Veränderungen des Selbst, das die dementen Patienten im Laufe ihres Krankheitsprozesses erleben, festzustellen bzw. untersuchen zu können (Lawrence et al. 1996).

6.1.12 Zusammenfassung

Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Die meisten der hier geschilderten Therapien werden von **Krankenschwestern** geleitet, allerdings mit auch ein paar wenigen Ausnahmen, z.B. wird die SET von einem **Psychologen** und die „Wellness group“ von einem **Psychiater** und einem **Sozialarbeiter** geleitet. Die „sensory integrated group“ und die „sensory gardening group“ wurden von einem **Beschäftigungstherapeuten** geleitet. Die Therapeuten müssen generell eine sehr **verbal und körperlich aktive und direkte Rolle** übernehmen. Die Interaktionen und Aufmerksamkeit der Patienten hängen oft unmittelbar von den Interaktionen der Leiter ab. Die Leiter sollten Grundkenntnisse über die Gruppendynamik haben und sehr **flexibel** auf ungeplante Situationen reagieren können. Innerhalb der SET wird verlangt, dass die Therapeuten auch über ausreichende Kenntnisse über sozio- und neuropsychologische Inhalte verfügen. Sie sollten versuchen, auch die **Pfleger und Angehörigen der Patienten genauestens über die Therapie zu informieren und teilweise miteinzubeziehen**. Der Therapeut, der mit dementen Patienten arbeitet muss **sehr aktiv, direkt und personenzentriert agieren**. Er sollte die **Übungen mit den Patienten auf sehr niedrigem Niveau** führen.

Alterszusammensetzung

Das Durchschnittsalter der dementen Patienten liegt bei den hier beschriebenen Therapien bei **75 Jahren**. Einige Therapien arbeiten auch noch mit Patienten, deren Alter über 80 Jahre liegt.

Gruppengröße

Die meisten der Therapieansätze werden **mit 8-10 Mitgliedern** innerhalb einer Gruppe geführt. Das Minimum an Gruppenmitgliedern lag bei 6 Patienten und das Maximum bei 12 Teilnehmern einer Gruppe. Generell werden eher kleinere Gruppengrößen, besonders bei eher stark kognitiv eingeschränkten bzw. dementen Patienten, empfohlen.

Geschlechterverhältnis

Bei der Mehrheit der Gruppen waren die meisten Teilnehmer **Frauen**.

Auswahlkriterien

Einige der Therapien, besonders die Gruppen, die mit sensorischen Stimulationen arbeiten, können auch mit Patienten, die unter einer **sehr starker Demenz leiden**, geführt werden. Der **Gebrauch von Multi-Sensorischen-Räumen** ist besonders wirksam bei dementen Patienten, die unter **starken Agitationen** leiden. Generell wird empfohlen, einen Therapieansatz passend zu den jeweiligen Verhaltenszügen der Patienten auszusuchen. Generell wird als Kriterium angegeben, dass die **Patienten wenigstens eine Stunde lang die Therapie verfolgen können**. Bei vielen Therapien werden auch noch Patienten zugelassen, die vor und innerhalb der Therapie Hilfe, z.B. beim Hinsetzen oder beim Aufsetzen ihrer Brille, benötigen. Es werden häufig auch Patienten, die neben der Demenz eine chronische Krankheit aufweisen, zu den Gruppenaktivitäten zugelassen. **Bei den Gedächtnistrainings** sollten die Patienten **keine zu großen kognitiven Einschränkungen** aufweisen. Bei dem Kognitiven Kompetenztraining geben die Autoren an, dass die Patienten innerhalb einer Gruppe unterschiedliche Ursachen aufwiesen, die zu ihrer Demenz geführt hatten. Dementsprechend wurde **nicht auf ein zu homogenes Diagnosenbild der Patienten geachtet**. Nahezu alle Therapieansätze gaben **bestimmte Punktezahlen auf der MMSE Skala** an, die der jeweilige Patient zur Aufnahme in die Gruppe haben sollte (Bandbreite der Punktezahlen lag zwischen 18-23 Punkten). Die Patienten sollten über ein **ausreichendes Seh-, Mobilitäts- und Hörvermögen, und ein mindestens teilweise erhaltenes Urteilsvermögen** verfügen. Insgesamt fallen die Ausschlusskriterien, wie erwartet, nicht so streng wie bei den eigentlichen Psychotherapien aus.

Technische Aspekte

Die meisten der hier wiedergebenden Therapieansätze werden innerhalb eines sehr **strukturierten Formates** geführt. Besonders die Gruppen, die mit Sensorischen Stimulationen arbeiteten, setzten häufiger auch **nonverbale Mittel** ein. Einige Therapien wurden **multidimensional** geleitet (z.B. das Kognitive Kompetenztraining). Es wird generell festgestellt, dass multimodale Aktivitäten erfolgreicher als unimodale Aktivitäten sind. Die supportiven Gruppen verteilen „**Handouts**“ an die Patienten und versuchen besonders die **Pfleger und die Angehörigen in die Therapie zu**

involvieren. Eine der supportiven Therapie wurde innerhalb eines **geschlossenen Settings** geführt. Die sensorischen Stimulationsgruppen arbeiten mit dem **Einsatz verschiedenster Stimuli**, wie z.B. Parfümen, Kuschtieren, Softbällen, Räucherkerzen usw. Die „sensory gardening group“ setzt gezielt Blumen und Tiere als Stimuli für die Patienten ein. Die „Wellness group“ arbeitet vorwiegend mit dem Einsatz von **Entspannungs-, Imaginations-, und Meditationsübungen.** Die SET dagegen übt mit den Patienten, ihr **biographisches Wissen abzufragen** und die Gedächtnistrainings führen hauptsächlich **Konzentrationsübungen** durch. Das Kognitive Kompetenztraining verlangt von den Patienten das Bearbeiten von unterschiedlichsten **kognitiven Übungen.** Innerhalb der Milieuthapie sind die verschiedensten Therapieansätze integriert.

Verlauf und Inhalt der Therapien

Der Verlauf der verschiedenen Therapien ähnelt sich insofern, dass die Gruppensitzungen meistens mit einer **Einführung beginnen**, danach erfolgt die jeweilige **strukturierte Aktivität** und/oder eine **Gesprächsrunde**, bei der fast immer der Leiter bestimmte Themen vorschlägt. Bei vielen der Therapien werden den Patienten zwischendurch **Erfrischungen** gereicht. Innerhalb vieler Therapien erfolgt am Ende noch eine Abschlussübung.

Setting

Außer zwei der hier besprochenen Therapien, die jeweils in einem Gemeinderaum und einer Tagesklinik durchgeführt werden, fanden alle anderen Therapien auf speziell für die Bedürfnisse der dementen Patienten angepassten **Stationen** einer jeweiligen Psychiatrie statt. In vielen Veröffentlichungen wird empfohlen, dass die Gruppenmitglieder sich in einen **engeren Kreis** zur besseren Kommunikation setzen sollten.

Zeitrahmen

Fast alle der Therapieansätze **werden einmal in der Woche für im Durchschnitt eine Stunde** gehalten. Die Bandbreite reicht von Therapien, die 30 Minuten dauern, bis zu Therapien, die für 1½ Stunden geführt werden. Nahezu immer werden die Therapien für insgesamt **9-10 Sitzungen** gehalten. Es wird insgesamt empfohlen, die

Therapiesitzungen eher **morgens** als mittags zu halten. Es sollten eher **kurze Sitzungen**, die vor allem **morgens** geleitet werden, stattfinden.

Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutiellen Rahmen

Insgesamt muss eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedensten Fachberufen und den Angehörigen, die sich um den einzelnen Patienten kümmern existieren. Das heißt z.B., dass eine enge Verbindung zwischen dem Therapeuten, dem Patienten, den Angehörigen und dem Pflegepersonal aufgebaut wird.

Wirkfaktoren und Ergebnisse

Die „Woodlands Therapie“ **erhöhte die Aufmerksamkeit** der Gruppenmitglieder. Allerdings wurde die **Interaktion der Patienten nicht gefördert**. Offene Ablehnungen traten nicht häufig bei den Patienten auf. Der Multi-Sensorische Raum förderte die **Entspannung** und die **Kommunikation** der Patienten. Die Gedächtnistrainings vergrößerten die kurzfristigen Gedächtnisleistungen der Patienten. Allerdings fallen die **Verbesserungen der längerfristigen Gedächtnisleistungen der Patienten eher niedrig aus**. Bei einem der Gedächtnistrainings wurden die Stimmung, die verbalen und nonverbalen Produktionsfähigkeiten und die **Lebensqualität** der Patienten zusätzlich zu den erhöhten Gedächtnisleistungen **verbessert**. Einer der hier wiedergegebenen Gedächtnistrainings konnte allerdings auch **keine Verbesserungen** des Gedächtnisses der Patienten erzielen. Insgesamt ist zu beachten, dass die Gedächtnistrainings mit sehr viel Zeitaufwand eher niedrig ausfallende Verbesserungen aufweisen. Die hier beschriebene Selbst-Erhaltungstherapie **erhöhte die kognitive Selbststruktur** der Patienten und dadurch stieg auch ihre eigene Selbst-Identität. Eine **Vergrößerung der Lebensqualität** und der Geselligkeit der Patienten konnte durch die Gebetsgruppe erzielt werden. Außerdem wurden die **Beziehungen zwischen dem Personal und den Patienten** durch die gemeinsame Gruppe **verbessert**. Die Gruppen, die mit sensorischen Stimulationen arbeiteten, förderten die **spontanen, kreativen und nonverbalen Antworten der Patienten**. Außerdem wurde die **Identität, das Selbstbewusstsein und die Freude** der teilnehmenden Patienten **erhöht**. Auch die Ängste einiger dementer Patienten konnten teilweise gesenkt werden. Nur **eine der hier untersuchten sensorischen Stimulationen konnte keine positiven Ergebnisse**

aufweisen. Die „Wellness group“ **reduzierte die Agitationen** der dementen Patienten und das Kognitive Kompetenztraining erhöhte sowohl die Lebensqualität der Patienten als auch ihrer Angehörigen. Insgesamt ermöglicht die Therapie die **Heimeinweisungen mancher teilnehmender Mitglieder aufzuheben** bzw. nach hinten zu verschieben. Die „support groups“ fanden insgesamt eine sehr **positive Bewertung der Teilnehmer**. Dazu erhöhten sie die Kommunikation der Patienten und das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Gruppe. Auch Entspannungsübungen könnten erfolgreich bei dementen Patienten, die unter einer Angststörung leiden, angewendet werden. Zusammenfassend fallen, mit nur wenigen Ausnahmen, die Therapieergebnisse **insgesamt positiv** aus. In der Literatur wird zunehmend auch über die auftretenden Schwierigkeiten bei der Durchführung von Studien bei dementen Patienten berichtet.

6.2 Therapieansätze bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen

Dieses Kapitel wurde bewusst mit in diese Arbeit einbezogen, da es zu dem in der Arbeit untersuchten Thema der Therapiemöglichkeiten bei Demenzkranken in unmittelbarem Zusammenhang steht: Es ist möglich von einer **gegenseitigen Wechselwirkung** zu sprechen. Einerseits zeigt die alleinige Therapie des Patienten oft eine direkte Auswirkung auf das Verhalten und die Psyche der Person, die ihn pflegt. Andererseits beeinflusst die Einstellung und die psychische Situation der pflegenden Bezugsperson sowohl die therapeutische Behandlung des dementen Patienten als auch sein generelles psychisches Wohlbefinden. Haupt (1999) berichtet z.B., dass psychoedukative Strategien bei pflegenden Angehörigen dazu geeignet sind auch unmittelbar positiv auf die, in der häuslichen Umgebung auftretenden, Verhaltensstörungen des Demenzkranken zu wirken.

Ein weiterer Punkt, weshalb Therapien von pflegenden Bezugspersonen dementer Patienten in dieser Arbeit abgehandelt werden, ist, dass viele beschriebene **Therapien mit der pflegenden Person und dem Patienten zusammen durchgeführt** werden. Diese beiden Therapien sind aus diesem Grund teilweise gar nicht strikt trennbar. Zum Beispiel führte Teri (1997) gemeinsame verhaltenstherapeutische Interventionen durch, in der innerhalb einer Sitzung sowohl die pflegende Person als auch der Patient anwesend war. Die gemeinsame Intervention reduzierte sowohl die Depression der Patienten, als auch der pflegenden Personen.

Ein weiterer zu beachtender Punkt ist, dass die meisten pflegenden Bezugspersonen innerhalb der in der Einleitung definierten Altersspanne liegen. Das heißt, die meisten beschriebenen Gruppeninterventionen mit pflegenden Angehörigen geben ein Durchschnittsalter der Gruppenmitglieder von 55-70 Jahren an.

Belastungen und epidemiologische Situation der Menschen, die innerhalb der Pflege älterer Menschen tätig sind

Insgesamt wird innerhalb der Literatur sehr häufig über die **hohen psychischen Belastungen** der Personen, die ältere physisch und/oder kognitiv eingeschränkte Menschen pflegen, berichtet. Dies stellt einen weiteren Beweggrund dar, wenigstens

einen kurzen Überblick über das Thema in dieser Arbeit zu geben. Innerhalb einer Untersuchung von Haupt (1999) mit **pflegenden Angehörigen** von 100 Demenzkranken, die nach den verschiedensten Aspekten der empfundenen Belastung durch die Pflege befragt wurden, kam ein dramatisches Bild zu Tage. Nahezu alle Angehörigen gaben an, dass sie in Sorge um ihre Zukunft und die des Kranken sind und drei Viertel fühlten sich unter Druck durch die Pflege und gleichzeitig isoliert im Familien- und Freundeskreis. Die Hälfte glaubte, dass sie den Bedürfnissen des Kranken in der Pflege nicht nachkommen könnten und wollten die Pflege abgeben. Derartige Belastungen führen dazu, dass pflegende Angehörige ein erhöhtes Risiko tragen, selbst psychisch zu erkranken. Auch **körperliche Gesundheitsstörungen** treten vermehrt auf. Auch Förstl & Geiger-Kabisch (1995) geben an, dass die psychiatrische Morbidität bei Angehörigen, die demente Patienten pflegen, erhöht ist. Die bereits früher nachgewiesene besondere Belastung der Ehefrauen und Töchter entspricht den subjektiven Angaben der Teilnehmerinnen ihrer Studie. Ihre Daten bestätigen, dass die Schwere der Erkrankung keinen wesentlichen Einfluss auf die Belastung der Angehörigen ausübt. Die Ausdünnung des sozialen Netzwerkes bei Angehörigen des höheren Lebensalters, deren Partner erkrankt ist, kann einen zusätzlichen Risikofaktor zur psychischen und physischen Überforderung darstellen. Auch Haupt et al. (2000) betonen, dass als Folge der Belastung durch die Pflege die Angehörigen nicht selten unter **depressiven Verstimmungen, sozialer Isolation, erhöhter Einnahme von Beruhigungsmitteln, psychosomatischen Störungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates** leiden. Ebenfalls handeln Schulz et al. (1990) die psychiatrischen und physischen Morbiditätseffekte des Pflegens von älteren Menschen auf die jeweilige pflegende Person innerhalb ihrer Veröffentlichung ab. Annähernd zu 90 % werden die dementiell Erkrankten von nahestehenden Familienmitgliedern versorgt, in der Regel von Töchtern und Schwiegertöchtern. Zusätzlich gibt Gunzelmann (1991) an, dass hinsichtlich der **objektiv gegebenen Beeinträchtigungen** der hilfebedürftigen Personen insbesondere der Verlust an Alltagskompetenzen und Verhaltensstörungen wie nächtliche Unruhe oder Inkontinenz eine bedeutsame Rolle spielen. Kognitive Defizite wirken sich zum einen indirekt über ihren Einfluss auf Störungen von Verhalten und sozialen Funktionen aus. Direkt stellen sie insofern eine psychische Belastung dar, als sie eine emotionale Distanz zu einem vormals vertrauten Menschen herstellen können,

mit dem nun eine Auseinandersetzung über seine Krankheit und deren Konsequenzen für das Zusammenleben und die persönliche Beziehung nicht mehr möglich ist. Diese Faktoren werden modifiziert durch die **subjektive Sichtweise der Angehörigen**. Hierbei bekommen v.a. Persönlichkeitsveränderungen des Kranken hohe Bedeutung, die für die Angehörigen unvorhersehbar und unerklärlich erscheinen.

Zimber (1998) betont ebenfalls die berufstypischen Beanspruchungsreaktionen des **Altenpflegeberufes**. Dazu gehören z.B. das „Burn-out-Syndrom“, psychische Beeinträchtigungen, körperliche Beschwerden und die hohe Mitarbeiterfluktuation auf geriatrischen Stationen. Er unterteilt die Belastungen der Personen in der Altenpflege in zwei Aspekte: die Belastungen durch die betreuten Personen und die Belastungen durch die ungünstigen Arbeitsbedingungen. Im Gegensatz dazu nennt er folgende **protektive Faktoren**:

- Soziale Unterstützung am Arbeitsplatz und im außerberuflichen Bereich.
- Handlungskompetenzen, z.B. der direkte Ausdruck emotionaler Aspekte in der Beziehung zu den Betreuten.
- Aktive Coping-Strategien im Gegensatz zu passiven Strategien wie Vermeidung und sozialer Rückzug, die das Risiko von Stress, Anspannung und emotionaler Erschöpfung erhöhen.
- Persönlichkeitseigenschaften wie emotionale Stabilität, hohe Selbstwertschätzung, Selbstwirksamkeit und internale Kontrollüberzeugungen.

Zimber (1998) fordert, dass um Kenntnisse über effektive und effiziente Ansätze zur Reduzierung der Arbeitsbelastung zu gewinnen, neben weiteren Grundlagenforschungen **Interventionsstudien dringend erforderlich** sind. Er gibt einen Überblick von über 17 Untersuchungen über die Beanspruchungssituation der Altenpfleger/innen in der BRD. Fleischmann & Strobel (1990) betonen, dass die Ausübung des Altenpflegeberufes bislang kaum Unterstützung durch berufsbegleitende psychosoziale Angebote erfuhr.

In der Gesellschaft ist die schwierige Situation entstanden, dass die über 65jährigen eine Bevölkerungsgruppe mit hohem Morbiditätsrisiko für psychische Störungen darstellten.

Darunter finden sich mit zunehmendem Lebensalter vor allem dementielle Erkrankungen, die in den nächsten Jahren weiter wachsen werden. Gleichzeitig nehmen **die familiären Hilfsysteme ab und die finanziellen Ressourcen des Staates werden geringer**. Zwar ist immer noch der allergrößte Teil psychisch kranker Älterer weiterhin zu Hause, allerdings lässt die demographische Entwicklung in Zukunft eine Abnahme des „Töchter-Pflegepotentials“ erwarten. Durch Umschichtung der Alterspyramide die finanziellen Ressourcen zur Sicherung der körperlichen, sozialen und psychischen Bedürfnisse abnehmen. Auf Grund dieser demographischen Entwicklungen wird neben der Ausbildung der Angehörigenarbeit auch nach neuen **gerontopsychiatrischen Behandlungsstrategien** gesucht. Dies führte z.B. in Hamburg zu einer Förderung berufsübergreifender Arbeit im Team. Als Voraussetzungen für die Teamarbeit wurden nur genügend qualifizierte sowie motivierte Mitarbeiter, kooperative Informationssysteme wie gemeinsame Visiten und Mitarbeiterbesprechungen, regelmäßige Fortbildungen, Supervision und geeignete Arbeitszeiten angesehen. Als Teamprozess wurden drei Ebenen beschrieben: Entwurf eines aufgrund unterschiedlicher Wahrnehmungen umfassenden Bildes von Persönlichkeit und Problematik des Patienten, Absprache des gemeinsamen therapeutischen Vorgehens und schließlich deren Umsetzung. Rückfragen müssen auf allen diesen Ebenen möglich sein. Abschließend wird auf den noch nicht beendeten Entwicklungsprozess, auf die Notwendigkeit einer „Außenorientierung“ des Teams und auf erheblichen Forschungsbedarf hingewiesen.

Aufgrund der Tatsache, dass professionelle Helfer, die in der Altenarbeit tätig sind, häufig am Arbeitsplatz einsam, isoliert und gesellschaftlich wenig anerkannt und eben mit einer Vielzahl von Belastungen konfrontiert sind, werden als Hilfestellung für diese Berufsgruppe **„Balint-gruppen“** angeboten: Die Altenarbeit wird geprägt durch die Beziehung: älterer Klient/Patient – jüngerer Helfer/Therapeut. In Balintgruppen werden Beziehungen untersucht, die zu einer „patientenorientierteren“ Sichtweise führen und den Teilnehmern ermöglichen, eine „Gesamtdiagnose“ zu erstellen. „Gerontologische“ Balintgruppen, die multiprofessionell zusammengesetzt sind, verringern gegenseitige Vor- und Werturteile und fördern die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, das Verständnis zum älteren Hilfebedürftigen und ein

patientenorientiertes „Gesamtbehandlungskonzept“. Durch die Einbeziehung der bildhaften Darstellung in die Balintarbeit können unbewusste Beziehungsstörungen „sichtbar“ werden (Hirsch 1992).

Bruder (1990) hebt allerdings auch hervor, dass auf der einen Seite die Alterspsychotherapie und die Angehörigenarbeit zusammen gehören, aber auf der anderen Seite beachtet werden muss, dass während die **Alterspsychotherapie da ansetzt, wo sich das Ende erahnen lässt, Angehörigenarbeit, zumal bei den pflegenden Kindern, eher das Überdauernde, das über den Tod hinaus weisende ist**. Er betont ebenfalls, dass die Angehörigenarbeit im engen Sinne auch nicht direkt dazu führt, dass die therapeutischen Bemühungen um den kranken alten Menschen so intensiviert werden, dass sie zur Psychotherapie werden. Aber aus der Arbeit mit Angehörigen von dementen Patienten können sich Hinweise und Anregungen zu einem im weiteren Sinne psychotherapeutischen Umgang mit dem Kranken selbst ergeben.

6.2.1 Literaturüberblick

Innerhalb dieses Kapitels werden sowohl Therapieansätze beschrieben, die nur mit den pflegenden Bezugspersonen arbeiten, als auch Therapieansätze, die mit den pflegenden Bezugspersonen und ihrer zu pflegenden älteren Person gemeinsam geführt werden. Als einzige Ausnahme innerhalb dieser Arbeit werden in diesem Kapitel die Therapien nicht aufgrund ihrer speziellen Zugehörigkeit zu einer Therapieschule bzw. -richtung aufgeführt, sondern der Schwerpunkt wird auf die Zielgruppe der jeweiligen Therapie gesetzt. In diesem Fall besteht die Zielgruppe aus den Personen, die kognitiv und/oder physisch eingeschränkte ältere Menschen pflegen. Dementsprechend finden sich innerhalb dieses Kapitels „behaviorale“, neben „supportiven“ und „psychoedukativen“ Therapien.

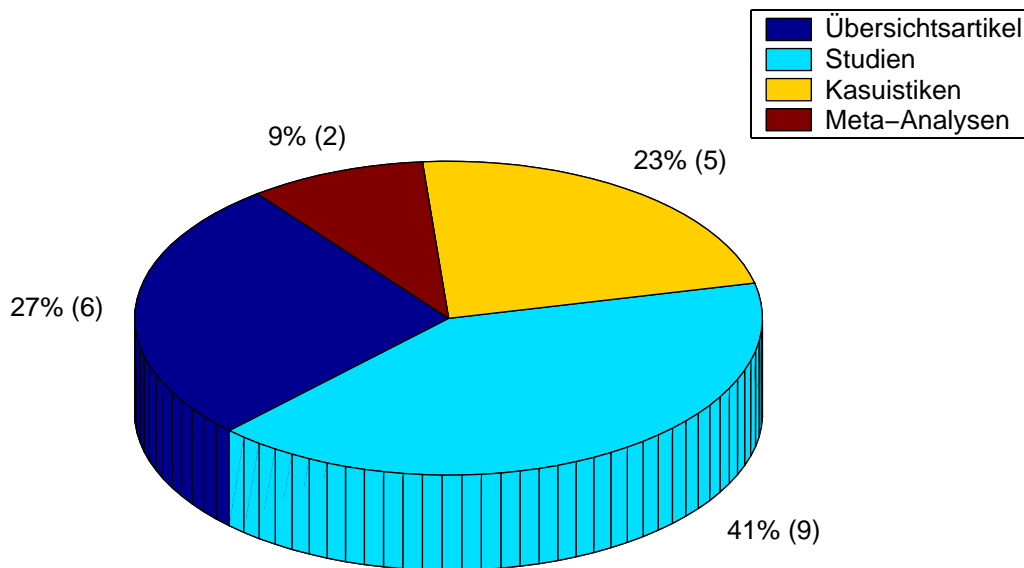


Abbildung 12: Publikationsarten zu den Therapieansätzen bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen (n=22)

6.2.2 Konzepte

Die Konzepte der Therapieschulen, die den theoretischen Hintergrund der hier aufgeführten Therapieansätze darstellen, werden hier nicht mehr explizit genannt, da sie bereits in den Kapiteln, welche spezifisch die bestimmten Therapien abhandeln, näher erläutert werden.

6.2.3 Leitungsstil der Therapeuten und beruflicher Hintergrund

„Support group“

Bei der von Toseland et al. (1990) beschriebenen Gruppe wurden die Gruppentherapien von sehr gut und speziell ausgebildeten Leitern durchgeführt. Sie bekamen 6 Stunden spezifisches Training, welches Unterstützung, Erziehung, Coping- und problemlösende Strategien beinhaltete. Die Leiter bekamen alle Supervisionen nach den Therapiesitzungen. Die meisten der Leiter waren Sozialarbeiter. In der von van den Heuvel et al. (2000) beschriebenen Therapie wurden die Sitzungen von Krankenschwestern geleitet. Bei der von Förstl & Geiger-Kabisch (1995) beschriebenen Gruppe wurde die Angehörigengruppe abwechselnd von einem ausgebildetem Nervenarzt, einer Psychologin und einer Sozialarbeiterin besucht. Schmid & Rouslin

(2002) betonen die sozial sehr aktive Rolle des Leiters. Er soll eine Umgebung schaffen, innerhalb der Probleme leicht angesprochen werden können.

„Psychoedukative Gruppe“

Haupt et al. (2000) beschreibt, dass zwei Ärzte die Gruppen leiteten, die sich in dem Bereich der Psychotherapie und Gerontopsychiatrie fortgebildet hatten. Bei Coon et al. (2003) wurden die Therapien von **Psychologen** geleitet.

6.2.4 Die Zusammensetzung der Gruppe

6.2.4.1 Die Alterszusammensetzung

„Support group“

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer innerhalb der Studie von Toseland et al. (1990) betrug 52 Jahre. Bei van den Heuvel et al. (2000) betrug das Durchschnittsalter 66 Jahre. Bei der von Förstl & Geiger-Kabisch (1995) beschriebenen Gruppe waren von den 34 Gruppenteilnehmern 14 jünger als 60 Jahre, 12 zwischen 60-69 Jahren, 6 zwischen 70-79 Jahren und 2 waren über 80 Jahre alt.

„Psychoedukative Gruppe“

Haupt et al. (2000) untersuchten eine Gruppe, deren Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen bei 63 Jahren lag. Das Durchschnittsalter der dementen Patienten lag bei 73 Jahren. Die von Coon et al. (2003) untersuchte Therapie arbeitete mit Gruppenmitgliedern bei denen das Durchschnittsalter bei 64 Jahren lag.

„Behaviorale Therapie“

Das Durchschnittsalter der pflegenden Personen bei Teri (1994) betrug 68 Jahre und das der dementen Patienten lag bei 72 Jahren.

6.2.4.2 Geschlechterverhältnis und Gruppengröße

Größe

„Support group“

Die von Toseland et al. (1990) beschriebene Gruppe bestand im Durchschnitt aus 6-8 pflegenden Angehörigen. van den Heuvel et al. (2000) berichten, dass innerhalb der Gruppen pro Sitzung nicht mehr als 13 und nicht weniger als 8 Mitglieder anwesend waren. Goodman & Pynoos (1990) beschreiben eine Therapie, bei der 4-5 pflegende Personen sich abwechselnd innerhalb einer Woche anrufen und sich gegenseitig über ihre Probleme in Bezug auf die Pfleger der dementen Patienten austauschen. Bei der von Schmid & Rouslin (2002) beschriebenen Therapie partizipierten durchschnittlich 10-12 Personen. In einer typischen Gruppensitzung erschienen ungefähr 70 % der Patienten mit ihrem pflegenden Ehepartner, 20 % wurden von ihren Kindern begleitet und 10 % erschienen alleine.

„Psychoedukative Gruppe“

Haupt et al. (2000) führten eine Gruppe mit jeweils 7 Paaren, bestehend aus einem pflegendem Familienmitglied und dem dementen Patienten durch. Bei der von Coon et al. (1997) untersuchten Therapie waren jeweils 8-10 pflegende Angehörige innerhalb einer Gruppe.

„Psychosoziale Begleitung“

Fleischmann & Strobel (1990) berichten, dass die Gruppe aus 7 Altenpflegerinnen und 1 Altenpfleger bestand.

Geschlechterverhältnis

„Support group“

Die von Toseland et al. (1990) beschriebene Gruppe bestand nur aus pflegenden Frauen. Bei van den Heuvel et al. (2000) bestand die Mehrheit der Teilnehmer aus Frauen (74,5 %). Bei der von Förstl & Geiger-Kabisch (1995) beschriebenen Gruppe bestand die Mehrheit der Gruppe ebenfalls aus Frauen.

„Psychoedukative Gruppe“

Haupt et al. (2000) hatten sowohl bei den dementen Patienten als auch bei den pflegenden Familienmitgliedern ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis: Jeweils 57 % der Patienten und 57 % der pflegenden Personen waren Frauen. Die von Coon et al. (2003) untersuchte Therapie wurde mit nur weiblichen pflegenden Familienmitgliedern durchgeführt.

„Behaviorale Therapie“

Bei der von Teri (1994) beschriebenen Therapie waren 68 % der dementen Patienten und 45 % der pflegenden Personen Frauen.

„Psychosoziale Begleitung“

Fleischmann & Strobel (1990) berichten, dass eine deutliche Mehrheit an Frauen bestand.

6.2.4.3 Diagnosen und Indikationen: Zusammensetzung der Gruppe bezüglich der Erkrankungen

„Support group“

Die von Toseland et al. (1990) beschriebene Gruppe wurde mit ausschließlich weiblichen, pflegenden Familienangehörigen geführt. Speziell mit Pflegern von Schlaganfallpatienten wurde die Studie von van den Heuvel et al. (2000) durchgeführt. Es sollte eine möglichst homogene Gruppe gegründet werden. Das heißt, es wurde möglichst versucht, eine Gruppe mit Pflegern, die innerhalb sehr ähnlicher Pflegesituationen tätig sind, zu bilden. Innerhalb der von Förstl & Geiger-Kabisch (1995) beschriebenen Gruppe waren 16 Mitglieder Ehefrauen, 9 Teilnehmer Ehemänner, 6 teilnehmende Personen Töchter, 1 Gruppenmitglied Schwiegersohn und eine Teilnehmerin eine langjährige Betreuerin der jeweiligen Patienten.

„Psychoedukative Gruppe“

Bei der von Coon et al. (1997) untersuchten Therapie waren 57 % der Frauen die Ehefrauen der Patienten und die restlichen 43 % der Frauen waren die Töchter oder Schwiegertöchter der Patienten. Walsh et al. (1992) untersuchten psychoedukative

Kurse daraufhin, ob sie depressive Symptome der Pfleger/innen von körperlich und geistig beeinträchtigten älteren Menschen senken könnten.

„Behaviorale Therapie“

Teri (1994) und Teri et al. (1997) leiteten Therapien, in denen mehrere Patienten und ihre jeweiligen Pfleger zusammen innerhalb einer Gruppe partizipieren. Sowohl die dementen Patienten als auch ihre Pfleger litten unter Depressionen.

„Psychosoziale Begleitung“

Fleischmann & Strobel (1990) empfehlen, dass eine homogene Gruppe wichtig ist. Eine Beteiligung von Pflegekräften aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen (z.B. Rüstigenbereich, Pflegebereich usw.) soll wenig sinnvoll sein. Es sollen allerdings auch nicht mehrere Pflegekräfte der gleichen Station an der gleichen Gruppe teilnehmen.

6.2.5 Auswahlkriterien

„Support group“

Van den Heuvel et al. (2000) setzten mehrere Ausschluss- bzw. Aufnahmekriterien an: Die Pfleger der Schlaganfallpatienten müssen die Patienten direkt bei sich zu Hause pflegen, der erste Schlaganfall musste zwischen 1992–1996 liegen und der Patient musste zur Zeit seines Schlaganfalles über 45 Jahre alt sein. Es sollte eine möglichst homogene Gruppe gegründet werden. Schmid & Rouslin (2002) wählten nur Patienten für die Gruppenteilnahme aus, die über 60 waren, gesundheitlich stabil, und sowohl auf einem physischen, als auch sensorischen Level interagieren konnten. Patienten mit milder Demenz, chronisch progressiver Krankheit, Blindheit, partieller Taubheit, physischen Einschränkungen oder starker Schwachheit wurden nicht ausgeschlossen. Allerdings wurden schwer demente Patienten, Patienten mit sehr störenden Persönlichkeitsstörungen, akuter Krankheit oder starker Schwerhörigkeit ausgeschlossen.

„Psychoedukative Gruppe“

Haupt et al. (2000) gaben als Aufnahmekriterium an, dass die pflegenden Angehörigen mindestens 6 Stunden am Tag mit den dementen Patienten zusammenleben müssen. Bei einer anderen Studie von Haupt et al. (2000) gaben sie als Aufnahmekriterien an, dass die Kranken von einem Facharzt untersucht und nach eingehender Befunderhebung die

Diagnose einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit oder des degenerativ-vaskulären Mischtyps nach den heute gültigen diagnostischen Kriterien der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation gestellt werden musste. Die Kranken sollten in der Lage sein, an einer mehrmonatigen Gruppenarbeit teilzunehmen. Hiermit war die Aufnahme an eine ausreichende Mobilität geknüpft, um den Ort der Gruppensitzungen erreichen zu können. Das Vorliegen von Mehrfacherkrankungen im körperlichen Bereich stellte grundsätzlich kein Ausschlusskriterium dar. Eine weitere Anforderung an die Teilnehmer der Studie war, dass sie in der häuslichen Umgebung lebten und ihre Heimunterbringung zum Zeitpunkt der Studie von ihren Bezugspersonen nicht geplant war. Der Aufnahme von pflegenden Angehörigen in die Untersuchung waren die folgenden Kriterien zugrunde gelegt: Die Angehörigen sollten in der Lage sein, an den Gruppensitzungen über einen mehrmonatigen Zeitraum regelmäßig teilzunehmen. Ferner sollten die Angehörigen auch gleichzeitig die primär pflegenden Bezugspersonen innerhalb der Betreuung der Kranken sein und entweder in häuslicher Gemeinschaft mit den Kranken leben oder zumindest einen Zeitraum von 6 Stunden täglich mit dem Kranken verbringen.

Bei der von Coon et al. (1997) untersuchten Therapie sollten die pflegenden Frauen über 50 Jahre alt sein und unter keiner Psychose, keinem Alkoholabusus, unter keiner akuten Selbstmordgefahr oder einer bipolaren Störung leiden. Sie sollten keine Psychopharmaka einnehmen oder schon über 3 Monate diese Medikamente stabil eingenommen haben und keine ernsteren kognitiven Einschränkungen aufweisen.

6.2.6 Technische Aspekte

„Support group“

Van den Heuvel et al. (2000) verteilten schriftliches Infomaterial an die pflegenden Personen und es wurde mit audio-visuellem Material gearbeitet.

Bei der von Förstl & Geiger-Kabisch (1995) beschriebenen Gruppe wurde ein offenes Format gewählt. Schmid & Rouslin (2002) wählten ebenfalls ein offen-endendes Setting für ihre Gruppen.

„Psychoedukative Gruppe“

Haupt et al. (2000) ließen an jede der teilnehmenden pflegenden Angehörigen einen schriftlichen Entwurf der Therapie verteilen. Die Therapie bestand aus einem psychoedukativen Training, nicht spezifischen psychotherapeutischen Strategien, aber auch spezifischen kognitiv-behavioralen Techniken, um problemlösende Ansätze zu entwickeln und Verhaltensmodifikationen in die Pflege zu implementieren. Die Elemente der Intervention bezogen über die psychoedukative Wissensvermittlung hinaus auch allgemeine gruppenpsychotherapeutische Strategien wie auch spezifisch kognitiv-behaviorale Techniken zur Entwicklung von Problemlösungsstrategien und zur Verhaltensmodifikation mit ein.

Bei der von Coon et al. (1997) untersuchten Therapie war das Setting sehr strukturiert. Es wurden Hausaufgaben aufgegeben und bearbeitet.

„Behaviorale Therapie“

Einer der zwei Verhaltenstherapien, die von Teri et al. (1997) innerhalb ihrer Studie beschrieben wurden, betonte eher schöne Erlebnisse, die andere Verhaltenstherapie hob dagegen eher den problemlösenden Ansatz hervor.

„Psychosoziale Begleitung“

Fleischmann & Strobel (1990) berichten, dass sie mit Rollenspielen und psychodramatischen Arbeitsformen berufliche Problemsituationen thematisierten und neue Sichtweisen und Lösungsansätze erarbeiteten. Berufstypische Belastungssituationen in der Altenpflege und das „Burnout“-Konzept als übergreifender Ansatz zur Kennzeichnung von Belastungsreaktionen waren die Ausgangspunkte einer von ihnen durchgeführten Gruppenveranstaltung mit Altenpflegekräften. Die Gruppe wurde innerhalb eines geschlossenen Settings durchgeführt.

6.2.7 Verlauf und Inhalt der Therapie

„Support group“

Van den Heuvel et al. (2000) beschreibt folgenden Ablauf der jeweiligen Sitzungen: Als erstes wurde das Erlebnis des plötzlich auftretenden Schlaganfalles einer nahe stehenden Person mit all seinen damit verbundenen Emotionen besprochen. Besonders das Gefühl, dass man ab diesem Zeitpunkt für Jemanden die pflegende Person ist,

wurde sehr genau innerhalb der Gruppe diskutiert. Die pflegenden Angehörigen sprachen weiterhin über die genauen Hintergründe der Krankheit und über die allgemeinen Auswirkungen auch auf ihre freundschaftlichen Beziehungen. Es wurden zusätzlich generelle und sehr praxisorientierte Tipps in Bezug auf die Pflege und die Schlaganfallkrankheit gegeben. Es wurden aktive problemlösende Strategien gelehrt. Schmid & Rouslin (2002) betonen, dass innerhalb ihrer Therapie auch medikamentöse Fragen und die verschiedensten Aspekte der Krankheit der Patienten diskutiert wurden.

„Psychoedukative Gruppe“

Haupt et al. (2000) ließen den Anfang einer Therapiesitzung mit einer „Warming-up“ Periode beginnen, in der die pflegenden Familienmitglieder über ihren momentanen Gesundheitszustand und ihre pflegerischen Probleme der letzten Woche reden konnten. Danach wurde das Interventionsprotokoll dieser Woche vorgestellt. Es wurden generelle Informationen und Ratschläge über die Krankheit der Demenz und die Pflege bei dementen Patienten vorgestellt und gleichzeitig fand ein emotionaler Austausch über die mit der Pflege assoziierten Probleme statt. Den pflegenden Angehörigen wurden problemlösende Strategien vorgestellt. Das Ende der Gruppensitzungen bestand aus einer Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte der jeweiligen Sitzung und der Beantwortung von noch offenen Fragen. Innerhalb einer anderen, auch im Jahr 2000 durchgeführten Studie von Haupt et al., begannen die Gruppensitzungen mit einer Begrüßung und einer anschließenden kurzen Besinnungsphase, die gezielte Übungen zur motorischen Bewegung, zur Stärkung sensorischer Wahrnehmung und zur kognitiven Aktivierung enthielt und mit einer Entspannungsübung ausklang. Wichtige inhaltliche Schwerpunkte waren die Besprechung von Themen aus dem individuellen sozialen Umfeld, den erforderlichen hauswirtschaftlichen Aufgaben, dem vorhergegangenen Berufsleben und ferner den individuellen Neigungen, was Reisen, Erlebniswelten oder Natur anbetraf. Die Angehörigen wurden intensiv mit den eingeschränkten, aber auch erhaltenen Fertigkeiten und den Fähigkeiten des Kranken vertraut gemacht. Kontinuierlich wurden problematische Interaktionen in der Pflegebeziehung aufgegriffen und erörtert und mit den Angehörigen Lösungsmöglichkeiten gemeinsam erarbeitet. Insgesamt handelte es sich bei dieser Zusammenstellung von fördernden, interaktiven Aufgaben, um eine multimodale Intervention zur Stärkung und Konsolidierung qualitativ unterschiedlicher Gestaltungs-

und Wahrnehmungsleistungen des Gehirns. Bei den von Coon et al. (1997) untersuchten Therapien fingen sie mit einem kurzem „Check-in“ und einer Besprechung der Hausaufgaben und der Dinge, die die Teilnehmer innerhalb der letzten Woche bewegt hatte, an. Danach erfolgte für 20-30 Minuten das Lesen einer didaktischen Lektüre, beruhend auf den bestimmten Fertigkeiten, die in der jeweiligen Sitzung gelehrt werden sollten. Der Rest der Sitzung wurde damit verbracht, dass die gelehrteten Fertigkeiten geübt und diskutiert und neue Hausaufgaben aufgegeben wurden. Innerhalb der „Anger Management Class“ wurden den Teilnehmern sowohl Entspannungs- als auch kognitive Fertigkeiten in Bezug auf dem Umgang mit Angstsymptomen beigebracht. Die „Depression Management Class“ basierte eher auf den Theorien des sozialen Lernens und es wurden eher Verhaltensinterventionen betont und angewendet. Die Lebenszufriedenheit der Pflegenden sollte basierend auf der Arbeit von Lewinsohn erhöht werden.

„Behaviorale Therapie“

Die von Teri (1994) beschriebene Therapie lehrte die Patienten und Pfleger Wissen über die Krankheit, Verhaltensänderungen, Strategien, wie man die angenehmen Tätigkeiten der Patienten entdecken kann, Wissen über problemlösende Ansätze, Hilfestellungen bei der Pflege und Ratschläge, wie die Therapieerfolge aufrecht erhalten werden können.

„Psychosoziale Begleitung“

Fleischmann & Strobel (1990) berichten, dass folgende Themen oft innerhalb der Gruppen mit Pflegepersonal, das in der Altenpflege arbeitet, angesprochen wurden: die zeitliche Überlastung, das Ausbleiben von Erfolgserlebnissen, die Schwierigkeiten im Umgang mit hilflosen oder aggressiven Patienten, die Konfrontation mit einem anderen Pflegeverständnis bei Kollegen, aber auch das Thema Sterbebegleitung. Das Geschehen in der Gruppe wurde in drei Phasen eingeteilt: die Erwärmungsphase, die Spielphase und die Integrationsphase mit „Sharings“ und Rollenfeedbacks. Am Ende erfolgte eine Prozessanalyse.

6.2.8 Zeitrahmen und Setting

Dauer

„Support group“

Die von Toseland et al. (1990) beschriebene Gruppe traf sich insgesamt für 8 Wochen einmal wöchentlich für 2 Stunden. Die Gruppe bei van den Heuvel et al. (2000) fand einmal wöchentlich für 2 Stunden statt und insgesamt wurden 8 Sitzungen gehalten. Goodman & Pynoos (1990) beschreiben eine Therapie, bei der 4-5 pflegende Personen sich abwechselnd innerhalb einer Woche für je 15 Minuten anrufen, so dass jeder mit jedem innerhalb einer Woche geredet und sich gegenseitig über ihre Probleme in Bezug auf die Pfleger der dementen Patienten ausgetauscht hat. Bei der von Förstl & Geiger-Kabisch (1995) beschriebenen Gruppe fanden die Sitzungen einmal im Monat für 2 Stunden statt.

„Psychoedukative Gruppe“

Haupt et al. (2000) ließen die Gruppe einmal in der Woche für 90 Minuten über insgesamt 12 Wochen lang laufen. Innerhalb einer anderen im Jahr 2000 durchgeführten Studie von Haupt et al. fanden die Sitzungen einmal wöchentlich für 2-2½ Stunden über einen Gesamtzeitraum von 5 Monaten statt. Bei der von Coon et al. (1997) untersuchten Therapie fanden die Sitzungen einmal wöchentlich für 2 Stunden innerhalb 8 aufeinander folgender Wochen statt. Die letzten beiden Sitzungen fanden einmal im Monat statt, so dass insgesamt 10 Sitzungen durchgeführt wurden. Die von Walsh et al. (1992) durchgeführten Kurse trafen sich einmal wöchentlich für insgesamt 10 Wochen.

„Behaviorale Therapie“

Teri (1994) und Teri et al. (1997) leiteten Therapien, in denen mehrere Patienten und ihre jeweiligen Pflegekräfte zusammen an einer Gruppe teilnahmen. Die Gruppen wurden jeweils für 60 Minuten über insgesamt 9 Sitzungen durchgeführt.

„Psychosoziale Begleitung“

Fleischmann & Strobel (1990) berichten, dass die Gruppe sich alle zwei Wochen für je zwei Stunden traf, insgesamt fanden 8 Sitzungen statt. Die Gruppe fand innerhalb der offiziellen Dienstzeit der Teilnehmer statt bzw. wurde auf die Dienstzeit angerechnet.

Wie sich später herausstellte, konnte die vereinbarte kontinuierliche Gruppenteilnahme wiederholt nicht eingehalten werden. Personelle Engpässe auf den Stationen, Erkrankungen und Urlaub waren die häufigsten Gründe dafür. Es wird empfohlen, evtl. eine zwei- bis dreitägige Blockveranstaltung in Erwägung zu ziehen. Außerdem erwiesen sich die 8 Sitzungen als zu wenig.

Setting

„Support group“

Schmid & Rouslin (2002) leiteten die Therapie ambulant in einem Raum eines Krankenhauses, der dafür vorgesehen war, dass sich dort ambulante Gruppen treffen konnten.

6.2.9 Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen

„Support group“

Schmid & Rouslin (2002) entwickelten ihre Therapie für akut aus einer Psychiatrie entlassene, ältere Patienten. Die Patienten sollen sich direkt nach ihrer Entlassung zusammen mit ihren Pflegekräften innerhalb einer ambulant stattfindenden Gruppe treffen, um dort an den stationären Aufenthalt ambulant anzuknüpfen, weiter ihre Medikation einzunehmen und den Umgang mit ihrer Krankheit zu stabilisieren.

6.2.10 Wirkfaktoren und Ergebnisse

„Support group“

Die von Toseland et al. (1990) beschriebene Studie sollte untersuchen, ob eher „unterstützende“ Individuelle- oder „unterstützende“ Gruppeninterventionen mit pflegenden Familienangehörigen effektiv sind. Es zeigten sich beide Therapieformate als erfolgreich. Es konnten positive Veränderungen in Bezug auf das Verhalten, die Einstellungen und das Wissen gegenüber der Pflege und Zufriedenheit mit der Intervention an sich festgestellt werden. Allerdings konnten auch Unterschiede zwischen beiden Formaten festgestellt werden. Die individuelle Therapieform konnte die problematischen, psychischen Symptome senken. Das Vorgehen war insgesamt

problemorientierter. Die Patienten erläuterten mehr persönliche Dinge. Im Gegensatz dazu erfuhren die Teilnehmer der Gruppenintervention mehr soziale Unterstützung, sowohl formal als auch emotional.

Van den Heuvel et al. (2000) wollten mit der Therapie eine Vergrößerung des Vertrauens der Pfleger in ihr eigenes Wissen und in ihre aktiven Copingstrategien erreichen. Ebenfalls sollte ihr geistiges Wohlbefinden, ihre Vitalität, ihre soziale Unterstützung, ihre Selbstsicherheit erhöht und ihrer Anspannung reduziert werden. Innerhalb der Studie wurde weiterhin untersucht, ob individuelle Hausbesuche, die Kombination aus einem individuellem Hausbesuch und einem Gruppenprogramm oder ein Gruppenprogramm alleine erfolgreicher sind. Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Therapieansätzen gefunden. Alle wiesen folgende Kurzzeiteffekte auf: die Therapien vergrößerten das Vertrauen der pflegenden Personen in ihr Wissen über die Pflege und die Anwendung der Copingstrategie der „Konfrontation“ und dem Aufsuchen von sozialer Unterstützung. Es wurde kein Kurzzeiteffekt im Bezug auf das Erreichen des mentalen Wohlbefindens und der Vitalität oder in einer Abnahme von Gefühlen der Anspannung erreicht. Goodman & Pynoos (1990) untersuchten in ihrer Studie, ob ein „Supportive telephone program“ oder und ein „Informational telephone program“ für pflegende Bezugspersonen von Alzheimer Patienten erfolgreich ist. Die Kombination der beiden Gruppen konnte aufweisen, dass die Teilnehmer einen Zugewinn an Informationen, sozialer Unterstützung und Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung erlangt hatten. Es konnte weder eine Erleichterung der Belastungen, eine Verbesserung der Pfleger-Patienten-Beziehung noch eine Verringerung der mit den anderen Familienangehörigen oder der Gesundheit assoziierten Probleme festgestellt werden. Die Teilnehmer des „Informational telephone program“ gaben häufigere emotionale Unterstützungen ihrer Familien und höheren Informationsgewinn als die des „Supportive telephone program“ an. Die Teilnehmer innerhalb des „Supportive telephone program“ ersetzten den Austausch mit ihrer Familie durch den emotionalen Austausch mit den anderen pflegenden Teilnehmern am Telefon. Bei der von Förstl & Geiger-Kabisch (1995) beschriebenen Gruppe mit 34 pflegenden Angehörigen von dementen Patienten wurden folgende Ergebnisse sichtbar: Die Form einer offenen, monatlich stattfindenden Angehörigengruppe wurde von den meisten Teilnehmern als

positiv bewertet. Die Gruppe wurde von Frauen häufiger und länger aufgesucht als von Männern. Während die Mehrzahl der Frauen emotionale Unterstützung suchte und fand, nannten Männer vorwiegend ein Informationsbedürfnis über die Ursachen und Behandlung der Demenz.

Ein hoher Prozentsatz der Teilnehmer gab an, unter erheblichen reaktiven psychischen Belastungen zu leiden. Dabei handelte es sich vor allem um Ehefrauen oder Töchter von Patienten mit spät beginnender Demenz. Insgesamt wurden am häufigsten Informationen über die medizinischen Ursachen der Erkrankung (19mal), gefolgt von der medizinischen Behandlung (15mal), Rechtsinformationen (12mal), sozialen Dienste (10mal) und professionellen Ratschläge zur praktischen Pflege (9mal) gewünscht. Schmid & Rouslin (2002) beschreiben, dass die Angehörigengruppe ein psychosoziales Forum bot, in dem Probleme und Erlebnisse geteilt und besprochen wurden. Die Gruppe erreichte, dass die Patienten bessere Beziehungen zu ihren Ärzten, Medikamenten, Krankenhäusern und Gemeinderessourcen, die sie betreuten, aufbauten. Die Gruppe half den Patienten und ihren Pflegern sich dynamisch und verhaltensgemäßer zu begegnen. Die Interaktionen wurden durch die Gruppe beobachtet, verbessert und integriert.

„Psychoedukative Gruppe“

Haupt et al. (2000) kamen am Ende ihrer Gruppenintervention nach drei Monaten in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Angst und Agitation, aber nicht die aggressiven Symptome der Patienten signifikant reduziert werden konnten. Außerdem wurden die gedächtnisassoziierten Alltagsleistungen verbessert. Insgesamt zeigte das Vorhandensein einer zusätzlichen somatischen Krankheit und die Zugehörigkeit zu dem männlichen Geschlecht ein weniger gutes Outcome-Ergebnis. Die Untersuchung stieß zudem bei anonymer Befragung auf eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit. Die Untersuchungsergebnisse stützen insgesamt die Hypothese, dass psychoedukative Gruppeninterventionen bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken nicht nur den Pflegenden selbst helfen, sondern auch verbessernd auf die Verhaltensstörungen des Kranken einwirken. Die Autoren halten aufgrund dieser Ergebnisse die psychoedukativen Gruppeninterventionen mit pflegenden Familienangehörigen der dementen Patienten für unerlässliche Hilfsmittel, um die pharmakologischen und nicht pharmakologischen Behandlungsstrategien der dementen Patienten zu vervollständigen.

Bei der von Coon et al. (1997) untersuchten Therapie sollte innerhalb der Gruppen die Offenheit, das persönliche Engagement und der gemeinsame Austausch der Gruppenmitglieder gefördert werden. Bei einer anderen Studie untersuchten Haupt et al. (2000) die Behandlungseffekte einer paartherapeutischen psychoedukativen Gruppenarbeit mit Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen über einen Zeitraum von 5 Monaten. Die Ergebnisse zeigen im Wesentlichen, dass sich bei den Kranken das adäquate Kommunikationsverhalten mit den pflegenden Partnern signifikant verstärkte. Bei den pflegenden Angehörigen wurden die Verhaltensmuster im Umgang mit den Kranken signifikant verbessert und eine spürbare Entlastung trotz fortgesetzter Pflege herbeigeführt. Bei den überwiegend bereits mittelgradig beeinträchtigten Demenzkranken wurde eine über 5 Monate andauernde Konsolidierung unterschiedlicher Alltagsfertigkeiten, insbesondere bei gedächtnisbezogenen Leistungen und sozialen Verhaltensweisen beobachtet. Allerdings nahmen instrumentelle Fertigkeiten der Kranken im alltäglichen Leben ab. Die kognitiv-behavioral orientierten psychoedukativen Kurse, die von Walsh et al. (1992) untersucht wurden, zeigten sowohl bei Betreuern von geistig, als auch bei Betreuern von körperlich beeinträchtigten Älteren, im Vergleich zu einer Wartegruppe, einen Zuwachs in der Verwendung positiver Coping-Strategien. Bei einigen Pflegepersonen konnte auch eine signifikante Verbesserung im Depressionsstatus festgestellt werden. Die Interventionseffekte von Betreuungspersonen bei geistig eingeschränkten Personen im Vergleich zu den Betreuungspersonen bei körperlich beeinträchtigten Älteren unterschieden sich nicht. Die Ergebnisse befürworten den Einsatz von psychoedukativen Interventionen zur Verbesserung der Bewältigungsstrategien von Pflegepersonen, gleich ob es sich dabei um die Pflege von kognitiv oder körperlich beeinträchtigten alten Menschen handelt.

„Psychosoziale Begleitung“

Fleischmann & Strobel (1990) berichteten, dass sie die Erweiterung der sozialen Handlungskompetenz der Pfleger/innen erzielen wollen.

„Behaviorale Therapie“

Teri et al. (1997) leiteten 2 Verhaltenstherapien mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten, in denen mehrere Patienten und ihre jeweiligen Pflegekräfte zusammen innerhalb einer Gruppe partizipierten. Innerhalb der durchgeführten Studie zeigten sich

beide Therapien als erfolgreicher als die Kontrollgruppen und verbesserten sowohl die Depressionen der Patienten als auch die ihrer Pflegekräfte. In einer neunwöchigen Behandlungsperiode wurde mit einem kontrollierten, verhaltenstherapeutisch orientierten Studiendesign zur Behandlung von depressiven Verstimmungen bei 72 Patienten mit Demenz und ihren pflegenden Bezugspersonen eine randomisierte Zuordnung zu vier Gruppen vorgenommen. In der ersten Gruppe wurde eine Verhaltenstherapie durchgeführt, die besonders auf die Bereitstellung von freudvollen Aktivitäten ausgerichtet war. Die zweite Gruppe erhielt eine Verhaltenstherapie, die sich insbesondere mit Problemlösungsstrategien zur Modifizierung von problematischen Verhaltensweisen befasste. Gruppe drei wurde als Kontrollgruppe definiert. In ihr wurde überprüft, ob bei Patienten und Bezugspersonen auch dann Verbesserungen zu erwarten sind, wenn sie eine üblicherweise bestehende Beratung und Unterstützung in unstrukturierter Form erhalten würden. Gruppe vier stand schließlich unter Wartelistenbedingungen und blieb ohne Kontakt zu den Therapeuten während der neunwöchigen Behandlungsperiode. Gemessen mit der Hamilton Depression Rating Scale (HADS) ergab der Vergleich von Prä- und Post-Werten, dass sich die Depression bei den dementen Patienten unter der aktiven Verhaltenstherapiebedingung signifikant verbesserte, hingegen unter Kontrollbedingungen unverändert persistierte. Ein ähnlicher Behandlungseffekt war bei den Bezugspersonen zu beobachten. In beiden aktiven Behandlungsgruppen waren signifikante Verbesserungen der Depression der Bezugspersonen festzustellen, während die depressiven Verstimmungen der Bezugspersonen in den Kontrollgruppen unverändert blieben. Eine Erhebung nach sechs Monaten zeigte, dass sowohl die Demenzpatienten als auch ihre pflegenden Bezugspersonen in der HADS noch immer bessere Werte im Sinne geringerer Depression aufwiesen im Vergleich zu ihren Werten beim Eingang in den Behandlungszeitraum. Wiederum war zwischen beiden aktiven Behandlungsgruppen kein Unterschied erkennbar. Teri (1994) fand, dass die gemeinsame Verhaltenstherapie von Pflegern und Patienten bei beiden Gruppen eine Reduzierung ihrer Depressionen erreichte. Haupt (1999) berichtet von einer dreimonatigen, expertengeleiteten und konzeptuell strukturierten Gruppenintervention mit pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Die Therapie führte zu signifikanten Verbesserungen von gedächtnisassoziierten Alltagsleistungen sowie zu einer signifikanten Verbesserung von

motorischen Unruhezuständen und Angst bei den Demenzkranken. Das Vorhandensein von zusätzlichen körperlichen Erkrankungen bei den Demenzkranken sagte einen ungünstigen Behandlungsausgang, bezogen auf die Verbesserung der gedächtnisassoziierten Alltagsleistungen und der Unruhezustände, voraus. Die Gruppeninterventionen stießen bei anonymer Befragung auf hohe Akzeptanz und Wertschätzung der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Diese Untersuchung konnte damit zeigen, dass psychoedukative Gruppeninterventionen bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken nicht nur bei den Pflegenden selbst, sondern auch bei den Verhaltensstörungen der Kranken Verbesserungen erzielen konnten. Bei der von Coon et al. (1997) untersuchten Therapie wurde sowohl am Ende der „Anger Management Class“, als auch am Ende der „Depression Management Class“ im Gegensatz zu der Kontrollgruppe, eine Reduzierung ihrer Angst, ihrer Feindseligkeit und ihrer Depression festgestellt. Die Anwendung von positiven Copingstrategien vergrößerte sich nur innerhalb der „Anger Management Class“. Die Selbsteffizienz wurde innerhalb beider Interventionen signifikant vergrößert und wurde gleichzeitig noch als ein Mediator der Interventionseffekte erkannt. Generell betonen die Autoren, dass verstärkt noch untersucht werden müsse, welche Interventionsarten am besten zu welchen pflegenden Bezugspersonen, korrelierend zu ihren persönlichen Charaktereigenschaften, passen.

Haupt et al. (2000) geben innerhalb ihrer Veröffentlichung, die die generelle Wirksamkeit von Therapieansätzen bei pflegenden Angehörigen untersucht, die von Toseland & Rossiter (1989) erstellte Meta-Analyse wieder. Diese Meta-Analyse spiegelt die in der Literatur bis zum Jahr 1989 in den verschiedensten Veröffentlichungen erschienenen Ergebnisse von 29 Angehörigengruppen wieder. Nahezu alle untersuchten Angehörigengruppen verfolgten einen psychoedukativen Ansatz. Die meisten Gruppen waren auf 6-8 Treffen beschränkt und stellten einen Informationsaustausch über bestimmte Aspekte der Alzheimer Krankheit und der Pflege einer unter der Krankheit leidenden Person in den Vordergrund. Fast immer gaben die Teilnehmer einen hohen Grad der Zufriedenheit an, wenn sie von den Gruppenleitern befragt wurden, und ausnahmslos beurteilten die Leiter der Gruppen die Gruppenarbeit als gelungen und effektiv. Bei standardisierter Beurteilung der Gruppen im Vergleich zu Kontrollgruppen

ergaben sich jedoch nur geringe Unterschiede. Insgesamt kommen auch Haupt et al. (2000) selber zu dem allgemeinem Ergebnis, dass Interventionen innerhalb der Angehörigenarbeit erforderlich und zugleich lohnenswert sind. Ebenfalls gibt Gunzelmann (1991) innerhalb seiner Meta-Analyse 6 Studien wider, die unterschiedliche Angehörigenberatungen untersuchen. Er berichtet, dass die wenigen kontrollierten Studien zu einer zurückhaltenden Einschätzung bezüglich des Erfolges von Angehörigengruppen führen. So ist in der Regel hauptsächlich nur die subjektive Zufriedenheit der Angehörigen hoch. Aber auch im klinischen Eindruck wird vielfach ein positives Bild insbesondere von der Gruppenarbeit vermittelt. Er fasst ebenfalls zusammen, dass die Darstellung des aktuellen Standes von Praxis und Forschung in der Angehörigenarbeit zeigt, dass gut gesicherte Kenntnisse über das Problemfeld vorliegen und weitgehend eine Einigkeit über die prinzipiell zu erreichenden Ziele der Beratung besteht. Er empfiehlt, dass Studien multivariant sein sollten. Das bedeutet die gleichzeitige Berücksichtigung belastender Aspekte im materiellen, psychologischen und sozialen Kontext der Versorgungssituation einerseits, subjektiver Bewertungen und Umgangsformen mit der persönlichen Situation andererseits. Knight et al. (1993) führen ebenfalls eine Meta-Analyse zu dem Thema durch. Sie haben die Literatur von 1980-1990 dazu untersucht. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass individuelle psychosoziale Interventionen moderat effektiv sind und psychosoziale Interventionen, die mit einem Gruppensetting arbeiten, weniger effektiv in der Reduzierung der Belastungen der pflegenden Personen sind. Sie untersuchten 12 Studien über Gruppen und 8 Studien über individuelle Interventionen. Gatz et al. (1998) kommen in ihrer Meta-Analyse, die speziell 4 Studien abhandelt und die Therapien bei Angehörigen untersucht, zu dem Ergebnis, dass die Behandlungen, die auf einem psychoedukativen Modell basieren, „wahrscheinlich effektiv“ in Bezug auf die Verringerung der Belastungen der Pflegenden sind. In ihrer Übersicht stellt auch Garner (1999) fest, dass für psychosoziale Interventionen positive Outcome Ergebnisse bei pflegenden Bezugspersonen existieren. In der Übersicht von Klausner & Alexopoulos (1999) wird festgehalten, dass insgesamt, ohne spezifische Formate zu nennen, Psychotherapien bzw. psychosoziale Interventionen das Leiden der Pflegekräfte etwas reduzieren können. Sie heben ergänzend hervor, dass während der Entwicklung einer bestimmten Intervention für pflegende Bezugspersonen mit einbezogen werden muss, ob der Patient

eher kognitive oder eher funktionelle Einschränkungen aufweist, seit wann der Patient schon unter den Einschränkungen leidet, ob der demente Patient zur Familie gehört, ob die pflegende Person die Tochter oder Ehefrau des Patienten ist und welche Art Stress und Leiden die pflegende Bezugsperson erfährt (z.B. Angst, Dysphorie, Somatisierungen oder Einschränkungen).

Individuelle Interventionen

Eine interessante, für Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen geeignete Behandlung, die in der häuslichen Umgebung stattfindet, stellten Hinchliffe und Mitarbeiter 1995 vor. Sie bezeichneten ihre im wesentlichen nichtmedikamentöse Behandlungsmaßnahme als ein „individuell zugeschnittenes Behandlungspaket („Individual Intervention Package“), welches aus gezielten psychotherapeutischen Maßnahmen und einer individuellen Beratung der Bezugspersonen in ihrer häuslichen Umgebung bestand. Im Rahmen einer viermonatigen Behandlungsperiode konnten Hinchliffe et al. (1995) zeigen, dass die Häufigkeit nichtkognitiver Veränderungen der Demenzkranken um 75 % gegenüber der Häufigkeit bei Behandlungsbeginn verringert werden konnte. Zusätzlich führte die Intervention zu einer signifikanten Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens der Bezugsperson.

6.2.11 Spezielle Aspekte der Durchführung und der Ergebnisse bei der Psychotherapie mit dementen Patienten und ihren Angehörigen

Der „Dialog“ zwischen einem dementen Patienten und seiner pflegenden Bezugsperson kann auch nach der Meinung von Bruder (1990) „monologisch“ geführt werden. Übertragungen und Gegenübertragungen können genauso wie innerhalb der Arbeit mit nicht dementen, älteren Patienten stattfinden. Bruder (1990) betont, dass Ich und Über-Ich Funktionen durch die pflegenden Bezugspersonen übernommen werden können.

6.2.12 Zusammenfassung

Leitungsstil und beruflicher Hintergrund der Therapeuten

Die Leiterrolle innerhalb von Angehörigengruppen wird von verschiedenen Berufen ausgeübt. Es kristallisiert sich aber heraus, dass vor allem **Psychologen und Ärzte** die Therapien leiten.

Alterszusammensetzung der Gruppen

Die Altersspanne der teilnehmenden pflegenden Angehörigen liegt im Durchschnitt bei **52-68 Jahren**. Das Alter der zu pflegenden, älteren Person liegt dagegen eher zwischen 70-80 Jahren.

Gruppengröße

Nahezu immer besteht die einzelne Gruppe aus **8-12 Teilnehmern**.

Geschlechterverhältnis

Die Mehrheit der Gruppenmitglieder ist weiblich. Innerhalb dieser Gruppe von Frauen wird der überwiegende Teil von **Ehefrauen**, die ihre Ehemänner pflegen, gebildet. Die zweite und etwas kleinere Gruppe an weiblichen Teilnehmern besteht aus den pflegenden Töchtern und Schwiegertöchtern.

Auswahlkriterien

Die meisten Autoren beschreiben, dass sie eine möglichst **homogene Teilnehmergruppe** haben wollten. Das heißt, dass die pflegenden Angehörigen sich innerhalb einer sehr ähnlichen Pflege- und Belastungssituation befinden sollten. Es wurde dementsprechend als Aufnahmekriterium festgelegt, dass die pflegende Bezugsperson ihren kranken Angehörigen zu Hause pflegen, möglichst 6 Stunden am Tag Zeit mit ihm verbringen und seine primäre Pflegeperson sein sollte. Zusätzlich betonen manche Autoren, dass die Teilnehmer nach Aufnahme in die Gruppe regelmäßig zu den Gruppensitzungen kommen sollten und unter **keiner Psychose, bipolaren Störung oder einer stärkeren Alkoholabusus leiden sollten**. Die älteren, zu pflegenden Personen, die in einigen beschriebenen Therapien mit ihrer pflegenden Bezugsperson innerhalb einer Gruppe partizipieren, sollten **nicht zu stark dement**,

taub, mobil eingeschränkt oder akut physisch oder psychisch krank sein, so dass sie noch innerhalb einer Gruppe normal interagieren können.

Technische Aspekte

Fast alle der Angehörigengruppen, mit einigen wenigen Ausnahmen, werden innerhalb eines **offenen Settings** geleitet. Viele Gruppenleiter verteilen **schriftliches Informationsmaterial** an die Teilnehmer in den Sitzungen und einige wenige Leiter arbeiten mit der Verteilung und dem Bearbeiten von **Hausaufgaben**. Innerhalb der meisten Angehörigengruppen kommen **problemlösende Techniken zum Einsatz**. Nur ein Autor beschreibt, dass neben den verschiedensten Gesprächstechniken auch **Rollenspiele** und **psychodramatische Techniken** angewandt wurden.

Verlauf und Inhalt

Der Verlauf der Sitzungen der einzelnen Angehörigengruppen ähneln sich häufig. Am Anfang wird über die **Belastungen der Pflege** und ihre Auswirkungen auf das persönliche Leben generell, aber auch oft speziell in Bezug auf die vergangene Woche diskutiert. Ein **emotionaler Austausch** soll stattfinden. Im Laufe der Sitzungen werden dann **Informationen und Ratschläge** zu häufig gestellten Fragen und allgemeinen Aspekten der Krankheit und der Pflege gegeben. Zusätzlich werden den Teilnehmern aktiv bestimmte **„Coping-“ und Problemlösungsstrategien vermittelt**, die sie praktisch innerhalb ihrer Pflege anwenden sollten. Innerhalb mancher Therapien werden mit den Gruppenmitgliedern auch Entspannungsübungen gemacht und noch Hausaufgaben besprochen bzw. aufgegeben. Am Ende der Sitzungen werden dann oft noch einmal die Sitzungen kurz zusammengefasst und ein „Feedback“ durchgeführt.

Zeitrahmen

Es wird deutlich sichtbar, dass die einzelnen Sitzungen der Angehörigen deutlich **länger dauerten** als die Therapiesitzungen, die bisher in dieser Arbeit beschrieben wurden. Sie lagen einheitlich im Durchschnitt bei **2 Stunden**. Allerdings variiert die Zeitspanne bezüglich der Abstände der Therapiesitzungen. Einige Gruppen treffen sich wöchentlich, andere alle 2 Wochen und einige wenige versammeln sich sogar nur einmal im Monat. Generell werden die meisten Therapien für insgesamt **8-12 Sitzungen** durchgeführt.

Wirkfaktoren und Ergebnisse

Innerhalb der Literatur wird klar ersichtlich, dass die deutliche Mehrheit der Autoren zu dem Ergebnis kommt, dass die **soziale Unterstützung und die Wissensbereicherung** der Teilnehmer einer Angehörigengruppe durch die Gruppe stark **ansteigen**. Viele Autoren berichten darüber hinaus, dass auch die **Belastungen und der Leidensdruck** der pflegenden Angehörigen **reduziert** wird. Einige Veröffentlichungen kommen zu dem Ergebnis, dass die **Depressionen** der pflegenden Angehörigen (teilweise auch die Depressionen der zu pflegenden Personen) **reduziert** und die **Beziehung zwischen beiden Parteien verbessert werden**. Etwas kontroverse Ergebnisse werden bei den Untersuchungen deutlich, die überprüften, ob eine Gruppen- oder eine Einzelintervention mit den pflegenden Bezugspersonen effektiver ist.

Ein Autor hebt noch besonders hervor, dass auch ohne die direkte Anwesenheit der zu pflegenden Personen ihre Angst und Agitation teilweise reduziert werden konnte allein durch die Tatsache, dass ihre pflegenden Angehörigen an einer Angehörigengruppe teilnahmen.

7 Häufig auftretende Probleme älterer Menschen innerhalb einer Gruppentherapie

Bei Durchsicht der Literatur zu dem Thema „Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen“ wurde deutlich, dass bestimmte altersspezifische Probleme im Rahmen einer Gruppentherapie wiederholt auftraten und dementsprechend wiederholt in der Literatur beschrieben wurden.

Innerhalb dieses Kapitels soll ein kurzer Überblick über die am häufigsten angesprochenen Schwierigkeiten, die mit älteren Personen innerhalb eines Gruppensettings auftraten, gegeben werden.

Von mehreren Autoren wird das Problem beschrieben, dass ältere Menschen sich häufig nur **wenig aktives Feedback** untereinander in der Gruppe geben. Generell tun sich einige Ältere schwer damit, sich direkter über wichtige Probleme mit anderen Menschen austauschen zu können (Saiger 2001). Spontane Gefühlsäußerungen treten seltener auf und erfolgen häufig nur nach aktiven Aufforderungen des Gruppenleiters (Finkel 1990; Dies 1992; Bleathman & Morton 1992; Weiss 1994). Ebenso wird innerhalb der Literatur kritisch beleuchtet, dass die älteren Gruppenmitglieder teilweise untereinander in der Gruppensitzung nur wenig Gesprächskontakt aufnehmen (Dies 1992).

Insgesamt wird das Problem deutlich, dass ältere Menschen manchmal dazu neigen, innerhalb der Gruppe **hauptsächlich über medizinische Sachverhalte** wie z.B. über ihre Schmerzen, ihre Krankheit generell oder ihre Medikamente **reden** zu wollen. Einige Ältere erscheinen fast überbeschäftigt mit ihrer Krankheit und deren Folgen zu sein (Saiger 2001; Hyer 1990).

Innerhalb einiger Gruppenpsychotherapien wurde ersichtlich, dass auch Schamgefühle vermehrt bei den älteren Gruppenmitgliedern im Vergleich zu eher jüngeren Gruppenteilnehmern auftraten (Saiger 2001).

Häufiger wird innerhalb der Literatur die Gefahr näher beschrieben, dass sich innerhalb der Gruppe Untergruppen bilden und/oder auch einzelne Patienten isoliert waren bzw. ausgegrenzt wurden (Saiger 2001; Culhane & Dobson 1991).

Ein leider vermehrt beschriebenes Problem besteht darin, dass gerade in **Pflegeheimen** das **betreuende Personal ambivalent** in Bezug auf den Sinn und den Wert einer Therapie für die Älteren eingestellt ist. In vielen Fällen musste das Personal wiederholt aufgefordert und motiviert werden, die älteren Patienten zu den Therapiesitzungen zu bringen und interessiert an dem Gruppenprozess und der therapeutischen Entwicklung zu sein (Tonscheidt 1992; Finkel 1990; Ronch & Loning 1997; Ong et al. 1990; Greene et al. 1993). In manchen Fällen ordnet das Personal der leichten Handhabung des Patienten eine höhere Priorität als den eigentlichen Bedürfnissen des Patienten zu. Ebenfalls wird deutlich, dass die Gruppentherapien, die in institutionalisierten Settings stattfinden, häufig mit Problemen wie konkurrierenden Veranstaltungen, Raumproblemen usw. zu kämpfen haben (Wilson et al. 1997; Speer 1994). In manchen Fällen wurde die Gruppentherapie von Teilen des Personals „vergessen“ oder Patienten zu früh oder zu spät zu den Gruppensitzungen gebracht. Die zum Teil ablehnende Haltung des Personals gegenüber der Gruppenpsychotherapie beeinflusste teilweise die eigene Einstellung der älteren Patienten gegenüber der Gruppe (Scheidt & Schwind 1992).

Es muss beachtet werden, dass zu viele parallele Gruppenangebote die Möglichkeit verringern, die spezifischen Wirkfaktoren des Instrumentes „Gruppe“ zu nutzen. Es können Aufspaltungen der vielfältigen Übertragungen auftreten, wodurch eine Distanz gegenüber den Erfahrungen durch die Gruppe bestehen bleiben kann.

Generell werden öfter **Probleme** beschrieben, die **speziell** in Gruppen mit **dementen Patienten** auftreten. Zu diesen Problemen, die die Gruppendynamik belasten können, gehören z.B., dass die dementen Patienten sehr unruhig sind, unter einem Verlust des Kurzzeitgedächtnisses leiden, starke kognitive Einschränkungen aufweisen oder viel herumwandern. Manche Demente können nach der Therapie sogar eine erhöhte Irritation aufweisen (Wilson et al. 1997; Gibb et al. 1997; Greene et al. 1993; Haude & Netz 2001). Der Therapeut muss darauf vorbereitet sein, dass demente Patienten innerhalb der einzelnen Sitzung einfach einschlafen oder aus der Gruppe ohne Vorankündigung herausgehen. Teilweise können sie von Minute zu Minute ihre Stimmung und Haltungen innerhalb einer einzigen Gruppensitzung verändern (Johnson et al. 1992). Bei dementen Patienten muss besonders darauf geachtet werden, dass genaue Vorgespräche geführt werden, damit bei einer zweifelhaften Indikation genau

untersucht werden kann, ob der spezifische Patient für die jeweilige Therapie passend ist oder nicht (Saiger 2001). Für den Therapeuten ist die Identifizierung von Dingen und Tätigkeiten, die den dementen Älteren generell, aber besonders auch innerhalb der Gruppensitzungen Freude bereiten und die sie nachvollziehen können, aufgrund der zum Teil starken kognitiven Einschränkungen erheblich erschwert (Teri & Logson 1991). Ebenfalls ist es aufgrund der kognitiven Einschränkungen und besonders der Sprechschwierigkeiten erschwert Kommunikationsprobleme und psychosoziale Bedürfnisse der dementen Patienten zu identifizieren. Generell muss der Therapeut darauf achten, dass der demente Patient zwar durch eine vermehrte Stimulation aus seiner oft bestehenden Unterforderung und Isolation herausgeführt wird, aber nicht aufgrund zu starker Stimulation wegen seiner geringen Adaptionmöglichkeiten eine Leistungshemmung entwickelt. Der Therapeut muss sich darüber bewusst sein, dass der Umwelt eine entscheidendere Rolle im Vergleich zu gesunden Älteren zukommt. Teilweise versuchen einige demente Patienten auch ihre Beeinträchtigungen zu verleugnen. Aus diesen Gründen wurde bisher die Patientenperspektive innerhalb der Studien, die mit dementen Patienten durchgeführt wurden, lange vernachlässigt. Der Patient wurde dementsprechend eher auf den Status eines Objektes reduziert, anstatt als legitimes Mitglied des Forschungsprozess angesehen zu werden. Es kann viel durch systemische Studien gewonnen werden, die die Patienten betreffend ihrer Pflege und Krankheit betrachten (Krebs 1990). Viele Veröffentlichungen weisen auf das Problem hin, dass demente Patienten aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen und des Verlustes ihres Kurzzeitgedächtnisses eine teilweise eingeschränkte Selbsteinsicht haben (Greene et al. 1994). Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass die dementen Patienten nicht immer eine auf gezielten Informationen beruhende Einwilligung zu der Therapie geben können. Dementsprechend fällt dem behandelnden Therapeuten eine besonders große Verantwortung zu.

Manche Autoren weisen allerdings auch bei **nicht dementen älteren Patienten** daraufhin, dass generell die Gruppendynamik durch die sensorischen und motorischen Einschränkungen, den Gedächtnisverlust, die motivationalen Veränderungen, die raschere geistige Ermüdbarkeit und die zum Teil reduzierte Selbst- und Therapieeinsicht der älteren Gruppenmitglieder erschwert werden kann (Skinner 1992;

Koder et al. 1996; Weiss & Hern 1991). Ebenso beschreiben einige Autoren, dass Faktoren wie die Multimorbidität, die vielen erlebten interpersonellen Verluste und die verkürzte Lebenszeit der älteren Gruppenteilnehmer den Gruppenprozess erschweren können (Hautzinger 1998; Gatz & Smyer 1992). Die Tatsache, dass bei den älteren Menschen häufiger medizinische und medikamentöse Probleme gleichzeitig vorliegen, kann ebenfalls innerhalb der Gruppentherapie Schwierigkeiten bereiten (Weiss & Lazarus 1993). Ältere Menschen haben häufig mehr Belastungsfaktoren als jüngere Menschen zu ertragen, die dementsprechend auch einen Einfluss auf die Gruppentherapie bzw. den therapeutischen Prozess der Patienten haben. Dazu gehören z.B. chronische Schmerzen, vermehrt bedrückende Ereignisse aus der Biographie, der Verlust von nahstehenden Menschen, die Erfahrung der nachlassenden Kräfte, die Vergrößerung ihrer Abhängigkeit und Reduktion ihrer Sinnesorgane (Hirsch 1990; Arden et al. 1998). Für Teile der Älteren kann es auch problematisch sein, die Veränderung ihrer Sexualität und geistigen Kapazitäten anzuerkennen. Besonders die älteren Menschen, die in Pflegeheimen wohnen, müssen zusätzlich noch den Verlust ihrer unmittelbaren häuslichen Umgebung, ihrer Freunde, ihrer Familie und teilweise sogar ihrer Unabhängigkeit verarbeiten (Arden et al. 1998).

Oft wird in der Literatur beschrieben, dass es in manchen Fällen sehr **schwer** sein kann **zu unterscheiden, ob ein Patient an einer Demenz oder an einer Depression erkrankt ist**, da einige ältere Menschen auch noch über einen längeren Zeitraum versuchen, ihre kognitiven Einschränkungen zu verheimlichen (Draper 1999).

Erschwerend in der therapeutischen Arbeit mit Älteren kann ebenfalls sein, dass manche von ihnen ihre **psychischen Probleme als körperliche Probleme schildern und definieren**, so dass der sie betreuende Arzt die psychischen Probleme teilweise gar nicht erkennen kann und die älteren Patienten eher mit Medikamenten als mit psychologischen Alternativen behandelt werden (Radley et al. 1997; Koder et al. 1996).

Von manchen Autoren wird kritisiert, dass in einigen Studien **Messinstrumente, die nur an jüngeren Menschen normiert wurden, ebenfalls bei den älteren Menschen**

angewendet werden und dadurch zu wenig die altersspezifischen Variablen in die Studienauswertung einfließen (Weiss & Lazarus 1993).

Allgemein sprechen viele Autoren das Problem an, dass ältere Menschen eine **auffallend hohe Angst vor der Beendigung einer Gruppe aufweisen** (Beecraft 1999; Procter & Alwar 1995; Orbach 1994; Evans et al. 2001). Dazu ergänzend wird in einigen Veröffentlichungen hervorgehoben, dass die im Laufe der Therapie erzielten therapeutischen Ziele öfter nach Beendigung der Therapie nicht aufrechterhalten werden konnten (Battegay & Müllejans 1992). Ebenfalls wird von einigen Autoren betont, dass gerade bei Gruppen mit älteren Menschen **vermehrt die Angst vor dem eigenen Tod** deutlich, und auch häufiger angesprochen und diskutiert wird (Beecraft 1999). Ebenso können die älteren Gruppenmitglieder es oft schlecht verarbeiten und ertragen, wenn ein Mitglied der Gruppe verstirbt.

Insgesamt ist der Trend feststellbar, dass **Männer** auch im Alter **schwerer als Frauen zu motivieren** sind, an einer Gruppenpsychotherapie zu partizipieren. Dementsprechend sind in einigen Gruppen höchstens 1-2 Männer und teilweise sogar gar keine Männer anwesend.

Innerhalb einiger Gruppentherapiesitzungen mit älteren Menschen herrscht teilweise eine eher **depressive und passive Grundstimmung** vor. In diesen Gruppen muss der Therapeut besonders darauf achten, dass die Gruppenmitglieder nicht zu stark in ein depressives Grübeln über die Vergangenheit verfallen (Fuchs 1992). In einigen Gruppen ist die **Resignation** der Patienten ein stetiger Bestandteil der Gruppen und führte teilweise zu einem eher reduzierteren Energieniveau. Die Gruppenmitglieder zeigten selbst eine **erniedrigte Motivation** bei den einfachsten Aktivitäten innerhalb der Gruppe (Finkel 1990; Burnside 1990). Besonders am Anfang einer Therapie wird in vielen Gruppen eine **große Skepsis** der Gruppenmitglieder gegenüber der Therapie geäußert, was sich auch durch eine erhöhte Zurückhaltung der Älteren zeigt. Besonders die Vorstellung der Gruppenregeln kann blockierend auf einige der älteren Menschen wirken. Selbst nach direkten Fragen des Leiters, wie z.B. welches Thema besprochen werden soll, kann es zu einer kaum noch überbrückbaren Stille kommen. Der Therapeut

muss darauf achten, dass sich kein **Kreislauf aus Klagen** und Beschwerden entwickelt. Manche ältere Patienten versuchen, über spezifische Probleme in der Form von Klagen in Kontakt zu dem Therapeuten zu treten. Diese Klagen erscheinen dann als Ausdruck eines festgefahrenen inneren Monologes (Dies 1992).

Ein großes Problem besteht darin, dass **viele Ältere nicht als psychisch krank gelten**, und absolut unabhängig bleiben wollen und **nur auf ihre eigenen Kräfte vertrauen**. Diese älteren Menschen tun sich sehr schwer damit, therapeutische Hilfe anzunehmen. Einige Ältere haben zusätzlich eine besondere Schwierigkeit, sich einem jüngeren Therapeuten anzuvertrauen (Teri & Logsdon 1992). Besonders schwierig wird dies, wenn auch der Gruppenleiter (was häufiger der Fall ist) sich in einer Anfängersituation mit ungenügender Erfahrung und geringer therapeutischer Qualifikation befindet. Zusätzlich kann sich noch die Ehesituation der früheren Eltern durch die Kombination eines Gruppenleiters (Psychologe/männlicher Arzt) und einer Kotherapeutin (weibliche Pflegekraft/Sozialarbeiterin), für die Patienten wiederholen.

Einige ältere Personen treten sehr **ängstlich** innerhalb der Gruppensitzungen auf. Dies kann sich z.B. auch insofern äußern, dass sie große Probleme damit haben Gedanken schriftlich aufzuschreiben, da sie die Angst haben nicht schön oder richtig genug zu schreiben (Platz 1990). Ebenso neigen Ältere tendenziell dazu, ihrer Angst vor tieferen Bindungen mit anderen Gruppenmitgliedern nachzugeben, da sie die Gefahr darin sehen diese dann doch wieder zu verlieren (Finkel 1990). Der Therapeut muss besonders darauf achten, dass die älteren Menschen darüber aufgeklärt werden, dass durch eine Gruppenpsychotherapie auch Ängste hochkommen und verleugnete Gefühle wieder bewusster werden können. Dadurch können die älteren Menschen am Anfang einer Therapie erst noch depressiver und ängstlicher reagieren (Weiss 1994).

In manchen Veröffentlichungen wird die Tatsache, dass vor allem **„short-term-Psychotherapien“** mit älteren Menschen durchgeführt werden und dementsprechend zu wenige Sitzungen stattfanden, um z.B. alle für die Älteren wichtigen Themen ansprechen **zu können, kritisiert** (Orbach 1994). Ebenfalls können Setting-Bedingungen und zeitlich begrenzte Aufenthaltsdauern der Patienten die Gründe dafür

bilden, dass der Patient innerhalb zu weniger Gruppensitzungen partizipieren konnte und ständig wechselnde Teilnehmer innerhalb der Gruppe erlebte. Dementsprechend kann kein ausreichendes Erleben eines Gruppenprozesses stattfinden.

Von sehr vielen Autoren wird auf die Schwierigkeit hingewiesen, dass gerade ältere Menschen eine erhöhte Tendenz aufweisen, **isolierte Monologe** zu erzählen und damit in einem erheblichen Maße die Gruppenkohäsion untergraben. Die Gruppenmitglieder warten dann fast nur darauf, in einer quasi „illusorischen Audienz“ ihre persönliche Geschichte zu erzählen. Dementsprechend muss der Therapeut innerhalb der Sitzungen den „Hier und Jetzt“-Fokus bewusst betonen. Die Erfahrung des Redens, Zuhörens und des Teilens muss regelmäßig als zentraler Punkt der Gruppe betont werden. Eine klare Strukturierung der Gruppe wird aus diesen Gründen von sehr vielen Autoren als elementar in der Arbeit mit älteren Menschen dargestellt (Leszcz 1997). Neben den vermehrten Monologen neigen manche Ältere zusätzlich dazu, von den eigentlichen Themen **abzuschweifen** (Giltinan 1990).

8 Überblick über die Studienergebnisse und Meta-Analysen

Die Forschung innerhalb der Alterspsychotherapie ist insgesamt längst über das Stadium hinausgewachsen, anhand von Einzelfalldarstellungen zu zeigen, dass Gruppenpsychotherapie mit alten Menschen wirksam ist. Es existieren kontrollierte, klinische Studien, die die Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapien bezüglich verschiedener Outcome-Kriterien bei den unterschiedlichen Therapieansätzen untersuchen.

Dabei ist allerdings zu beachten, dass neben den allgemeinen Problemen in der Psychotherapieforschung innerhalb der Alterspsychotherapie spezielle Probleme wie die mangelnde Mobilität, die häufigen Verlusterlebnisse in Bezug auf soziale Beziehungen und die eigene Umwelt, körperliche Veränderungen und bei dementen Patienten ihre starken kognitiven Einschränkungen Einfluß auf die Erfolgsbeurteilung haben.

Die in dieser Arbeit berücksichtigte Literatur umfasst 91 Studien: Ihre jeweiligen Ergebnisse bzw. Teilergebnisse werden innerhalb der entsprechenden Kapitel dargestellt. Von diesen 91 Studien werden allerdings nur 69 mit ihren genaueren Rahmenbedingungen, innerhalb der die Studien zusammenfassenden Übersichtstabelle am Ende dieser Dissertation genannt. Dort werden auch sämtliche verwendeten Messinstrumente der jeweiligen Studien aufgeführt. Diese Vorgehensweise basiert darauf: (1.) innerhalb der einzelnen Kapitel dort auch speziell gekennzeichnete Studien nur über eine Einzeltherapie berichten, (2.) einige Studien nicht ausschließlich für Ältere konzipierte Therapien (bei denen aber der überwiegende Anteil aus älteren Teilnehmern besteht) untersuchen, (3.) einige Studien nicht ganz klar ersichtliche Therapieformate aufweisen (z.B. in der „Interpersonellen Therapie“) und (4.) die Studien, die über andere Aspekte als die Effektivität der jeweiligen Therapie (z.B. die Untersuchung über die Einstellung der Älteren gegenüber der jeweiligen Therapie) zwar in den jeweiligen Kapiteln aufgeführt werden, aber nicht innerhalb dieses Kapitels oder in der Übersichtstabelle berücksichtigt werden.

Innerhalb des folgenden Kapitels und der Übersichtstabelle werden ausschließlich die Outcome-Ergebnisse der Gruppenpsychotherapien mit älteren Menschen dargestellt.

8.1 Überblick über die Anzahl und generelle Qualität der Studien

Von den 69 Studien wurden 47 mit einer Kontrollgruppe und 22 Studien ohne eine Kontrollgruppe durchgeführt. Bei den 47 Studien, die mit einer Kontrollgruppe arbeiteten, wurde in 23 Studien bewusst erwähnt, dass sie randomisiert durchgeführt wurde. Nur insgesamt 8 Studien gaben Effektgrößen an. Von den 69 Studien führten 29 Studien Nachuntersuchungen durch. Die Bandbreite an Teilnehmerzahlen reichte von Studien, die nur mit 5 Patienten arbeiteten, bis zu Studien, die mit 256 Teilnehmern durchgeführt wurden. Bei 22 der 69 Studien wurde ein definierter Gruppenpsychotherapieansatz im Vergleich zu einem anderen bestimmten Gruppenpsychotherapieansatz untersucht.

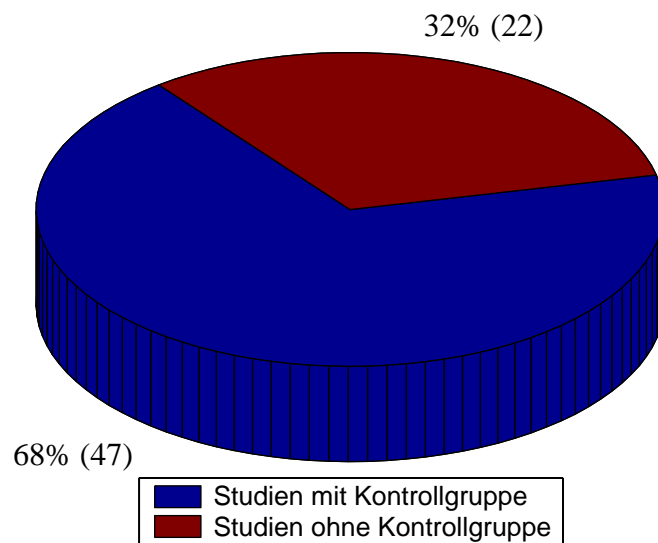


Abbildung 13: Studien mit versus Studien ohne Kontrollgruppe (n=69)

Studienergebnisse

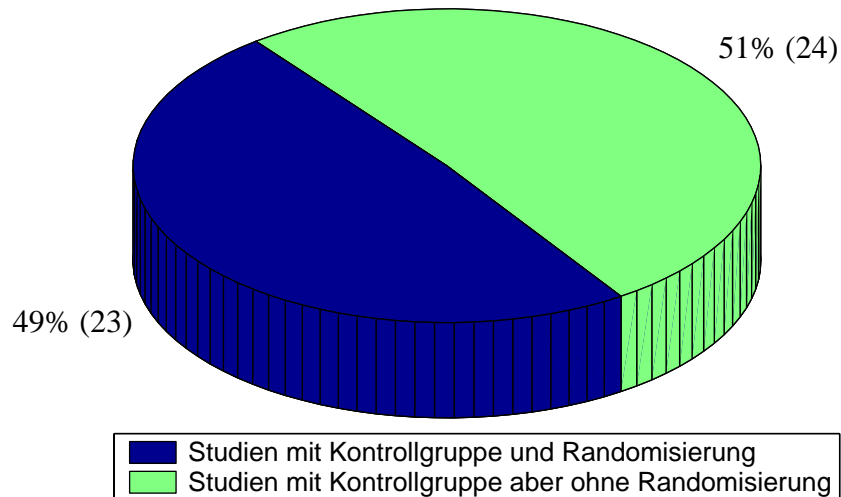


Abbildung 14: Studien mit versus Studien ohne Randomisierung (n=47)

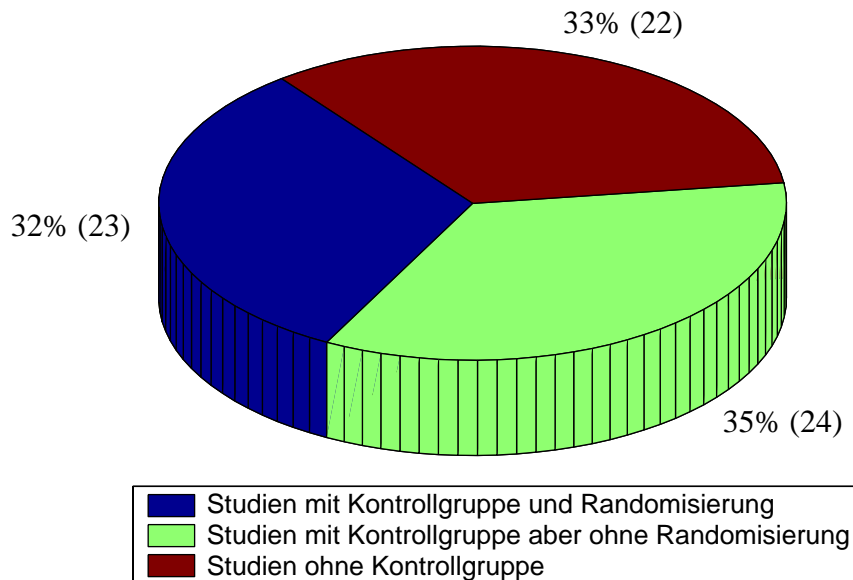


Abbildung 15: Verteilung der verschiedenen Studiendesigns (n=69)

8.2 Therapieverfahren

Insgesamt werden 20 Studien mit einer kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie untersucht. Vier Studien untersuchen eine kognitive Therapie und 3 Studien überprüfen die Effektivität einer Verhaltenstherapie. Insgesamt werden 9 Studien über die Reminiscence-Therapie gefunden. 5 Studien beschreiben sozio-kommunikative Gruppenpsychotherapien, die auf kein spezielles Therapieverfahren zurückzuführen sind und jeweils 4 der dargestellten Studien untersuchen eine Life-Review-Therapie bzw. ein Realitäts-Orientierungs-Training. Über die Validation-Therapie berichten 3 der

hier wiedergegebenen Studien. Jeweils 2 Studien beschreiben ein Selbstmanagement Training, eine „soziale Gruppenintervention“ und eine „sensorische Integrationsgruppe“. Die weiteren Therapien wird nur durch jeweils eine Studie näher beleuchtet. Dazu gehören die folgenden Therapien: die „Problem Solving Therapy“, das Selbstsicherheitstraining, die Musiktherapie, die psychodynamische Therapie, die Remotivationstherapie, die „Social Skill Therapy“, die „Mind/body classroom intervention“, die Autobiographische Gruppe, die „Wellness group“, die Entspannungsgruppe, die „Resocialization group“, das Schmerzmanagement und das Gedächtnistraining. Dabei muss beachtet werden, dass einige wenige der Studien zwei unterschiedliche Therapieansätze miteinander vergleichen, so dass einige dieser Studien innerhalb der Aufzählungen zweimal genannt wurden. Zu diesen Ausnahmen gehört eine Studie, die eine kognitive Therapie mit einer Life-Review-Therapie verglich, eine Studie, die eine kognitive Therapie in Abgrenzung zu einer Gruppenmusiktherapie untersuchte, eine Studie, die gleichzeitig eine kognitive Therapie mit einer behavioralen und einer psychodynamischen Therapie verglich. Eine Studie untersuchte die Ergebnisse einer Validation-Therapie in Abgrenzung zu einer Reminiscence-Therapie und es wurde ebenfalls eine Validation-Therapie mit einem Realitäts-Orientierungs-Training verglichen.

Insgesamt wird eine psycho-edukative Therapie, die mit den pflegenden Angehörigen von dementen Patienten alleine arbeitete, aufgeführt. Ebenfalls wird eine psycho-edukative Gruppentherapie dargestellt, die mit den pflegenden Angehörigen und dem zu pflegenden, dementen Patienten zusammen durchgeführt wurde. Zusätzlich wird noch eine unterstützende Gruppenintervention mit den pflegenden Angehörigen von Schlaganfallpatienten und zwei unterstützende Gruppentherapien mit den pflegenden Angehörigen von dementen Patienten aufgeführt.

Es wird deutlich, dass mit großem Abstand die meisten der in den letzten 14 Jahren veröffentlichten Studien kognitiv-behaviorale Therapien (20) und Reminiscence-Therapien (9) untersuchten. Diese Tatsache soll noch einmal durch die folgende Abbildung, die alle Therapien berücksichtigt, die von mehr als drei Studien in Bezug auf ihre Effektivität ausgewertet wurden, näher dargestellt werden.

Studienergebnisse

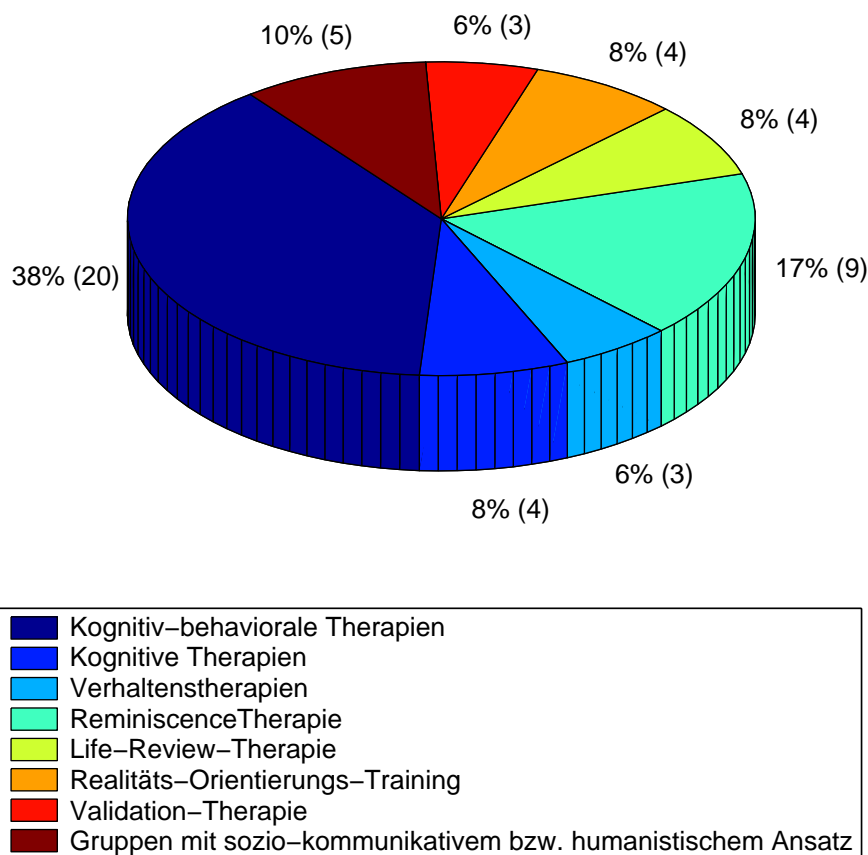


Abbildung 16: Verteilung der verschiedenen Therapien, die in mehr als drei verschiedenen Studien untersucht wurden (n=52)

8.3 Diagnosen der Studienteilnehmer

Die überwiegende Mehrheit der Studien wurden mit Teilnehmern durchgeführt, die unter einer Depression litten. 21 der Studien untersuchten depressive Patienten als Studienteilnehmer. Demente Patienten waren innerhalb von 11 Studien die Zielgruppe der jeweiligen untersuchten Gruppentherapien. Im Rahmen von 6 unterschiedlichen Studien nannten die Autoren, dass die Teilnehmer unter verschiedenen psychischen, zum Teil auch etwas vage gehaltenen Störungen litten (z.B. wird in diesem Sinn oft von Pflegeheimbewohnern berichtet, die unter starker Einsamkeit und ängstlichen Symptomen litten). 5 Studien führten die jeweilige zu untersuchende Therapie mit älteren Menschen durch, die weder unter psychischen noch physischen Symptomen litten. Insgesamt berichteten 4 Untersuchungen über Outcome-Ergebnisse bei Therapien mit älteren Menschen, die unter einer Angststörung litten. Es werden 4 Studien, die mit Teilnehmern, die unter chronischen Schmerzen litten, und eine Studie, die mit

Teilnehmern arbeitete die unter einer chronischen Lungenerkrankung im Endstadium litten, näher dargestellt. Jeweils 2 Studien untersuchten Gruppentherapien, die mit verwirrten bzw. desorientierten Patienten, schizophrenen Patienten oder Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung durchgeführt wurden. Eine Studie berichtet über eine Therapie mit psychotischen Patienten und eine andere Studie untersuchte eine Gruppentherapie mit älteren Veteranen, die unter einer Substanzabhängigkeit litten. Es untersuchte auch jeweils nur eine Studie die Ergebnisse einer Gruppenpsychotherapie, die mit unter einer Schlafstörung bzw. einer Benzodiazepinabhängigkeit leidenden Patienten, arbeitete. Je eine Studie überprüfte eine Therapie mit Patienten, die unter einer kardiovaskulären bzw. einer Osteoarthritis litten. Insgesamt wird nur eine Studie näher aufgeführt, die mit pflegenden Angehörigen von Schlaganfallpatienten durchgeführt wurde. Dagegen untersuchen zwei Studien Therapien, die ausschließlich mit den pflegenden Angehörigen von dementen Patienten durchgeführt wurden. Zwei Studien beschrieben die Outcome Ergebnisse einer Therapie innerhalb derer die pflegenden Angehörige mit den dementen Patienten gemeinsam innerhalb einer Gruppe partizipierten.

Die **überwiegende Mehrheit** der innerhalb dieser Arbeit dargestellten Studien wurde mit **depressiven und dementen Patienten** durchgeführt. Zur Verdeutlichung dient die folgende Abbildung:

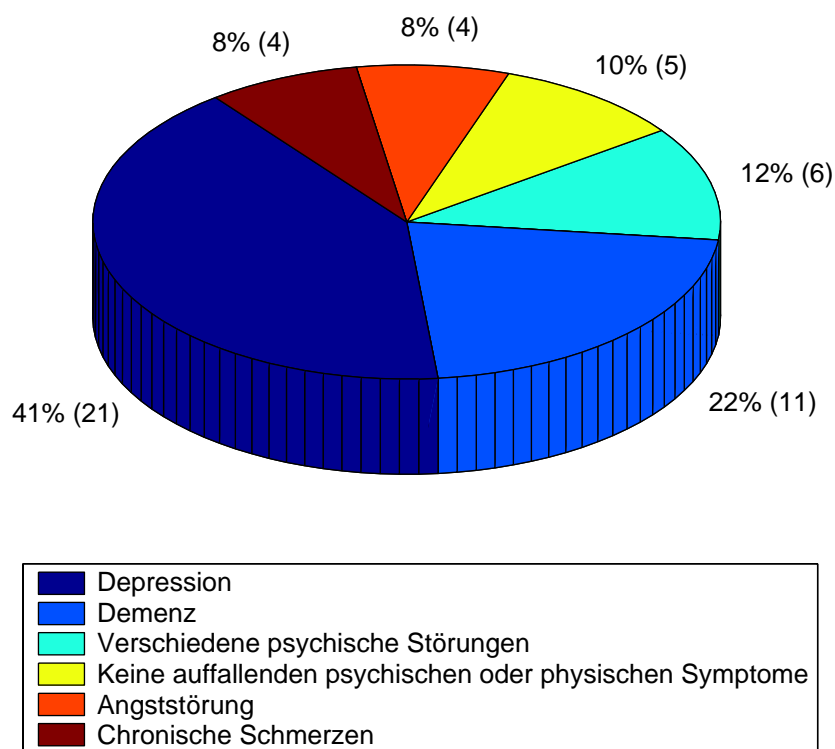


Abbildung 17: Die 6 häufigsten Diagnosen in den Studien zur Gruppenpsychotherapie mit Älteren (n=51)

8.4 Länge der Therapiesitzungen

Insgesamt wird im Rahmen von 19 Studien beschrieben, dass eine einzelne Therapiesitzung für eine Stunde durchgeführt wurde. 15 Studien untersuchten Gruppentherapien, bei denen jeweils eine Therapiesitzung für 2 Stunden durchgeführt wurde. Innerhalb von 4 Studien wurde die einzelne Therapiesitzung für 45 Minuten geleitet. Therapiesitzungen von 1½ Stunden werden bei 15 Studien beschrieben. Es wird innerhalb von 3 Studien angegeben, dass eine Therapiesitzung eine halbe Stunde andauerte. Leider wird bei 10 der hier aufgeführten Studien die Länge einer einzelnen Therapiesitzung nicht erwähnt. Eine Studie gibt an, dass die jeweilige Therapiesitzung 50 Minuten dauerte und innerhalb einer anderen Studie wurde eine Sitzung für genau 1¼ Stunden durchgeführt. Ebenfalls eine der 69 Studien beschreibt, dass eine einzelne Therapiesitzung für exakt eine Stunde und 25 Minuten konzipiert war.

Generell ist die Bandbreite der Gesamtdauer der Therapien sehr groß. Sie reicht von einer Therapie, die nur 4mal durchgeführt wurde bis zu einer Therapie, die insgesamt 80mal stattfand.

Die Mehrheit der untersuchten Gruppenpsychotherapien benutzte ein Therapieformat mit einer Dauer von 1-2 Stunden. Generell wurden die meisten Therapie für insgesamt 8-20 Sitzungen durchgeführt.

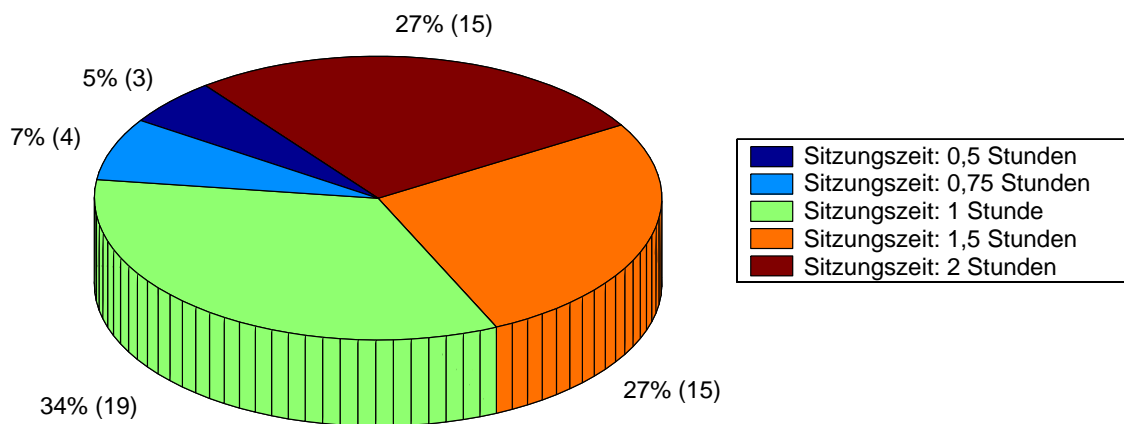


Abbildung 18: Die 5 häufigsten Sitzungszeiten (n=56)

8.5 Qualität der Studien

Innerhalb dieses Abschnittes wird der Qualitätsstandard der hier aufgeführten Studien näher dargestellt.

Von den insgesamt 20 Studien über die kognitiv-behaviorale Therapie wurden 13 mit einer Kontrollgruppe durchgeführt. Von diesen 13 Studien wurden 7 Studien randomisiert durchgeführt. Bei 3 Studien ist aus den Angaben der Autoren nicht erkennbar, ob die Studie randomisiert durchgeführt wurde und bei 3 Studien fand keine Randomisierung statt. Bei 2 Studien fand eine Randomisierung zu 2 miteinander verglichenen Psychotherapien statt ohne weitere Kontrollgruppe. Bei 4 Studien wurde eine kognitiv-behaviorale Therapie mit einer anderen Gruppenpsychotherapie verglichen (z.B. mit einer „Unterstützungsgruppe“, einer „Imaginationsgruppe“ oder einer „Erziehungsgruppe“). Die kognitive Therapie wurde in 3 Fällen mit einer Kontrollgruppe durchgeführt, bei 2 dieser Studien fand eine Randomisierung statt, bei einer wurden keine Angaben dazu gemacht. 2 Studien über die Verhaltenstherapie wurden mit einer Kontrollgruppe durchgeführt, aber bei nur einer dieser beiden Studien fand auch ebenfalls eine Randomisierung statt. 3 der Studien über die kognitive Therapie verglichen die Therapie mit einer anderen Therapieform. Innerhalb einer

Studie wurde sie mit einer Musiktherapie, in einer anderen mit einer Life-Review-Therapie und in der dritten Studie wurde sie mit einer behavioralen und einer psychodynamischen Therapie verglichen. Von den 9 Studien, die eine Reminiscence-Therapie durchführten, war bei 5 Studien eine Kontrollgruppe vorhanden. Drei dieser Studien wurden mit und eine Studie ohne eine Randomisierung durchgeführt. Bei einer Studie wurden keine Angaben dazu gemacht. Zwei der Reminiscence-Therapien wurden mit einer anderen Gruppenpsychotherapie (eine „nicht direktive“ Gruppentherapie und eine „Hier und Jetzt“ genannte Therapie) verglichen. Bei keiner der 3 Studien über die Validation-Therapie wurde die Therapie in Abgrenzung zu einer reinen Kontrollgruppe untersucht, sondern sie wurde entweder mit einer Reminiscence-Therapie, einem Realitäts-Orientierungs-Training oder einer „sozialen Kontaktgruppe“ verglichen. Bei einer der drei Therapien fand eine Randomisierung statt. Keine der 5 Studien über eine sozio-kommunikative Gruppentherapie, denen keine spezifische Therapieschule zuzuordnen war, wurde mit einer Kontrollgruppe durchgeführt. Dagegen wurden alle 4 Studien, die die Effektivität der Life-Review-Therapie untersuchten, mit einer Kontrollgruppe durchgeführt. Bei 3 dieser Studien fand auch eine Randomisierung statt. Innerhalb einer der 4 Studien wurde die Therapie mit einer kognitiven Therapie verglichen. Ebenfalls wurden alle 4 Studien über das Realitäts-Orientierungs-Training mit einer Kontrollgruppe durchgeführt. Bei nur einer dieser Studien fand auch eine Randomisierung statt und bei einer der Studien wurde das Realitäts-Orientierungs-Training im Vergleich zu einer Validation-Therapie durchgeführt. In einer anderen der 4 Studien wurde das ROT in Abgrenzung zu einer Gruppe, die verschiedene soziale Interaktionen beinhaltet, untersucht. Bei den Studien, die Therapien mit den pflegenden Angehörigen von dementen Patienten bzw. Schlaganfallpatienten untersuchten, wurden je 2 Studien mit und 2 Studien ohne eine vorhandene Kontrollgruppe durchgeführt. Bei nur einer dieser Therapien bestand ebenfalls eine Randomisierung. Beide Studien, die eine Selbstmanagementgruppe untersuchten, erfolgten mit einer Kontrollgruppe und untersuchten den Erfolg der jeweiligen Therapie in Abgrenzung zu einer Erziehungsgruppe. Beide Studien nahmen eine Randomisierung vor.

In der Zukunft sollte die Qualität der Studien im Bereich der Gruppenpsychotherapie im Alter verbessert werden. Nur ungefähr ein Drittel der Studien wurde mit Kontrollgruppe und Randomisierung durchgeführt und Studien, die Effektgrößen angaben, waren absolute Ausnahmen. Die Fallzahlen waren oft klein, die Katamnesezeiträume kurz und häufig waren die Erfolgskriterien nicht exakt operationalisiert. Es wurde ein sehr heterogenes Instrumentarium aus Selbst- und Fremdratingsskalen, Diagnoseschlüsseln, Analysen von Tonbandaufnahmen usw. als Erfolgskriterien angewendet. Dementsprechend war es auch nicht möglich, einen genauen quantitativen Vergleich zwischen den vorliegenden Studien zu untersuchen. Am besten ist die Datenlage in dieser Hinsicht bei den kognitiv-behavioralen Therapieverfahren, da die Methode qua definitionem mit umschriebenen (und daher leichter operational kontrollierbaren) Therapiezielen arbeitet. Zuweilen wurden nach Nennung eines umfangreichen Testinstrumentariums nicht die Ergebnisse der einzelnen Tests referiert, sondern der prozentuale Anteil der verbesserten Patienten, ohne aber methodisch nachzuweisen, wie die Autoren von den psychologischen Tests zur Feststellung „gebessert“ kamen. Problematisch ist ebenfalls, dass häufig genaue Eingangskriterien der Patienten zu Therapiebeginn und die genaue Ausbildung der Therapeuten unklar sind. Positiv hervorzuheben ist, dass über 2/3 der Studien mit Kontrollgruppen arbeitet und die Forschung in der Mehrheit inzwischen über das Stadium hinausgewachsen sind, Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie mit älteren Menschen ausschliesslich über Kasuistiken nachzuweisen.

Grundsätzlich muss bei Studien, die mit älteren Menschen durchgeführt werden, berücksichtigt werden, dass in dieser Altersgruppe praktische Probleme der Erfolgsbeurteilung z.B. durch höhere Wahrscheinlichkeiten inkurrenter Körperkrankheiten oder Verluste auftreten können.

8.6 Hauptergebnisse der Studien

Bei der Auswertung der Studien ist kritisch zu beachten, dass dort oft nur über positive Studienergebnisse berichtet wird. Negative Studien werden seltener publiziert. Daher wird daraufhin gewiesen, dass dieser „publication bias“ auch Einfluß auf die hier genannten Ergebnisse der Dissertation hat.

Kognitiv-behaviorale Therapie

Outcome-Studien, die zwei Therapien miteinander verglichen

Hautzinger (2000) verglich eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie, die in einer Psychiatrie durchgeführt wurde, mit einer kognitiv-behavioralen Therapie, die innerhalb eines Altenheimes durchgeführt wurde. Beide Therapien wurden für je 2 Stunden für insgesamt 12 Sitzungen durchgeführt. Sie senkten beide die Depression der Patienten, jedoch konnte die kognitiv-behaviorale Therapie innerhalb der Psychiatrie insgesamt eine größere Reduzierung der Depressionscores der Patienten erreichen. Die Erfolge konnten auch noch in einer Nachuntersuchung nach drei Monaten festgestellt werden.

Calfas et al. *(1992) kamen nach der Durchführung von 10 Sitzungen einer kognitiv-behavioralen Therapie, die im Vergleich zu einem Erziehungsgruppenprogramm bei Patienten mit einer Osteoarthritis durchgeführt wurde, zu dem Ergebnis, dass beide Gruppen das Ausmaß der Depression der Patienten reduzierten, die Lebensqualität der Teilnehmer erhöhte und die Krankheit auf die generelle Psyche der Patienten nicht mehr so einen negativen Einfluss nahm. Die Lebensqualität wurde allerdings durch die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie etwas stärker als durch das Erziehungsgruppenprogramm erhöht. Allerdings konnte nach 6 Monaten anlässlich einer Nachuntersuchung nur noch eine Reduzierung der Depressionswerte festgestellt werden.

Stanley (1996) führte eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie mit Patienten, die unter einer Angststörung litten, in Abgrenzung zu einer Unterstützungsgruppe durch. Beide Therapien senkten im gleichen Umfang sowohl die Depression als auch die Ängste und die Gefühle der Wut bzw. des Ärgers der Patienten. Die Ergebnisse konnten auch noch nach drei Monaten festgestellt werden.

Bei **Abraham et al. (1992)** konnte eine über 24 Wochen lang durchgeführte kognitiv-behaviorale Therapie zwar die negativen Kognitionen der depressiven Patienten effektiver im Vergleich zu einer Erziehungs- und einer visuellen Imaginationsgruppentherapie senken, aber keine der drei Therapien konnte die Depression und Hoffnungslosigkeit der Patienten reduzieren bzw. ihre Lebenszufriedenheit erhöhen. Diese Ergebnisse waren auch noch nach 4 Wochen messbar.

Studien, die nur eine Therapie untersuchten

Kemp et al. (1991/2) führten eine kognitiv-behaviorale Therapie mit zwei verschiedenen Patientengruppen im Vergleich durch. Eine Gruppe der Patienten litt neben ihrer Depression noch zusätzlich an einer chronischen physischen Erkrankung und die andere Patientengruppe litt ausschließlich an einer Depression. Beide Gruppen stellten nach Durchführung der Therapie eine Reduzierung ihrer Depression und eine Verbesserung ihrer Alltagsaktivitäten fest. Diese positiven Ergebnisse waren auch noch nach 6 und 12 Monaten nachweisbar. Dabei muss beachtet werden, dass sich die Depressionswerte bei der Patientengruppe ohne zusätzliche chronische Krankheit nach Beendigung der Therapie (6 und 12 Monate Nachuntersuchung) weiter reduziert zeigten. Dagegen stagnierte die Reduzierung der Depression bei den Patienten mit zusätzlichen chronischen physischen Erkrankungen und nahm nach Ende der Therapie nicht ab. Insgesamt wurden 12 Sitzungen à 2 Stunden geführt.

Hautzinger (2000) kam ebenfalls innerhalb seiner Studie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu positiven Ergebnissen. Bei drei eingesetzten Instrumenten konnte eine signifikante Reduzierung der Depression der Gruppenteilnehmer gemessen werden. Insgesamt wurden 12 Sitzungen à 2 Stunden durchgeführt. Innerhalb der Studie wurden folgende Effektgrößen genannt: Im Prä-Post Vergleich ergab sich ein Wert von 0,84 und im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ein Wert von 0,57. Auch innerhalb einer anderen Studie von Hautzinger (2000) kam er im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu signifikant positiven Ergebnissen: Die Depressionen und die Symptombelastungen der Patienten konnten reduziert werden, allerdings nicht die dysfunktionalen Kognitionen der Patienten.

Hautzinger (2000) führte noch eine kognitiv-behaviorale Therapie mit depressiven Patienten innerhalb einer Tagesklinik für 12 Sitzungen à 1 Stunde durch. Die Therapie konnte auf drei Messinstrumenten eine signifikante Reduzierung der depressiven Symptome der Patienten nachweisen.

Hautzinger & Welz (2001) kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie bei depressiven älteren Patienten ihre depressiven Symptome senken kann. Im Prä-Post Vergleich wurde eine Effektstärke von 1,26 erreicht.

Radley et al. (1997) führten 8 Sitzungen einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Patienten durch, die unter einer Angststörung litten. Von den insgesamt drei Messinstrumenten konnte bei zwei der drei Messinstrumente eine signifikante Verbesserung der Angst festgestellt werden. Diese Verbesserungen wurden besonders im kognitiven Bereich der Angstsymptome deutlich. Die gelernten kognitiven Techniken halfen den Patienten, ihre Gedanken und ihre Verhaltensweisen, die mit der Angst im Zusammenhang stehen, zu adressieren und zu verändern. Die Autoren betonten, dass die Therapie besonders erfolgreich bei den Patienten ist, die noch nicht so lange unter einer Angststörung leiden, die Angststörung also noch nicht chronisch geworden ist.

Granholm et al. (2002) führten mit Patienten, die unter einer Schizophrenie litten und mit Psychopharmaka behandelt wurden, ein kognitiv-behaviorales soziales Fähigkeitstraining im Vergleich zu einer Kontrollgruppe durch. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sowohl die Depression als auch die anderen psychiatrischen Symptome der Patienten signifikant verbessert wurden. Insgesamt wurden 12 Sitzungen à 1½ Stunden durchgeführt. Insgesamt kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die Durchführung eines Trainings inklusive Medikamente bei Patienten erfolgreicher ist, als wenn die Patienten ausschließlich mit Medikamenten behandelt werden.

Leung & Orell (1993) führten eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie mit zwei unterschiedlichen Patientengruppen durch. Die eine Gruppe bestand aus Patienten, die alle unter einer Depression litten. Dagegen litt die zweite Gruppe unter verschiedenen psychischen Störungen. Generell wurde signifikant die Lebenszufriedenheit nur der Patienten verbessert bzw. ihre Depression reduziert, die in der Gruppe mit ausschließlich depressiven Patienten partizipierten. In der anderen Gruppe gelang kein Nachweis einer Reduzierung der Depression und Erhöhung der Lebenszufriedenheit.

Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu der anderen Gruppe mit den gemischten psychischen Störungen, wo nur 50 % der Patienten deutliche Verbesserungen ihrer Depressionen aufwiesen. Innerhalb der Gruppe mit den depressiven Patienten berichteten 69 % der Teilnehmer über Verbesserungen ihrer allgemeinen Stimmung und alle Gruppenmitglieder gaben eine Zunahme ihrer Alltagsaktivitäten an. Im Gegensatz dazu gaben nur 50 % der Patienten in der Gruppe mit gemischten Diagnosen diese bestimmten Verbesserungen an. Nach einem Jahr wurde eine Nachuntersuchung

durchgeführt, in der festgestellt wurde, dass 92 % der depressiven Patienten keinen Kontakt mehr mit allgemeinen psychiatrischen Diensten benötigten. Im Vergleich dazu benötigten bei der anderen Gruppe 50 % der Patienten noch weiteren Kontakt zu verschiedenen psychiatrischen Diensten. Dementsprechend fiel die Wirksamkeit der Therapie bei den beiden unterschiedlichen Patientengruppen auch verschieden stark aus. Leider sind in der Publikation keine Hinweise zu finden, ob die schlechteren Ergebnisse der Patientengruppe mit verschiedenen, anderen psychischen Störungen im Zusammenhang mit deren evtl. Komorbiditäten stehen.

Rejesecki et al. (2003) führten eine kognitiv-behaviorale Gruppenintervention parallel zu einer edukativen Lektüre durch, die die Gruppenteilnehmer lesen sollten. Die Therapie wurde im Vergleich zu einer Kontrollgruppe durchgeführt. Die Gruppenmitglieder litten alle unter einer kardio-vaskulären Krankheit. Innerhalb der Therapie wurde den Teilnehmern erklärt, wie sie physische Aktivitäten in ihr Leben bewusst integrieren können. Insgesamt war die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie erfolgreicher als die normale Rehabilitationstherapie: Die Patienten gaben eine höhere Eigenaktivität an. Ebenso berichteten sie über eine verbesserte eigene Mobilität. Insgesamt war die Therapie erfolgreicher als die üblichen Standardrehabilitationsinterventionen. Die Therapie war insgesamt bei Männern noch erfolgreicher als bei Frauen. Die positiven Ergebnisse blieben auch noch innerhalb der Nachuntersuchungen nach 3 und 12 Monaten aufrechterhalten. Die Studie gibt in Bezug auf die erhöhten physischen Aktivitäten eine Effektgröße von 0,36 an.

Hyer et al. (1990) führten eine kognitiv-behaviorale Therapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Patienten durch, die unter starken Stressfaktoren litten (wie z.B. Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder Anpassungsstörungen, die sich innerhalb eines Trauerprozesses befanden oder schwere psychische Probleme hatten). Die Patienten wiesen meistens variierende Grade an depressiven Symptomen und Angstzuständen auf. Es wurden insgesamt 12 Sitzungen für je eine Stunde durchgeführt. Insgesamt konnte allerdings weder auf die Depression und die Angst, noch auf das Verhalten oder das Gedächtnis der Patienten ein statistisch signifikanter Effekt nachgewiesen werden. Allerdings berichteten die Patienten selber über ein erhöhtes Gemeinschaftsgefühl, über eine verbesserte Beziehung zu dem Personal, über eine erhöhte Autonomie und mehr eigenes, aktives Mitplanen. Insgesamt bestand nach

der Therapie ein geringerer Bedarf an psychiatrischer Beratung und die Patienten zeigten weniger störende Verhaltenszüge auf. Das Personal zeigte eine höhere Zufriedenheit und Stolz in ihrem Job.

Brawley et al. (2000) führten eine kognitiv-behaviorale Therapie in Kombination mit sportlichen Übungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe durch. Die älteren Menschen erhöhten ihre sportlichen Aktivitäten innerhalb ihres Alltages und dadurch teilweise auch ihre persönliche Lebensqualität. Die Therapie wurde insgesamt für 12 mal à 2 Stunden durchgeführt. Die positiven Ergebnisse konnten auch bei einer Nachuntersuchung nach 9 Monaten noch aufrechterhalten werden.

Schonfeld et al. (2000) führten eine kognitiv-behaviorale Therapie mit älteren Veteranen durch, die unter einer zusätzlichen Drogenabhängigkeit litten. Die Therapie wurde insgesamt für 16 Sitzungen à 75 Minuten durchgeführt. Nach 6 Monaten, innerhalb derer die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie durchgeführt wurde, wiesen die Patienten, die die Therapie bis zum Ende mitgemacht hatten, signifikant höhere Abstinenzraten auf, als die Gruppenmitglieder, die die Therapie zwischendurch abgebrochen hatten. Von den 110 Patienten, die die Therapie angingen, brachen 61 Teilnehmer die Therapie vor dem offiziellen Ende ab. Von den 49 Patienten, die die Therapie zu Ende machten, blieben 27 nach 6 Monaten komplett abstinent und 13 der Gruppenmitglieder waren noch abstinent, hatten allerdings einige Rückfälle zwischendurch.

Oude Voshaar et al. *(2003) kamen innerhalb ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe keinen Effekt auf den Entzug bei Älteren, die unter einer Benzodiazepinabhängigkeit leiden, hat. Die Therapie bestand aus einer Schulung über Vor- und Nachteile der Benzodiazepine, dem Lernen von Entspannungsübungen (progressive Muskelentspannung) und der Schulung darüber, wie mit den Entzugssymptomen umgegangen werden sollte. Die Therapie verbesserte weder das allgemeine Wohlbefinden der Patienten, noch erleichtert die Therapie die Entzugssymptome, unter denen die Patienten litten. Mit der Therapie konnten 62 % der Patienten ihre Abhängigkeit beenden, ohne Therapie 58 %.

Morin et al. *(1993) führten eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe durch, in der ungünstige Schlafgewohnheiten verändert und

dysfunktionale Gedanken und Haltungen über die Schlaflosigkeit abgeändert werden sollten. Die Therapie wurde insgesamt für 8 Sitzungen, die jeweils 90 Minuten dauerten, durchgeführt. Die Therapie war erfolgreich beim Reduzieren der Wartezeit bis zum Schlafbeginn, verlängerte die Zeit bis zum Erwachen nach Schlafbeginn und verlängerte den Zeitraum bis zum frühmorgendlichen Erwachen. Insgesamt vergrößerte die Therapie die Schlaffeffizienz der Patienten. Die meisten der erreichten positiven Ergebnisse konnten auch noch nach einem Jahr aufrechterhalten bleiben.

Cook (1998) führte ein kognitiv-behaviorales Schmerz-Management mit älteren Pflegeheimbewohnern für 10 Sitzungen à 1 bis 1½ Stunden durch, die unter chronischen Schmerzen litten. Zwar konnte die Therapie nicht die Depression und Medikation der Patienten senken, aber das Schmerzgefühl an sich und die durch die chronischen Schmerzen erzeugten Einschränkungen konnten reduziert werden.. Insgesamt fassen die Autoren der Studie zusammen, dass die Therapie bei Älteren, die nicht kognitiv eingeschränkt sind und unter chronischen Schmerzen leiden, erfolgreich anwendbar ist.

Meier et al. (1996) untersuchten ein kognitives Kompetenztraining (KKT), welches bei dementen Patienten für 40 Sitzungen à eine Stunde angewendet wurde. Das Training verbesserte die Lebensqualität sowohl der Patienten als auch ihrer Angehörigen. Die Depression der Patienten wurde allerdings durch die Therapie weder verbessert noch verschlechtert. Im Laufe der Therapie verschlechterte sich aber der mentale Status, die Gedächtnis- und Alltagsfunktionen der Patienten. Das KKT konnte zwar die verlorengegangenen Fähigkeiten der dementen Patienten nicht zurückbringen, trug aber zu einer besseren Verarbeitung des geistigen Abbaus bei und machte den Alltag für die betroffenen Älteren wieder lebenswerter. Die Patienten und ihre Angehörigen lernten durch das KKT die Krankheit besser zu akzeptieren und ihr Verhalten daran besser zu adaptieren. Dementsprechend blieb die Alltagskompetenz der dementen Menschen länger erhalten, ihre Betreuung konnte länger zu Hause stattfinden und eine Insttialisierung damit hinausgeschoben werden.

Verhaltenstherapie

Studien, die nur eine Therapie untersuchten

Die von **Brand et al. (1992)** beschriebene Gruppentherapie bei depressiven Patienten erreichte bei zwei von insgesamt drei Messinstrumenten, die die Depressionen der Patienten maßen, eine signifikante Reduzierung. Bei einem Messinstrument wurde keine Veränderung festgestellt. Insgesamt wurden 8 Sitzungen à 1½ Stunden durchgeführt.

Ebenso beschreiben **Lynch et al. (2003)**, dass eine dialektisch-behaviorale Gruppentherapie (DBT), die mit einer individuellen telefonischen Therapie kombiniert wurde, die Depressionen der Patienten senkte. Ebenfalls wurde die Hoffnungslosigkeit und Ambivalenz der Patienten innerhalb ihrer Gefühlsexpressionen gesenkt. Die Autonomie und die Coping Stile der Patienten entwickelten sich positiv. Die Patienten konnten allerdings ihre negativen Gedanken nicht vermehrt kontrollieren. Die Patienten, die Antidepressiva (AD), die normale klinische Behandlung und die DBT bekamen, erreichten eine 71 %ige Remission ihrer Depression. Die Patienten allerdings, die nur mit AD behandelt wurden und die normale klinische Behandlung erfuhren, erreichten eine nur 47%ige Remission. Nach 6 Monaten lagen diese Remissionsraten bei 75 % bzw. 31 %. Dementsprechend stellt die DBT eine erfolgreiche Ergänzung bei depressiven Patienten zu ihrer antidepressiven Medikation dar. Insgesamt fanden 28 Sitzungen à 2 Stunden statt.

Kognitive Therapie

Outcome-Studien, die zwei Therapien miteinander verglichen

Bei **Weiss (1994)** vergrößerte sowohl die kognitive Therapie als auch die Life review Therapie die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer. Allerdings konnten beide Therapien nicht die Depression der Gruppenmitglieder reduzieren. Beide Therapien wurden für 8 Sitzungen à 1½ Stunden durchgeführt.

Dagegen konnte die kognitive Therapie bei **Zerhusen et al. (1991)** die Depression der Teilnehmer im Gegensatz zu einer Musiktherapie senken. Die Therapie fand insgesamt für 20 Sitzungen, die jeweils eine Stunde dauerten, statt.

Gallagher & Thompson (1990) verglichen eine kognitive Therapie mit einer behavioralen- und einer psychodynamischen Therapie über einen Zeitraum von bis zu 20 Sitzungen und kommen dabei zu dem Ergebnis, dass alle drei Therapien auf allen Messinstrumenten die Depressionen der Teilnehmer senkten. Dieses Ergebnis konnte auch noch 2 Jahre nach Beendigung der Therapie nachgewiesen werden.

Entspannungstraining

Outcome-Studien, die zwei Therapien miteinander verglichen

Scogin et al. (1992) behandelten ältere Menschen, die unter einer Angststörung litten, entweder mit einem progressiven Entspannungstraining oder einem Entspannungstraining, welches mit dem Einsatz von Imaginationsübungen arbeitete. Beide Therapieansätze konnten bei zwei von drei Messinstrumenten, die den Einfluss der Therapien auf die ängstlichen Symptome der Patienten maßen, eine Reduzierung der Symptome aufzeigen. Zwischen den beiden Therapieansätzen bestanden in Bezug auf ihre Effektivität keine Unterschiede.

Realitäts-Orientierungs-Training

Outcome-Studien, die zwei Therapien miteinander verglichen

Innerhalb der Studie von **Gerber et al. (1991)** konnte sowohl das Realitäts-Orientierungs-Training als auch der bewusste Einsatz von verschiedenen sozialen Aktivitäten in der Freizeit der dementen Patienten die kognitiven Funktionen der Patienten verbessern. Die positiven Effekte der beiden Interventionen fielen gleich stark aus. Besonders ausgeprägt waren diese Effekte auf die Orientierung und die Sprache der Teilnehmer. Die positiven Effekte der beiden Therapieansätze konnten aber 10 Wochen nach der Durchführung der Therapie nicht mehr nachgewiesen werden.

Bei **Scanland & Emershaw (1993)** wurde ein ROT mit einer Validation-Therapie verglichen. Beide Therapien hatten weder einen positiven Effekt auf den funktionalen bzw. mentalen Status noch auf die Depression der dementen Patienten.

Studien, die nur eine Therapie untersuchen

Zanetti et al. (1995) führten eine Therapie mit dementen Patienten durch, die insgesamt für 80 mal à 45 Minuten durchgeführt wurde. Die Therapie hatte im Vergleich zu einer

Kontrollgruppe zwar Einfluss auf die verbalen, aber auf keine anderen kognitiven Fähigkeiten der Patienten. Allerdings wurden nach Beendigung der Therapie teilweise niedrigere Werte auf der MMSE Skala beobachtet. Die Depressionswerte der Patienten wurde nicht gesenkt und auch die Alltagsaktivitäten der Patienten wurden durch die Therapie nicht erhöht.

Baldelli et al. (1993) kommen dagegen in ihrer Studie mit institutionalisierten und verwirrten Patienten zu dem Ergebnis, dass die für insgesamt 36 Sitzungen à 1 Stunde durchgeführte Therapie sowohl die Depression, die kognitiven Fähigkeiten als auch die Orientierung der verwirrten Patienten verbesserte. Nur die Alltagsaktivitäten der Patienten konnten nicht erhöht werden.

Validation-Therapie

Outcome-Studien, die zwei Therapien miteinander verglichen

Bei **Toseland (1997)** wurde eine sozio-kommunikative Gruppenpsychotherapie, die die sozialen Kontakte dementer Patienten erhöhen sollte, mit der Effektivität einer Validation-Therapie verglichen. Beide Therapien schnitten gleich effektiv ab. Sie beeinflussten sowohl das Verhalten, den emotionalen und kognitiven Status als auch die Alltagsaktivitäten der Patienten positiv. Insgesamt wurden 20 Sitzungen à 30 Minuten durchgeführt.

Scanland & Emershaw (1993) kamen innerhalb ihrer Studie zu dem Outcome Ergebnis, dass sowohl die Validation-Therapie, das vergleichende Realitäts-Orientierungs-Training als auch die Kontrollgruppe weder Einfluss auf die Depression der dementen Patienten noch auf ihren funktionalen und mentalen Status hat.

Morton et al. (1991) dagegen stellten innerhalb ihrer Studie dar, dass die Validation-Therapie effektiver als eine Reminiscence-Therapie das Verhalten der dementen Patienten beeinflussen kann.

Reminiscence-Therapie

Outcome-Studien, die zwei Therapien miteinander verglichen

Innerhalb der Studie von **Bachar et al. (1991)** wurde eine Reminiscence-Therapie mit einer allgemeinen, das „Hier und Jetzt“ betonenden Gruppenpsychotherapie verglichen und sowohl die Patienten selber als auch ihr jeweiliger Therapeut gaben an, dass zwar

beide Therapien erfolgreich die Depressionen der Patienten senkten, aber die Reminiscence-Therapie eindeutig in einem größeren Ausmaß die Depression der Patienten reduzierte. Dementsprechend galt die Reminiscence-Therapie als effektiver. Die Reminiscence-Therapie vergrößerte das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein der Patienten. Insgesamt wurden die selbstheilenden Effekte der Trauerarbeit der Patienten verstärkt, innerhalb derer das Erinnern und Kommunizieren eine wichtige Rolle spielt. Generell lag auch die Partizipation der Patienten innerhalb der Reminiscence-Therapie höher.

Auch bei **Fielden (1990)** war die Reminiscence-Therapie erfolgreicher als eine eher das „Hier und Jetzt“ betonende Gruppenpsychotherapie. Das generelle psychische Wohlbefinden und die allgemeine Lebenszufriedenheit der Patienten wurden signifikanter erhöht. Allgemein wurden die sozialen Interaktionen bzw. sozialen Kontakte, das Selbstwertgefühl und die Sozialisation der Patienten gefördert. Die Autoren betonen, dass die Therapie nicht bedrohend

bzw. weniger bedrohend auf die Gruppenmitglieder im Vergleich zu der das „Hier und Jetzt“

betonenden Gruppenpsychotherapie war.

Klausner (1998) verglich eine Reminiscence-Therapie mit einer „zielorientierten Gruppenpsychotherapie“ bei depressiven Patienten. Beide senkten zwar die Depression der Patienten, aber die „zielorientierte Gruppenpsychotherapie“ war noch effektiver. Außerdem senkte sie im Gegensatz zu der Reminiscence-Therapie die Hoffnungslosigkeit und Angst der Patienten und verbesserte ihre sozialen Fähigkeiten. Insgesamt bestand ein größeres Zusammengehörigkeitsgefühl in dieser Woche. Innerhalb dieser Studie wurden Effektstärken bei der Auswertung angegeben.

Studien, die nur eine Therapie untersuchten

Youssef (1990) beschrieb innerhalb der Studie eine Reminiscence-Therapie, die mit zwei unterschiedlichen Altersgruppen innerhalb eines Pflegeheimes durchgeführt wurde. Die eine Gruppe umfasste die Teilnehmer, die zwischen 64 Jahren und 74 Jahren lagen und die andere Gruppe umfasste Bewohner des Pflegeheimes, die über 75 Jahre alt waren. Die Therapie wurde für insgesamt 6 Sitzungen à jeweils 45 Minuten durchgeführt. Bei der ersten Gruppe (die Gruppe mit den jüngeren Teilnehmern) berichteten die Patienten vor der Therapie eher von einer inneren Leere, einer

empfundene Unentschlossenheit und depressiven Symptomen wie mangelndem Appetit und einer Gewichtsabnahme. Die über 75jährigen zeigten eher eine depressive Stimmung, eine motorische Verlangsamung und Schlafstörungen auf. Es konnte ausschließlich eine Reduzierung der Depression innerhalb der Gruppe mit den 64-74jährigen Teilnehmern festgestellt werden.

Bramlett & Gueldner (1993) führten die Reminiscence-Therapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe für nur insgesamt drei Sitzungen à jeweils eine Stunde mit gesunden, unabhängig lebenden älteren Menschen durch. Die Therapie konnte allerdings keine Veränderung der Einstellungen der älteren Menschen erreichen. Innerhalb dieser Studie heißt dies, dass die älteren Menschen nach der Therapie keine aktivere Beteiligung und Einsatz bei den Entscheidungen, die sie in Bezug auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden treffen sollten, zeigten. Dementsprechend war zwischen Kontroll- und der Reminiscencegruppe kein signifikanter Unterschied. Auf dem "Power as Knowing Participating in Change Test" Version 2, welcher als Messinstrument innerhalb der Studie benutzt wurde, konnten keine positiven Ergebnisse festgestellt werden. Die persönliche Kontrolle der Älteren wurde nicht erhöht.

Cook (1991) führte eine Reminiscence-Therapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Bewohnern eines Pflegeheimes durch, die insgesamt für 16 Sitzungen à 1 Stunde stattfand. Es sollte der Einfluss der Therapie auf die Ich-Integrität der Gruppenmitglieder gemessen werden. Der hier verwendete Begriff der „Ich-Integrität“ wurde im Sinne von Erikson benutzt. Es wurde definiert, dass die „Ich-Integrität“ folgende 3 Bestandteile umfasste: Die Lebenszufriedenheit, die Depression und das Selbstbewusstsein der Teilnehmer. Dementsprechend wurde untersucht, ob die Therapie auf einen der drei Inhalte einen positiven Effekt hatte. Man kam zu dem Ergebnis, dass die Therapie auf keinen der drei Bestandteile der Ich-Integrität einen positiven Effekt aufweisen konnte.

Jones (2003) kam dagegen innerhalb der Studie, die mit Bewohnerinnen eines betreuten Wohnens durchgeführt wurde, zu dem Ergebnis, dass die von ihnen untersuchte Reminiscence-Therapie die Depression der Gruppenmitglieder im Vergleich zu einer Kontrollgruppe senkte. Insgesamt fand die Therapie für 6 Sitzungen à 45 Minuten statt.

Es wurde in der Studie von **Head et al. (1990)** verglichen, ob eine Gruppen Reminiscence-Therapie in einem Tageszentrum einer Gemeinde eine gleich hohe Effektivität, wie in einer geriatrischen Tagesambulanz aufweist. Die Therapien wurden jeweils für 6 Sitzungen á eine Stunde durchgeführt. Das Ergebnis lautete, dass die Therapie nur einen Effekt auf Patienten und Personal innerhalb der geriatrischen Tagesklinik aufwies. Dies wurde innerhalb der Studie anhand der geäußerten verbalen Beiträge der Gruppenteilnehmer gemessen. Das heißt im Endeffekt, dass der Erfolg dieser Therapie auch maßgeblich von dem äußeren Setting innerhalb dessen sie stattfindet zu sein scheint-vorausgesetzt, die Teilnehmer haben die gleichen Grundprobleme/Störungen.

Jonsdottir et al. (2001) führten eine Reminiscence-Therapie mit Patienten durch, die unter einer chronischen Lungenentzündung im Endstadium litten. Es wurden insgesamt 13 Sitzungen, die jeweils eine Stunde dauerten, durchgeführt. Es wurde weder ein positiver Effekt auf die Depression noch die Selbstachtung der Patienten festgestellt. Die Patienten selber berichteten aber über ein erhöhtes Wohlbefinden durch die Therapie.

Life-Review-Therapie

Haight (1992) führte eine Therapie mit älteren Menschen durch, die für insgesamt 6 Sitzungen á jeweils eine Stunde konzipiert war. Nach 8 Wochen war eine Erhöhung der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens zu beobachten. Keinen Einfluss hatte die Therapie allerdings auf die Depression und die Alltagsaktivitäten der Patienten. Nach einem Jahr konnte eine Reduzierung der Lebenszufriedenheit, eine Erhöhung der Depression und eine Verringerung der Alltagsaktivitäten der Patienten festgestellt werden. Das heißt, die Effekte konnten nicht aufrecht erhalten werden.

Haight et al. (1998 und 2000) führten eine Studie mit insgesamt 256 älteren Menschen, die unter verschiedenen psychischen Symptomen litten, durch. Die Patienten waren neu in ein Pflegeheim eingezogen. Nachdem die Therapie für insgesamt 8 Wochen lief, konnte eine signifikante Reduzierung der Depression der Teilnehmer festgestellt werden. Allerdings konnte noch keine signifikante Reduzierung der Hoffnungslosigkeit, der suizidalen Absichten und Steigerung der Lebenszufriedenheit, des Selbstbewusstseins und des psychischem Wohlbefindens der Patienten festgestellt werden. Dies erfolgte nach einem Jahr: Zu diesem Zeitpunkt konnte dann auch eine

Reduzierung der Hoffnungslosigkeit und eine Vergrößerung der Lebenszufriedenheit und des psychischem Wohlbefindens festgestellt werden. Die Reduzierung der suizidalen Absichten und die Vergrößerung des Selbstbewusstseins fiel nicht signifikant aus. Insgesamt fand eine Zunahme der Integrität und eine Abnahme der Verzweiflung der Älteren statt. Innerhalb der Studie im Jahr 2000, die mit den selben Patienten, die jetzt schon drei Jahre innerhalb des Pflegeheimes wohnten, durchgeführt wurde, konnte innerhalb einer Zeitspanne von 5 Jahren eine kontinuierliche Zunahme der Lebenszufriedenheit, des Selbstbewusstseins und eine Reduzierung der Depression beobachtet werden. Bis zum 2. Jahr der Nachuntersuchung nahmen die geäußerten Selbstmordabsichten der Patienten ab, die nach diesem Jahr dann allerdings wieder signifikant anstiegen. Am Ende der insgesamt 5 Jahre, innerhalb derer die Patienten beobachtet wurden, nahm die Hoffnungslosigkeit am Ende wieder etwas zu und das psychische Wohlfühlgefühl wieder ab. Allgemein wurde die Life-Review-Therapie als funktionsfähige Option zur Vorbeugung von depressiven Störungen, Selbstmordabsichten etc. angesehen. Es kristallisierte sich heraus, dass die Therapie am effektivsten ist, wenn sie über einen längeren Zeitraum läuft.

Stevens-Ratchford (1992) führte die Therapie mit depressiven Patienten für insgesamt 6 Sitzungen durch. Eine Sitzung dauerte jeweils 2 Stunden. Es konnte weder das Selbstvertrauen der Patienten erhöht, noch die Depression der Patienten signifikant gesenkt werden.

„Allgemeine Gruppenpsychotherapie“

Innerhalb der Studie von **Boehnlein & Sparr (1993)**, die mit Älteren arbeiteten, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten, wurde durch die Gruppe weder ein signifikanter positiver Effekt auf der SCL-90-R-Subscale noch auch auf der IES-Scale erreicht. Das heißt, die Therapie hatte keinen Einfluss auf die psychischen Symptome der Patienten. Allerdings wurde festgestellt, dass Familienmitglieder der Gruppenmitglieder von erhöhter Zufriedenheit und verbesserten sozialen Funktionen der Teilnehmer berichteten. Innerhalb der Gruppe entstand eine gegenseitige Identifikation, ein Gefühl der Zusammengehörigkeit, eine Reduktion der Angst, ein erhöhtes Gefühl der Kontrolle und des Selbstbewusstseins und eine Abnahme des Gefühls der „Überlebensschuld“. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass bei Patienten bei denen im Alter PTBS Symptome wieder auftreten, es sehr wichtig ist, dass

sie Unterstützung, Schulungen und ein Forum innerhalb dessen sie ihre unterdrückten Gedanken und Emotionen auszudrücken können, angeboten bekommen.

Im Gegensatz dazu wurde bei **Young & Reed (1995)** ein positiver Effekt einer allgemeinen Gruppenpsychotherapie bei Patienten, die unter verschiedenen psychiatrischen Symptomen litten, festgestellt. Drei von den sechs untersuchten Mitgliedern litten unter einer Depression. Diese Therapie wurde über einen längeren Zeitraum von 52 Sitzungen á 1½ Stunden durchgeführt. Die Gruppenpsychotherapie vergrößerte die Selbst-Überlegenheit der Patienten auf verschiedenen Wegen. Alle Mitglieder zeigten eine Erweiterung ihrer inneren und äußeren Grenzen.

Lee et al. (2002) führten eine Gruppenpsychotherapie mit Patienten durch, die unter einer Psychose litten und Stimmen hörten. Die Therapie wurde für insgesamt 12 Sitzungen à 1 Stunde durchgeführt. Innerhalb dieser Studie konnte kein Effekt auf die Depression, die Angst, das Verhalten oder das Selbstbewusstsein der Patienten festgestellt werden. Allerdings berichten innerhalb einer allgemeinen Befragung drei Mitglieder über positive Veränderungen durch die Gruppe: Das Vertrauen unter den Gruppenmitgliedern wuchs, und die Teilnehmer hatten weniger das Gefühl isoliert zu sein. Von den Gruppenteilnehmern wurden folgende Aspekte der Gruppe als am hilfreichsten dargestellt: Die vorhandene Freundlichkeit, die gegenseitige Toleranz, das Lernen von Coping-Strategien, die Möglichkeit auch die Geschichten von anderen Menschen zu erfahren und dementsprechend die Chance auch anderen Gruppenmitgliedern Ratschläge geben zu können. Innerhalb der Studie wurden folgende Effektgrößen genannt: In Bezug auf die Depression der Patienten: 0,047, im Bezug auf das Selbstbewusstsein: 0.165 und das Verhalten der Patienten betreffend: 0,27.

Phoenix et al. (1997) kamen zu positiven Ergebnissen. Die allgemeine Gruppenpsychotherapie reduzierte sowohl die Depression als auch die Angst der depressiven Patienten. Die Teilnehmer sahen die Therapie sowohl als unterstützend als auch als sehr lehrreich an. Ihnen wurden Techniken und Strategien beigebracht, um mit ihrer Depression aktiv umgehen zu können. Die Patienten fühlten sich sicher, akzeptiert und genossen das gegenseitige Zuhören und das innerhalb der Gruppe entstehende Zusammengehörigkeitsgefühl.

Dhooper (1993) führte eine „soziale Gruppenintervention“ mit leicht bis moderat depressiven Patienten innerhalb eines Pflegeheimes über 9 eine Stunde dauernde

Gruppentherapiesitzungen durch, die die Depression der Patienten senkte. $\frac{3}{4}$ der Patienten innerhalb der Behandlungsgruppe waren nach Durchführung der Therapie frei von ihren depressiven Symptomen. Der Durchschnittswert auf der Zung-Self-Rating Depression Scale lag am Ende der Therapie signifikant niedriger bei der Behandlungsgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe. Dementsprechend profitieren institutionalisierte Patienten, die unter einer Depression leiden, von organisierten Gruppenerfahrungen. Das Teilen von Erinnerungen, das Ausdrücken ihrer Gefühle und Managen ihrer Gefühle trugen zu diesem Heilungsprozess bei. Den Patienten wurde geholfen, problemlösende Fähigkeiten und Unterstützungssysteme aufzubauen.

„Resocialisation group“

Outcome-Studien, die zwei Therapien miteinander verglichen

McCrone (1991) verglich eine strukturierte, das „Hier und Jetzt“ betonende „Resocialisation group“, die sowohl die Interaktionen zwischen den leicht verwirrten und institutionalisierten Gruppenmitgliedern erhöhen bzw. eine Verringerung der sozialen Isolation der Patienten erreichen als auch eine Erleichterung des Erinnerns ermöglichen sollte, mit einer allgemeinen Gruppenpsychotherapie, die dagegen eher die Aufmerksamkeit der Patienten erhöhen sollte. McCrone (1991) betont insgesamt besonders den resozialisierenden Effekt der Therapie. Die „Resocialisation group“ verringerte signifikanter als die allgemeine Gruppenpsychotherapie die kognitiven Probleme der Patienten, wobei die sozialen Probleme der Patienten von beiden Gruppen nicht bedeutsam gesenkt werden konnten.

„Autobiographische Gruppe“

Die von **Botella & Feixas (1992/3)** untersuchte Therapie umfasst Aspekte der Reminiscence-Therapie und der Life-Review-Therapie. Insgesamt kommen sie zu dem Ergebnis, dass die Therapie eine Erhöhung des Selbstbewusstseins, der Offenheit und der Selbstoffenbarung der Patienten erreicht. Generell soll die Therapie alternative Ansichten über bestimmte Ziele der Patienten beleuchten.

"Classroom mind/body wellness intervention"

Die von **Rybarczyk et al. (2001)** beschriebene Therapie beinhaltet ein Entspannungstraining, ein kognitives Wiederherstellen, einen problemlösenden Ansatz

und Gespräche bzw. Verhaltensanleitungen, wie man am besten mit seiner eigenen Schlaflosigkeit, Ernährung usw. umgehen kann. Die Therapie wird als erfolgreich beim Senken der Schlafprobleme, der Schmerzen, der Ängste und der depressiven Symptome im Vergleich zu einer Kontrollgruppe beschrieben. Nach einem Jahr konnte nur noch die Verbesserung der Schlafprobleme nachgewiesen werden. Gleichzeitig zeigten die Patienten im Vergleich zu der Kontrollgruppe ein bewussteres und positiveres „Gesundheitsverhalten“.

Gruppentherapien mit dementen Patienten

Bei **Lantz et al. (1997)** wurde im Rahmen der Durchführung der „Wellnessgruppe“, die aus Atmenübungen, sensorischen Stimulationen und Entspannungsübungen bestand, festgestellt, dass die Agitation der Patienten signifikant reduziert wurde. Die Patienten akzeptierten und tolerierten die Therapie gut und auch die pflegenden Bezugspersonen berichteten über eine Vereinfachung der Pflege bei den Patienten.

Robichaud et al. (1994) führten ein sensorisches Integrationsprogramm mit dementen Patienten für insgesamt 30 Sitzungen durch. Eine Sitzung dauert jeweils 45 Minuten. Das Programm konnte weder die Gedächtnis- und Verhaltensprobleme der Patienten verbessern, noch ihre Alltagsaktivitäten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe erhöhen.

Therapien mit dementen Patienten und ihren pflegenden Angehörigen

Haupt et al. führten im Jahr **2000** zwei Studien mit dementen Patienten und ihren pflegenden Angehörigen gemeinsam durch. Innerhalb der ersten Studie wurde deutlich, dass sich vor allem das Kommunikationsniveau der Patienten verbesserte, auch gerade in Bezug auf ihre pflegenden Angehörigen. Das generelle Funktionsniveau der Patienten wurde durch die Therapie im Alltag aufrechterhalten. Das Befinden der Angehörigen wurde generell durch die Therapie verbessert und ihre Einstellung gegenüber den Patienten und der Pflegesituation deutlich positiver. Die Therapie wurde über insgesamt 20 Sitzungen, die jeweils 2-2½ Stunden dauerten, durchgeführt. Innerhalb der zweiten veröffentlichten Studie wurde die Therapie für 12 Sitzungen á 90 Minuten durchgeführt. Innerhalb dieser Studie konnte beobachtet werden, dass die Angst und Agitation der dementen Patienten gesenkt werden konnte, ihr aggressives Verhalten hingegen nicht reduziert wurde. Außerdem wurden die gedächtnisassoziierten Alltagsleistungen verbessert. Insgesamt zeigte das Vorhandensein einer zusätzlichen

somatischen Krankheit und die Zugehörigkeit zum männlichem Geschlecht ein weniger gutes Outcome-Ergebnis. Die Untersuchung stieß zudem bei einer anonymen Befragung der Gruppenteilnehmer auf eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit. Die Untersuchungsergebnisse stützen insgesamt die Hypothese, dass psycho-educative Gruppeninterventionen bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken nicht nur den Pflegenden selbst helfen, sondern auch verbessernd auf die Verhaltensstörungen des Kranken einwirken.

Therapien mit pflegenden Angehörigen

Toseland (1990) verglich eine unterstützende Gruppenintervention bei pflegenden Angehörigen mit einer unterstützenden Intervention, die auf individueller Basis geführt wurde. Beide Therapieansätze verbesserten das Wissen über die Pflege und die Haltungen bzw. das Verhalten der Teilnehmer gegenüber der Pflegesituation mit ihren dementen Angehörigen. Beide Therapieansätze verbesserten ebenfalls die empfundene Kontrolle der Angehörigen über schwierige Pflegesituationen. Die Gruppenintervention vergrößerte die soziale Unterstützung für die pflegenden Angehörigen, die individuelle Intervention reduzierte eher die problematischen psychischen Symptome der Teilnehmer. Es wurde keine Nachuntersuchung durchgeführt.

Auch bei **van den Heuvel et al. (2000)** wurde eine unterstützende Gruppenintervention im Vergleich zu einer unterstützenden individuellen Therapie untersucht. Die Teilnehmer pflegten einen Angehörigen, der einen Schlaganfall erlitten hatte. Es wurde sowohl das allgemeine Wohlbefinden als auch die Coping-Strategien der Gruppenteilnehmer verbessert. Es wurde keine Nachuntersuchung durchgeführt. Zwischen den beiden unterschiedlichen Therapieansätzen konnte kein signifikanter Effektivitätsunterschied festgestellt werden. Beide Therapien wurden für insgesamt 8 Sitzungen á 2 Stunden durchgeführt.

Coon (2003) führte eine Studie über zwei psycho-educative Fähigkeitstrainings durch. Bei dem einen Training handelte es sich um eine „Anger Management Class“ und bei dem zweiten Training handelte es sich um eine „Depression Management Class“. Es wurde sowohl am Ende der „Anger Management Class“, als auch am Ende der „Depression Management Class“, im Gegensatz zu der Kontrollgruppe bei den Gruppenteilnehmern eine Reduzierung ihrer Angst, ihrer Feindseligkeit und ihrer Depression festgestellt. Die Anwendung von positiven Coping-Strategien vergrößerte

sich nur innerhalb der „Anger Management Class“. Die Selbsteffizienz wurde innerhalb beider Interventionen signifikant vergrößert und wurde gleichzeitig noch als ein Mediator der Interventionseffekte erkannt. Generell betonten die Autoren, dass noch verstärkt untersucht werden muss, welche Interventionsarten am besten zu welchen pflegenden Bezugspersonen zu ihren persönlichen Charaktereigenschaften passen.

Schmerzmanagementgruppen

Fry & Wong (1991) kamen zu dem Ergebnis, dass ein Schmerzmanagement (es wurde in diesem Fall über einen Zeitraum von drei Wochen durchgeführt) sehr erfolgreich bei älteren Menschen mit chronischen Schmerzen anwendbar ist. Es wurde ein eher Emotionen betonendes Schmerzmanagement mit einem eher problemfokussierten Schmerzmanagement verglichen. Zwar wurden bei beiden Interventionen die Schmerzen und die Angst der Teilnehmer gesenkt bzw. ihre Zufriedenheit und Anpassungen erhöht, aber das problembetonende Format war eindeutig, bezogen auf alle Messparameter, noch effektiver. Diese Ergebnisse konnten auch in den Nachuntersuchungen nach 16 und 24 Wochen nachgewiesen werden.

Remotivationstherapie

Die von **Cummings (2003)** geschilderte Studie untersuchte eine Remotivationstherapie, die mit depressiven Patienten innerhalb eines Betreuten Wohnens für insgesamt 10 Sitzungen durchgeführt wurde. Es konnten insgesamt die Lebenszufriedenheit, die depressiven Symptome und die soziale Unterstützung der Patienten verbessert werden. In Bezug auf die Reduzierung der Depression ergab sich auf der GDS Skala eine Effektgröße von 0,35. Allerdings konnte auf der CES-D Skala kein positiver Effekt beobachtet werden. Die Lebenszufriedenheit (LSI-Z) wurde um eine Effektgröße von 0,52 erhöht, die soziale Unterstützung (SP) um 0,58.

Selbst-Sicherheits-Training

Stuhlmann (1992) führte ein Selbst-Sicherheits-Training mit Patienten, die unter einer Angststörung litten, für insgesamt 10 Sitzungen á 90 Minuten mit der Absicht durch, unter Einbezug körperlicher, emotionaler, kognitiver und verhaltensgemäßer Korrelate eine Modifikation, einen Erhalt oder einen Neuerwerb sozialer Kompetenzen zu bewirken.

Das Training konnte sowohl auf die Selbstbeurteilung der Alltagsaktivitäten und der situativen Ängstlichkeit als auch in der Fremdbeurteilung hinsichtlich des selbstsichereren Verhaltens signifikante Verbesserungen gegenüber der Kontrollgruppe aufweisen.

Soziales Fähigkeitstraining

Das von **Vaccaro (1992)** untersuchte soziale Fähigkeitstraining wurde mit institutionalisierten, schizophrenen Patienten durchgeführt, die besonders auch physisch aggressives Verhalten aufwiesen. Insgesamt fand die Therapie für 12 Sitzungen á 1 Stunde statt. Die Frequenz des auftretenden aggressiven Verhaltens der Patienten nahm signifikant durch die Therapie ab. Diese abnehmende Häufigkeit des aggressiven Verhaltens der Patienten konnte auch noch in einer Nachuntersuchung nach 5 Monaten festgestellt werden. Insgesamt wurde auch die Beziehung zwischen Patienten und Personal durch die Therapie verbessert.

8.7 Übersicht über die Meta-Analysen

Dieser Abschnitt gibt einen Überblick über die Meta-Analysen, die innerhalb dieser Arbeit untersucht wurden. Aufgrund der Tatsache, dass im Rahmen einer einzelnen Meta-Analyse nahezu immer mehrere verschiedene Therapieansätze untersucht wurden, werden die Meta-Analysen hier zwar therapiespezifisch aufgeführt, aber die Meta-Analysen, die mehrere verschiedene Therapien untersuchten, werden unter der Überschrift: „Verschiedene psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen“ dargestellt. Bei nahezu allen hier aufgeführten Meta-Analysen wird nicht ausschließlich über Gruppenpsychotherapien berichtet, sondern auch gleichzeitig Einzeltherapien untersucht. Dementsprechend ist bei einigen wenigen der hier dargestellten Meta-Analysen nicht ganz klar, ob sie die Effektivität einer Gruppen- oder einer Einzeltherapie beschreiben.

Verschiedene psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

Die umfassendste Meta-Analyse der letzten Jahre wurde von **Gatz et al. (1998)** durchgeführt. Sie untersuchte 13 Studien über kognitiv-behaviorale Therapien und 8 Studien über psychodynamische bzw. interpersonelle Therapien die mit depressiven Patienten durchgeführt wurden, 5 Studien über Life review Therapien bzw.

Reminiscence-Therapien die mit dementen bzw. kognitiv eingeschränkten Patienten durchgeführt wurden, 9 Studien die über den Erfolg von kognitiv-behavioralen Therapien, die mit Älteren, die unter Schlafstörungen litten, durchgeführt wurden. Es wurden zusätzlich 3 Studien über verschiedene Therapien aufgeführt, die mit alkoholabhängigen Älteren arbeiteten. 6 Studien wurden hinsichtlich der Effektivität von Gruppentherapien mit pflegenden Angehörigen von physisch und/oder kognitiv eingeschränkten Älteren geprüft. 11 Studien wurden geprüft, die speziell die verschiedenen Ergebnisse von Therapien, die mit dementen Patienten durchgeführt wurden, untersuchten. Zu diesen spezifischen Therapien gehörten z.B. kognitiv-behaviorale Therapien, die Therapien, die eine Veränderung der Umwelt des dementen Patienten erzielen wollen und das Realitäts-Orientierungs-Training. Insgesamt wird jede der Therapiekategorien als erfolgreich beschrieben. In Bezug auf die dementen Patienten wird eine Veränderung der Umweltbedingungen und behaviorale Therapieansätze als noch etwas erfolgreicher als kognitive Therapien beschrieben. Insgesamt muss kritisch aufgezeigt werden, dass innerhalb der Meta-Analyse aufgrund der hohen Anzahl der untersuchten Studien, ein nicht sehr hohes Maß an Differenzierung der unterschiedlichen Ergebnisse der einzelnen Therapien bei den speziellen Patientengruppen beschrieben wurde.

Okun et al. (1990) untersuchten 31 Studien über verschiedene **Interventionen**, die das **Wohlbefinden**, meist institutionalisierter Älterer, **vergrößern** sollten. Man kommt zu dem Ergebnis, dass die Therapien effektiv sind, aber ihre positiven Ergebnisse meistens nicht lange anhalten. Die mittlere Effektstärke der insgesamt 28 berechneten Effektstärken liegt nach unmittelbarer Beendigung der Therapien bei 0,67. Die mittlere Effektstärke der insgesamt 17 Effektstärken, die später, also nicht unmittelbar nach Therapiebeendigung gemessen wurden, lag bei 0,07.

O'Rourke & Hadjistavropoulos (1997) gaben einen Überblick über 5 Studien, die die Effektivität von allgemeinen Gruppenpsychotherapien mit Älteren untersuchten. 4 der Studien verglichen die Gruppenpsychotherapie mit Kontrollgruppen, die pharmakologisch behandelt wurden. Leider arbeiteten die Studien mit sehr unterschiedlichen Messinstrumenten. Die generelle Tendenz zeigte, dass die

Gruppenpsychotherapie als erfolgreich gewertet wurde. Eine der 5 Studien untersuchte, ob eine kognitiv-behaviorale oder eine psychodynamische Gruppenpsychotherapie erfolgreicher war. Das Ergebnis zeigte, dass beide Therapien auf der HRSD Skala gleiche Effektivitäten aufwiesen, allerdings auf der BDI Skala die kognitiv-behaviorale Therapie etwas erfolgreicher war.

Schneider & Olin (1995) untersuchten innerhalb von 17 Studien, ob eine **Psychotherapie** (Kognitive Therapien, interpersonelle Therapien, Reminiscence-Therapien, psycho-dynamische Therapien und eklektische Psychotherapien wurden untersucht) generell erfolgreich bei älteren, depressiven Menschen angewendet werden kann. Ungefähr die Hälfte der untersuchten Therapien fanden innerhalb eines Gruppensettings statt. Die Psychotherapie erscheint zwar gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen erfolgreicher, ist aber nicht effektiver als die Behandlung mit Antidepressiva.

Loebach-Wetherell (1998) untersuchte sowohl **psychoanalytisch-psychodynamische Therapien** als auch **kognitiv-behaviorale** und **Life-Review-Therapien, Entspannungstechniken** und das Therapiekonzept des **Biofeedbacks**. Es wird generell festgestellt, dass die verschiedenen Therapien effektiv bei Patienten mit einer Angststörung angewendet werden können.

Scogin & McElreath (1994) überprüften die generelle Wirksamkeit von **psychosozialen Behandlungen** (in diesem Rahmen werden kognitiv-behaviorale Therapien, Reminiscence und psychoanalytisch-psychodynamische Therapien betrachtet) bei depressiven Patienten. Sie untersuchten 10 Gruppen- und 5 Einzelpsychotherapien und zwei Studien, die mit einer Selbstbeobachtung arbeiteten. Die Autoren geben an, dass insgesamt die Therapien eine Effektstärke von 0,78 in Bezug auf die Reduzierung der Depression der Patienten aufzeigten. Es wird allerdings dargestellt, dass nicht exakt bekannt ist, welche genauen Mechanismen die Effizienz der Interventionen ausmachen.

Auch **Knight et al. (1993)** kontrollierten 20 Studien über **psychosoziale Interventionen**, die mit **pflegenden Personen von kognitiv und/oder physisch eingeschränkten Älteren** durchgeführt wurden. Von den 20 Studien beinhalteten 12 Studien Gruppeninterventionen und 8 Studien Einzeltherapien. Die Einzeltherapien werden nach der Untersuchung als moderat effektiv beschrieben. Die Gruppentherapien werden als ebenfalls effektiv beschrieben, aber in einem etwas reduzierteren Maß.

Gorey & Cryns (1991) untersuchten 19 Studien über allgemeine **Gruppenarbeiten** bei depressiven Älteren. Sie stellen dar, dass insgesamt nach den Therapien der affektive Status der Patienten um 42 % verbessert war, dass von diesen 42 % aber 87 % wohl nicht auf die Therapie zurückzuführen sind, sondern durch Gründe, die noch nicht genauer geklärt sind, entstanden.

Erhardt et al. (1997) untersuchten 4 Studien über **Neuro-psychologische Interventionen, die ein kognitives Training beinhalteten** und 2 Studien über **Psychotherapien** bei dementen Patienten. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Neuro-psychologischen Interventionen und kognitiven Trainings nicht signifikant effektiv, die Psychotherapien dagegen signifikant effektiv sind. Durch die Neuro-psychologischen Interventionen und kognitiven Trainings wird zwar der Leistungsabbau verlangsamt, aber dieser Erfolg hält nur kurzfristig an und es werden keine Auswirkungen auf der Verhaltensebene sichtbar. Neuropsychologische Interventionen mit nur rein kognitivem Training sind also nur bedingt bewährt.

Finnema et al. (2000) untersuchen 7 Studien über die **Validation-Therapie**, 6 Studien über das **Snoezeln bzw. sensorische Stimulationen** und 4 Studien über die **Reminiscence-Therapie**. Jede der genannten Therapien wird abschließend als effektiv beschrieben. Vor allem in Pflegeheimen wurde durch die Validation-Therapie eine Verbesserung der Alltagsfunktionen, der kognitiven Funktionen, eine vergrößerte verbale und nonverbale Expression, und eine Reduzierung des aggressiven und depressiven Verhaltens der Bewohner beobachtet. Das Snoezeln und die sensorischen Stimulationen erhöhten die verbalen und nonverbalen Interaktionen, das Interesse, das aktive Schauen, die Stimmung, verbesserte teilweise das Gedächtnis der Patienten und

reduzierte ihr problematisches Verhalten. Die Erfolge zeigten allerdings nur eine kurze Dauer auf. Die Reminiscence-Therapien erreichten länger anhaltende Erfolge. Es wurden Verbesserungen in den Bereichen der Interaktionen der Patienten, ihres Interesses, ihres sozialen Verhaltens, ihrer Stimmung, ihrer kognitiven Funktionen und ihres Selbstbewusstseins sichtbar.

Wahl & Tesch-Römer (1998) überprüften generell die Wirksamkeit der **Interventionsgerontologie**. In diesem Rahmen untersuchten sie 7 Studien über Therapien, die versuchen, im kognitiven Bereich bei den Patienten Veränderungen zu erzielen und bei denen der Schwerpunkt eher auf dem Gedächtnis der Patienten lag und 9 Studien, die ebenfalls im kognitiven Bereich der Patienten Erfolge erzielen wollten, bei denen der Schwerpunkt allerdings eher im Bereich der Intelligenz lag. 7 Studien hatten ihren therapeutischen Schwerpunkt im Bereich der Selbstständigkeit und des Sozialverhaltens der Patienten. 5 Studien wurden näher überprüft, bei denen das Ziel der Therapie darin lag, das Selbstbild, das Kontrollerleben und die Attributionsstile der Patienten zu verändern. 11 Studien wurden dargestellt, die Therapien untersuchten, die das subjektive Wohlbefinden der älteren Menschen vergrößern wollten. Es wurden insgesamt alle Therapieansätze nach Überprüfung sämtlicher Studien als effektiv beschrieben.

Pinquart (1998) führte eine Meta-Analyse über 94 **psychosoziale bzw. psychotherapeutische Interventionen** bei Senioren durch. Es wird dargestellt, dass die Interventionen erfolgreich auf das Befinden und die Depressionen der Älteren wirkte. Man kam zusätzlich zu dem Ergebnis, dass generell Einzeltherapien etwas erfolgreicher im Vergleich zu Gruppeninterventionen waren. Ebenfalls fielen die Fremdbeurteilungen über die Wirkungen der Therapien positiver als die Selbstbeurteilungen aus. Im Mittel wird eine Verbesserung des Befindens und eine Abschwächung der selbstbeurteilten Depression um eine halbe Standardabweichung erreicht. Für die fremdbeurteilte Depression beträgt die Effektstärke 1,15. In den Selbstbeurteilungsskalen werden keine Zusammenhänge zwischen dem Lebensalter und der erzielten Effektstärke deutlich. Im Gegensatz dazu fallen die durch die Therapie erzielten Verbesserung innerhalb der Skalen, die die fremdbeurteilten Depressionen maßen, in Studien mit eher älteren

Teilnehmern geringer aus. Es fielen vergleichsweise hohe Effektstärken bei kontrollerrhöhenden Interventionen und durchgeführten Verhaltenstherapien auf.

Angehörigenberatung

Gunzelmann (1991) veröffentlichte eine Meta-Analyse über 6 Studien, die die Effektivität von Angehörigenberatungen bei pflegenden Angehörigen überprüften. Die Beratungen werden als nicht signifikant effektiv beim Reduzieren der Belastungen der pflegenden Angehörigen von dementen Älteren beschrieben.

Beschäftigungstherapien

Carlson et al. (1995) überprüften die Wirksamkeit von in 15 verschiedenen Studien untersuchten Beschäftigungstherapien bei älteren Menschen und kommen zu dem Ergebnis, dass die Therapien sowohl positive Effekte auf die Alltagsaktivitäten der Älteren haben als auch, dass die Therapien psychosoziale und körperliche Verbesserungen erreichen können.

„Bibilotherapies“

O'Rourke & Hadjistavropoulos (1997) untersuchten Gruppenpsychotherapien in Form von „Bibliotherapies“ bei depressiven Patienten und kamen zu dem Ergebnis, dass diese Psychotherapieformen erfolgreich bei Älteren angewendet werden können. Die Therapien zeigten signifikante Verbesserungen auf der HRSD an.

Kognitiv-behaviorale Therapien

Koder et al. (1996) untersuchten 4 kognitive Gruppen- und 3 Einzeltherapien, die mit depressiven Patienten durchgeführt wurden. Man kam zu dem Ergebnis, dass die kognitiven Therapien erfolgreicher als keine Therapie und als Placebo waren. Es wurden als Messinstrumente die BDI und die HRSD Skalen verwendet.

Hautzinger (2000) fasste 9 Studien über kognitiv-behaviorale Gruppentherapien, die mit depressiven Patienten durchgeführt wurden zusammen. Insgesamt wurde angegeben, dass die Therapien im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen Effektstärken zwischen 0,78 und 1,4 erreichten. Im Vergleich zu anderen Psychotherapieformen wurden Effektstärken erreicht, die zwischen 0,14 und 0,7 lagen. Die Vergleiche der tiefenpsychologischen Psychotherapie mit der Kontrollbedingung

(Wartegruppe) erzielen, basierend auf lediglich zwei Studien, Effektstärken von 0.51 bzw. 0.97.

Fuchs & Zimmer (1992) untersuchten 2 kognitiv-behaviorale Gruppen- und 4 Einzeltherapien. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass beide Therapieformate erfolgreich bei depressiven Älteren anwendbar sind. Insgesamt stellen sie 5 vergleichende Studien dar, mit dem Ergebnis, dass der durchschnittliche Patient, der mit einer kognitiv-behavioralen Therapie behandelt wurde, eine um 62 % ausgeprägtere Verbesserung seiner Symptome als der durchschnittliche Patient erreichte, der mit einer psychodynamischen Therapie behandelt wurde. Es wird deutlich gemacht, dass vor allem strukturierte, aktivierende oder kognitive psychotherapeutische Interventionen bei älteren, depressiven Menschen erfolgreich sind. Erste Ergebnisse dazu zeigen auf, dass ungefähr die gleiche Wirksamkeit, die auch mit einer Pharmakotherapie erzielt werden kann, zumindest bei nicht zu schwer depressiven Patienten, erreicht wird.

Schonfeld & Dupree (1995) untersuchten 2 Studien, die die Effektivität von kognitiv-behavioralen Therapien überprüfen, die mit ausschließlich älteren Alkoholikern durchgeführt wurden und 5 Studien, die diese Therapien mit altersgemischten Gruppen durchführten. Die Therapien waren zwar beide erfolgreich, aber insgesamt kommt man zu dem Ergebnis, dass die Therapien noch erfolgreicher bei altersspezifischen Gruppen sind.

Realitäts-Orientierungs-Training

Kaschel et al. (1992) kommen innerhalb ihrer Meta-Analyse über 10 Studien zu dem Ergebnis, dass das Realitäts-Orientierungs-Training bei Älteren mit Orientierungsschwierigkeiten nur im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen die verbale Orientierung der Älteren verbessern kann und nicht im Vergleich zu behandelten Kontrollgruppen. Es wird dargestellt, dass häufig in den Fällen bei denen Interventionen (wie z.B. ein ROT, ein Gedächtnistraining, ein Kommunikationstraining usw.) miteinander verglichen werden, alle Interventionen bessere Ergebnisse als eine Kontrollgruppe erzielen. Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass nur die emotionale Zuwendung an sich das Effektive der Therapien ist. In ihrem die eigentliche Meta-Analyse begleitenden Überblick geben sie ergänzend an, dass

hauptsächlich auch nur frühere unkontrollierte Arbeiten über ein vergrößertes Selbstvertrauen, Interesse und über bessere Sozialkontakte bei den Patienten nach Durchführung der Therapie berichten. Frühere kontrollierte Studien berichten dagegen nur über Verbesserungen bei Orientierungstests und nicht noch über erzielte kognitiv-emotionale bzw. soziale Effekte. Es zeigte sich keine nennenswerte Überlegenheit gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen. Generell muss kritisch beachtet werden, dass nur wenige Studien über die Therapieform des 24-Stunden-ROT durchgeführt wurden.

Noll & Haag (1992) untersuchten ebenfalls Studien (16) über das Realitäts-Orientierungs-Training, welches mit desorientierten Älteren durchgeführt wurde. Sie stellten dar, dass 14 Studien angeben, dass das Training positiv auf die Orientierung der Älteren wirkte. Dazu im Gegensatz geben zwei Studien an, dass das Training nicht die Orientierung der älteren Menschen veränderte. 7 Studien kamen zu dem Ergebnis, dass die Intervention das Verhalten der Patienten positiv beeinflusste, wogegen 9 Studien von keinem Effekt auf das Verhalten der Patienten berichteten. Insgesamt untersuchten nur 9 der Studien die Wirkung des ROT auf die Leistungsfähigkeit der Älteren. Von diesen 9 Studien stellten 7 Studien dar, dass die Intervention signifikant die Leistungsfähigkeit verbesserte. Bei allen Studien zeigte sich allerdings keine wirkliche Dauerhaftigkeit der Veränderungen nach mehreren Wochen. Besonders im Bereich der verbalen Orientierung sind Veränderungen festzustellen inwieweit dies auf andere Funktionsbereiche generalisierbar ist, ist umstritten.

Auch **Spector et al. (2000)** untersuchten innerhalb ihrer Meta-Analysen 6 Studien über die Anwendung des Realitäts-Orientierungs-Trainings bei dementen Patienten. In Bezug auf die Kognition der Älteren fielen die Ergebnisse der Behandlungsgruppen um 72 % besser als im Vergleich zur Kontrollgruppe aus. In Bezug auf das Verhalten der Dementen war eine Verbesserung von sogar 74 % in Abgrenzung zur Kontrollgruppe feststellbar.

Life-Review und Reminiscence-Therapie

Haight (1991) untersuchte innerhalb ihrer Meta-Analyse sowohl Studien als auch Berichte über Life-Review und Reminiscence-Therapien. Insgesamt wurden 21 Studien

über die Therapien innerhalb eines Gruppenformates und 20 Studien über die Therapien innerhalb eines Einzelformates mit in die Analyse einbezogen. Zusätzlich werden 10 Berichte über Gruppentherapien und 39 Berichte über Einzeltherapien miteinbezogen. Es wird ersichtlich, dass die Therapien erfolgreich sind: Von den insgesamt 79 untersuchten Studien berichten 70 über positive und nur 7 über negative Ergebnisse der Therapien. Zwei der Studien konnten nicht bewertet werden. Es wurde nur eine der Gruppen- und 6 der Einzeltherapien als nicht erfolgreich beschrieben.

Validation-Therapie

Day (1997) untersuchte 5 Studien über die Validation-Therapie bei dementen Patienten. Drei der Studien geben eine Verschlechterung der Verhaltensprobleme der Patienten an und nur zwei der Studien berichten über eine Verbesserung der Kommunikation der dementen Älteren. Durch den Literaturüberblick ist nicht klar festzustellen, ob die Validation-Therapie eindeutig erfolgreich ist. Außerdem traten erhebliche Probleme bei der Auswertung der Ergebnisse auf. Oft wurden z.B. unterschiedliche Messinstrumente benutzt und kleine Studiengrößen verwendet. Die Validation-Therapie wird vor allem in Langzeitpflegeheimen durchgeführt. Es wird kritisch bewertet, dass noch exaktes Wissen darüber fehlt, welche bestimmten Validationstechniken für welche bestimmten Verwirrheitszustände der jeweiligen Patienten angewendet werden sollen.

8.8 Zusammenfassung der Hauptergebnisse der Studien und der Meta-Analysen

Wie schon einmal erwähnt berichtet die Mehrheit der Veröffentlichungen von positiven Ergebnissen der jeweils beschriebenen Gruppenspsychotherapie. Negative Ergebnisse werden oft erst gar nicht veröffentlicht. Trotz dieser Tatsache werden bestimmte Richtungen der Effektivitätsnachweise bei den verschiedenen Therapien deutlich.

Von den insgesamt 20 Studien, die eine **kognitiv-behaviorale Gruppentherapie** beschreiben, kommen 16 Studien zu positiven Ergebnissen. Zwei der Studien geben im Gegensatz dazu an, dass die Therapie keinen einzigen positiven Effekt aufweisen konnte. Eine dieser beiden Studien arbeitete mit älteren Patienten, die unter einer

Benzodiazepinabhängigkeit litten. Der Entzug der älteren Menschen konnte nicht erleichtert werden. Die andere Studie beschrieb eine Therapie, die mit Älteren durchgeführt wurde, die unter besonderen, sehr stark belastenden Situationen und Krankheiten (wie z.B. einer Posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer Angststörung) litten. Die Depressionen und Ängste der Patienten konnten nicht reduziert bzw. das Verhalten und Gedächtnis der Älteren nicht verbessert werden. Zwei Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die kognitiv-behaviorale Therapie teilweise erfolgreich ist. Eine dieser beiden Studien beschreibt, dass bei Älteren mit chronischen Schmerzen die Therapie zwar das empfundene Schmerzgefühl und die damit verbundenen Einschränkungen verringern, die Depressionen der Patienten und ihr Medikamentenverbrauch allerdings nicht gesenkt werden konnten. Die andere Studie besagt, dass ein kognitives Kompetenztraining zwar die Lebensqualität der dementen Patienten verbessern konnte, allerdings nicht ihre Depression reduzierte und ihre Gedächtnis- bzw. Alltagsfunktionen erhöhte. Die Therapie wurde innerhalb einer Studie als gleich erfolgreich im Vergleich zu einer unterstützenden Gruppentherapie und innerhalb einer anderen Studie als effektiver im Vergleich zu einer Erziehungsgruppe beschrieben.

Die beiden Studien, die ausschließlich die **Verhaltenstherapie** bei Älteren untersuchten, kommen zu hauptsächlich positiven Ergebnissen.

Die **kognitive Therapie** wird innerhalb einer Studie als gleich effektiv im Vergleich zu einer Life-Review-Therapie und innerhalb einer anderen Studie als erfolgreicher als eine Musiktherapie dargestellt. Allerdings konnten die Life-Review-Therapie und die kognitive Therapie innerhalb der erst genannten Studie die Lebenszufriedenheit der Patienten erhöhen, aber nicht die Depression der Älteren signifikant senken.

Eine Studie kommt zu dem Ergebnis, dass eine Verhaltenstherapie, eine kognitive Therapie und eine psychodynamische Gruppentherapie gleich effektiv die Depression der älteren Gruppenteilnehmer senken konnten.

Von den insgesamt 4 Studien, die die Effektivität des **Realitäts-Orientierungs-Trainings** untersuchten, kommt eine Studie zu positiven und eine Studie zu negativen Ergebnissen. Die restlichen 2 Studien stellen dar, dass die Therapie jeweils nur in Teilbereichen der gemessenen Variablen erfolgreich war und die positiven Ergebnisse nicht lange anhielten.

Die **Validation-Therapie** wurde innerhalb einer Studie als gleich erfolgreich im Vergleich mit einer allgemeinen sozio-kommunikativen Gruppenpsychotherapie bei dementen Älteren beschrieben. Sie wird von einer Studie als nicht effektiv und im Gegensatz dazu von einer anderen Studie als sogar effektiver als eine Reminiscence-Therapie beschrieben.

Zwei der 9 Studien, die die **Reminiscence-Therapie** untersuchten, beschreiben sie als erfolgreicher als eine eher das „Hier und Jetzt“ betonende Gruppenpsychotherapie. Eine Studie beschreibt im Gegensatz dazu eine eher „zielorientierte Gruppentherapie“ als erfolgreicher. Im Weiteren kommen ebenfalls zwei Studien zu dem Ergebnis, dass die Therapie nur teilweise erfolgreich ist und zwei Studien kommen sogar zu dem Ergebnis, dass die Therapie gar keine positiven Ergebnisse aufzeigen konnte. Insgesamt kommt nur eine der Studie zu ausschließlich positiven Ergebnissen.

Drei der insgesamt 4 Studien über die **Life-Review-Therapie** kommen zu dem Ergebnis, dass die Therapie nur auf Teile der untersuchten Messvariablen erfolgreich ist. Eine Studie stellt dar, dass die Therapie kein einziges positives Outcome-Ergebnis aufzeigen kann.

Die „Autobiographische Gruppe“, die Entspannungstherapien bei älteren Menschen mit einer Angststörung, die „Resocialisation group“, die „classroom mind/body wellness intervention“, das Selbst-Sicherheits-Training, das soziale Fähigkeitstraining und die Remotivationstherapie werden als erfolgreich beschrieben.

Die Durchführung von Schmerzmanagement-Gruppentherapien, unterstützenden Gruppentherapien für ausschließlich pflegende Angehörige und auch die Durchführung

von Gruppentherapien, die mit pflegenden Angehörigen und den zu pflegenden, meist dementen Patienten gemeinsam arbeiten, werden innerhalb der hier aufgeführten Studien als erfolgreich beschrieben.

Von den insgesamt 5 Studien, die eine **allgemeine sozio-kommunikative Gruppenpsychotherapie** untersuchten, kommen drei Studien zu ausschließlich positiven und zwei Studien zu ausschließlich negativen Ergebnissen.

Eine der beiden Studien über Therapien, die **speziell für demente Patienten** konzipiert waren kommt zu positiven Ergebnissen. Die andere Studie kommt dagegen zu dem Ergebnis, dass die Therapie keinen positiven Einfluss auf die dementen Patienten hatte.

Insgesamt kommt die **Mehrheit der hier aufgeführten Studien zu positiven Ergebnissen**. Dies bedeutet, dass Gruppenpsychotherapien bei älteren Menschen erfolgreich anwendbar sind. Die am **häufigsten** innerhalb der Literatur **veröffentlichten Studien** untersuchen **kognitiv-behaviorale Therapien**. Generell kommen die Studien über die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie bei Älteren mit **großem Abstand zu den meisten positiven Outcome-Ergebnissen**.

Im Gegensatz dazu kommen viele Studien über die **Reminiscence-Therapie, die Life-Review-Therapie, die Validation-Therapie und das Realitäts-Orientierungs-Training** zu dem Ergebnis, dass die jeweiligen Therapien häufig nicht auf alle, sondern nur auf einigen der Messvariablen positive Effekte anzeigten. Außerdem beschreiben einige der Studien über diese genannten Therapien häufig, dass andere Therapieansätze erfolgreicher als der eigentliche zu untersuchende Therapieansatz waren. Es liegen in Bezug auf diese Therapien weitere Studien vor, die auch zu ausschließlich negativen Ergebnissen kommen. Die durch diese Therapien hervorgerufenen positiven Outcome-Ergebnisse können in den meisten Fällen nicht lange nachgewiesen werden.

Es fällt auf, dass nur **eine Studie** über **eine psychoanalytisch- psychodynamische Therapie** vorliegt. Es liegen drei Studien über die Interpersonelle Therapie vor, bei denen nicht klar ersichtlich wird, welches Therapieformat sie beschreiben. Dementsprechend wurden sie hier nicht, nur innerhalb des Kapitels

„Tiefenpsychologische, interpersonelle und psychoanalytisch-psychodynamische Therapieansätze“ unter Punkt 5.2.11 aufgeführt. Es liegen **keine Studien** über **tiefenpsychologische Gruppentherapien** vor.

Von den 5 Studien, die die **sozio-kommunikativen Gruppenpsychotherapien** untersuchten, kamen **drei Studien zu positiven und zwei Studien zu negativen Ergebnissen**.

Insgesamt werden die **kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapien** als nahezu **ausschließlich erfolgreich** bei älteren Menschen beschrieben.

Dagegen werden die anderen Gruppenpsychotherapien, die einer bestimmten Therapieschule zugeordnet werden können (**Reminiscence-Therapie, Life-Review-Therapie, Validation-Therapie, Realitäts-Orientierungs-Training**) als nur **teilweise erfolgreich** beschrieben. Es werden **keine signifikanten Effektivitätsunterschiede** der Outcome-Ergebnisse zwischen den unterschiedlichen Therapieansätzen deutlich.

Die **sozio-kommunikativen Gruppenpsychotherapien** werden von der Mehrheit der Studien als **erfolgreich** beschrieben, es liegen aber auch negative Ergebnisse vor.

Die verschiedenen **Entspannungsverfahren** zeigen in der Anwendung bei Älteren **gute Erfolge**.

Die **tiefenpsychologische, interpersonelle und psychoanalytisch-psychodynamische Gruppenpsychotherapie** wird ebenfalls von der **Mehrheit** der Veröffentlichungen als **erfolgreich** in der Anwendung bei älteren Patienten beschrieben. Es muss allerdings hierbei beachtet werden, dass zu den tiefenpsychologischen Gruppenpsychotherapien keine Studien vorliegen und die positiven Ergebnisse ausschließlich auf Übersichtsartikeln und Fallberichten beruhen. Die psychodynamische Gruppenpsychotherapie wird dagegen in mehreren Studien als weniger effektiv als eine vergleichende kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapie beschrieben.

Entspannungstrainings, das Selbstsicherheitstraining, das soziale Fähigkeitstraining und die Remotivationstherapie und vor allem die verschiedenen **unterstützenden Therapien für pflegende Angehörige und demente Patienten und**

auch eher schulende/edukative Therapien werden ebenfalls von der Mehrheit der Studien als **erfolgreich** beschrieben.

Die **Meta-Analysen** spiegeln **die Ergebnisse der Studien wieder**. Dementsprechend kommen die Meta-Analysen zu den gleichen Effektivitätsnachweisen über die jeweiligen Therapien wie die (siehe oben) einzelnen Studien und unterstützen bzw. bestätigen ihre Ergebnisse. Ergänzend fällt auf, dass eine erhöhte Anzahl an Meta-Analysen zu dem Realitäts-Orientierungs-Training in der letzten Zeit veröffentlicht wurden. Ebenfalls untersuchten, wie auch schon bei den Studien, eine erhöhte Anzahl der Meta-Analysen die kognitiv-behaviorale Therapien.

9 Abschlussdiskussion

Abschließend soll die gesamte Arbeit in ihren einzelnen Abschnitten kritisch diskutiert werden.

9.1 Kritische Darstellung der Hintergründe zur Psychotherapie bei älteren Menschen

Es existiert eine **Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot** an Psychotherapien für ältere Menschen. Anknüpfend an die Einführung ist einerseits aus den epidemiologischen Daten abzuleiten, dass allein schon aufgrund der Tatsache, dass die Gruppe der über 65jährigen stetig ansteigt und der am schnellsten wachsende Teil unserer Gesellschaft ist, auch ein wachsender Teil an älteren Menschen der psychotherapeutische Hilfe benötigt. Außerdem liegen sehr viele Daten vor, die belegen, dass ältere Menschen genauso wie jüngere Menschen unter verschiedenen psychiatrischen Krankheiten leiden können. Dabei überwiegen vor allem die demenziellen und depressiven Erkrankungen. Mittlerweile ist die Frage, ob Psychotherapie im höheren Alter überhaupt sinnvoll und machbar ist, als überholt zu betrachten. Festzuhalten ist dementsprechend, dass der **alte Mensch ebenso psychotherapiebedürftig ist, wie er auch fähig ist, aus Psychotherapie Nutzen zu ziehen**. Die Gründe für die psychotherapeutische Unterversorgung haben ihren Ursprung in den negativen Aussagen gegenüber der Therapierbarkeit der über 50jährigen und dem Defizitmodell als dem bis in die 70er Jahre des Jahrhunderts geltenden Altersmodelles. Generell sind die Gründe dafür sowohl bei den (1.) älteren Menschen selber, (2.) in der Ausbildung und den Einstellungen der Psychotherapeuten, (3.) den äußeren Rahmenbedingungen als auch (4.) in den Einstellungen der Gesellschaft gegenüber der älteren Bevölkerung zu finden.

Im Laufe der Zeit rückt allerdings stetig die Psychotherapie bzw. psychische Situation älterer Menschen mehr in das öffentliche Bewusstsein. Wo am Anfang sich hauptsächlich die Psychoanalyse mit dem spezifischen Patientenkontext der älteren Menschen auseinandergesetzt hat, werden mittlerweile auch Altersmodelle und Psychotherapiemodelle speziell für die ältere Bevölkerungsgruppe von anderen psychotherapeutischen Verfahren konzipiert.

Es wird besonders problematisiert, dass **Unterschiede** zwischen dem **Verhalten** von **älteren im Vergleich zu jüngeren Menschen innerhalb einer Gruppentherapie existieren**. Der Gruppenprozess bzw. die Gruppendynamik in Gruppen mit älteren Teilnehmern verläuft teilweise anders als in Gruppen mit jüngeren Teilnehmern, was der jeweilige Therapeut bewusst beachten muss.

Bei der Betrachtung der psychischen Situation von älteren Menschen muss immer die **hohe Variabilität von Altersverläufen** bei den verschiedenen kognitiven Parametern betrachtet werden. Von allen Phasen des Lebenszyklus besteht für das höhere Alter dabei die stärkste Diversifikation. Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne zeigt, dass Altern ein individueller und differentieller Prozess ist, der multidimensional und multidirektional verläuft. Die Entwicklung eines Menschen gestaltet sich sowohl in kognitiven, sozialen oder gesundheitlichen Dimensionen unterschiedlich. Dementsprechend muss besonders bei den älteren Menschen auf eine sehr individuelle Psychotherapieindikation geachtet werden. Es steht nicht mehr im Vordergrund zu untersuchen, ob die Psychotherapie generell bei älteren Menschen erfolgreich anwendbar ist, sondern **welcher ältere Mensch psychotherapiefähig** ist und vor allem, **welches Psychotherapiesetting** besonders für den individuellen älteren Menschen geeignet ist. Das heißt, es muss sehr genau darauf geachtet werden, welcher Therapieansatz am ehesten indiziert ist und ob eher eine Einzel- oder eine Gruppentherapie angemessen ist. Sowohl die **Einzel-** als auch die **Gruppentherapie** gelten mittlerweile als **erfolgreich anwendbar** bei älteren Patienten, allerdings mit unterschiedlichen Vorteilen und therapeutischen Zielen bzw. Erfolgen.

9.2 Problematik von Fragestellungen und Methodik

Das Ziel dieser Arbeit bestand darin zu untersuchen, **wie viel, und vor allem mit welchen Ergebnissen** über Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen in den letzten 15 Jahren innerhalb der deutschen und anglo-amerikanischen Literatur berichtet wurde. Es sollte speziell untersucht werden, ob **ein bestimmtes Gruppentherapieverfahren** sich als **besonders erfolgreich** bzw. erfolgreicher als die anderen Therapieschulen herausstellt. In diesem Sinne sollte auch kritisch aufgezeigt werden, wenn Therapieansätze offensichtlich keine signifikanten Ergebnisse erreichen konnten. Es wurde eine Gesamtschau verschiedener Therapieverfahren einerseits, aber auch eine

Abgrenzung unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren andererseits durchgeführt.

Im **Ergebnisteil** wurden die **großen Therapieverfahren** („Kognitive und behaviorale Gruppentherapien“, „Tiefenpsychologische, interpersonelle und psychoanalytisch-psychodynamische Therapieansätze“) bzw. **speziell für die Älteren entwickelte Therapieansätze** („Life-Review-Therapie und Reminiscence-Therapie“, „Realitäts-Orientierungs-Training und Validation-Therapie“) unterschieden. Außerdem wurde in dem Ergebnisteil verschiedene zusammenfassende Kapitel eingearbeitet, die diejenigen Gruppentherapien umfassen, die **keiner spezifischen Therapieschule zuordbar** waren („Gruppenpsychotherapien mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz“, „Verschiedene Therapieansätze“).

Innerhalb des „Exkurs-Teiles“, dessen Hintergrund ausführlich näher in dem Kapitel „Methoden“ erläutert wird, wurden einerseits „Verschiedene Therapieansätze bei dementen Patienten“ und zweitens „Therapieansätze bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen“ untersucht.

Generell ist es als **problematisch anzusehen**, dass neben den Gruppenpsychotherapien, die auf einem bestimmten Therapieansatz beruhen, innerhalb der Literatur viele Gruppenpsychotherapien beschrieben werden, bei denen **nicht klar wird** ob bzw. **auf welchem bestimmten therapeutischen Konzept sie beruhen**.

Es ist als kritisch anzumerken, dass bei vielen Übersichtsartikeln keine Diagnosen der Gruppenteilnehmer genannt wurden. Daher konnte die **Auswertung des Ergebnisteiles** leider nicht nach diagnostischen Kriterien sondern musste nach **konzeptuellen Aspekten erfolgen**. Damit trotz dieser **defizitären Angabe der Diagnosen** nachvollzogen werden kann, welches Patienten Klientel generell und vor allem aber innerhalb der einzelnen Therapieansätze dominiert, wurde innerhalb der jeweiligen Ergebnisteile von jeder Gruppentherapiemethode, bei der die Diagnose der Gruppenteilnehmer nachvollziehbar war, innerhalb des Unterkapitels „Diagnosen und Indikationen: Zusammensetzung der Gruppe bezüglich der Erkrankungen“, die Diagnosen der Gruppenteilnehmer aufgezeigt. Zusätzlich wurde darauf geachtet, dass

innerhalb des Kapitels „Studienergebnisse“ explizit aufgeführt wird, wie viele Studien mit Patienten durchgeführt wurden, die unter der jeweils untersuchten Diagnose (z.B. einer Depression) litten.

Bei dem Vergleich der Erfolge der verschiedenen gruppenpsychotherapeutischen Behandlungen älterer Menschen ergab sich die **Schwierigkeit**, dass die Studien nicht in homogener Weise **verschiedene Krankheitsbilder** mit **unterschiedlichen Messinstrumenten** (Fremd- und Selbstratingskalen) und **verschiedenen statistischen Auswertungsverfahren** untersuchten. Die **Diagnosekriterien** waren dabei **häufig nicht explizit** geklärt oder die Ergebnisse der psychologischen Tests sowie des angewendeten Auswertungsverfahrens wurden nicht immer publiziert.

Berücksichtigt wurde die Literatur aus den **Zeitschriftendatenbanken** Pub Med, Psyn dex, PsycINFO, Cochrane Library, Web of Science und Carelit. **Bedauerlicherweise** existieren aber **keine Datenbanken** mit Monographien, Dissertationen, Reihen etc. aus denen unter Eingabe von **Suchwörtern bestimmte Arbeiten herausgefiltert werden können**. Internationale Bücher und Dissertationen konnten auch aufgrund des hohen finanziellen Kostenaufwandes und der fast immer erfolglosen Versuche ihrer Beschaffung nicht berücksichtigt werden.

Kritisch zu diskutieren ist, dass **manche Zeitschriften**, auch deutschsprachige, **nicht in Deutschland zu erhalten** und durch die Inanspruchnahme des Fernleihsystems nicht alle bei der Recherche gefundenen Arbeiten beschaffbar waren. Aufgrund dieser Tatsache und dem **defizitärem Fakt**, dass durch edv-gesteuerte Literaturrecherchen nicht alle der tatsächlich vorhandenen Arbeiten zu einem Thema gefunden werden, wird eine **Abweichung** der in dieser Dissertation **ausgewerteten Publikationen** vom **wahren Wert der Anzahl existierender Publikation** bestehen.

9.3 Schwierigkeiten bei der Auswertung der Literatur

Es ergab sich gelegentlich auch die **Schwierigkeit**, dass aus den Zusammenfassungen der Veröffentlichungen **nicht klar ersichtlich wurde, ob eine Gruppenpsychotherapie beschrieben wurde**. Zusätzlich war es **nicht immer möglich**

festzustellen, ob die im Methodenteil dargestellten **Psychotherapiekriterien** in den jeweiligen Veröffentlichungen **erfüllt** waren. Teilweise war **nicht ersichtlich**, nach welchem theoretischen Konzept oder auch **welches therapeutische Verfahren behandelt wurde**, ob und welche psychischen Störungen behandelt wurden oder **ob eine Professionalität des Therapeuten gegeben** war. In diesem Zusammenhang muss besonders beachtet werden, dass in den Kapiteln „Verschiedene Therapieansätze bei dementen Patienten“ und „Therapieansätze bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen“, die innerhalb des in der Einleitung näher erläuterten „Exkurs“ dargestellt wurden, Gruppentherapien aufgeführt wurden, die **keine „echten“ Psychotherapien, sondern eher sozio-therapeutische Gruppen darstellen**. Generell ergab sich das **Problem**, dass es sich als teilweise schwer herausstellte zwischen echten **Gruppenpsychotherapien und sozio-therapeutischen Gruppen zu unterscheiden**. In vielen Veröffentlichungen wurde zwar von einer „Gruppenpsychotherapie“ gesprochen, aber es wurde nicht aufgeführt, welches therapeutische Verfahren bzw. welches therapeutische Konzept hinter der beschriebenen Therapie stand. Dies war besonders häufig innerhalb des Kapitels „Gruppenpsychotherapien mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz“ der Fall.

Innerhalb der Arbeit wurden, trotz der teilweise innerhalb der Literatur existierenden **kontroversen Meinungen**, auch die Reminiscence-Therapie, die Life-Review-Therapie, die Validation-Therapie und das Realitäts-Orientierungs-Training als Psychotherapien **definiert und ausgewertet**. Die Life-Review-Therapie und die Reminiscence-Therapie wurden zwar innerhalb eines Kapitels aufgeführt, dabei aber nicht gleich gesetzt, sondern zur besseren Abgrenzung nebeneinander dargestellt. Die beiden Therapien unterscheiden sich allerdings eher durch die Therapiesettings innerhalb derer sie durchgeführt werden, als durch die theoretischen Konzepte, auf denen sie beruhen.

Problematisch einzuschätzen sind auch Veröffentlichungen, bei denen **die Professionalität** der Therapeuten **nur bedingt** gegeben war. Beispielsweise führten die Therapie Krankenschwestern durch, die nur innerhalb eines zehnwöchigen Training

ausgebildet wurden und wo die Arzt-Patient-Beziehung nicht primäre Wirkfaktoren der Therapie war.

Die generelle Vorgehens- bzw. Auswertungsweise innerhalb der Arbeit wurde explizit innerhalb des Kapitels „Vorgehensweise in der Bearbeitung und Gliederung der einzelnen Kapitel“ dargestellt.

9.4 Wertende Darstellung der Konzepte

Generell kann man zwischen den Therapien, die nicht speziell für die Zielgruppe der älteren Menschen konzipiert wurden, und Therapien unterscheiden, die spezifisch für ältere Menschen entwickelt wurden. Zu der erst genannten Gruppe gehören die **Therapien, die auf den theoretischen Konzepten der „großen, Therapieverfahren“ beruhen**. Auf der anderen Seite existieren die Therapien, **die ausschließlich für ältere Menschen konzipiert wurden**. Zu dieser Gruppe gehören die Reminiscence-Therapie, die Life-Review-Therapie, die Validation-Therapie und das Realitäts-Orientierungs-Training.

Daneben wurden noch viele Therapien beschrieben, die zwar speziell für ältere Menschen konzipiert wurden, da sie besondere Anpassungen z.B. an die kognitiven Einschränkungen der älteren Menschen beinhalten, aber auf **keinen spezifischen theoretischen Konzepten beruhen**. Deswegen ist kritisch anzumerken, dass diese Therapien auch auf keinen bestimmten Konzepten über das Alter und zur Krankheitsentstehung im Alter basieren. Insgesamt wird deutlich, dass das **psychoanalytische Verfahren** dasjenige therapeutische Verfahren ist, das am **frühesten und am meisten eigenen Konzepten** zum Alter und zur Krankheitsentstehung im Alter entwickelt hat. Problematisch ist, dass sich dies **leider nicht** darin niederschlägt, dass in der letzten Zeit **viele** Kasuistiken und **Studien** über psychoanalytische Gruppenpsychotherapien **veröffentlicht** wurden.

In dieser Hinsicht dominieren eher die kognitiven und behavioralen Therapien. Generell werden in der Verhaltenstherapie lerntechnische Verbesserungen für alte Menschen angestrebt. In der kognitiven Therapie ist ein wichtiges Ziel, „irrationale Denkweisen“ über das Alter zu hinterfragen und zu modifizieren.

Die **Verhaltenstherapie** wurde nicht speziell für ältere Menschen konzipiert, postuliert aber, dass kein Verhalten zwangsläufig Ergebnis des Alternsprozesses ist, sondern erworben wurde. Und da es bis ins hohe Alter möglich ist, neue Verhaltensweisen zu lernen, müsste dies auch für Verhaltensänderungen gelten. Generell beruhen ihre Theorien und Konzepte auf Lewinsohn (1974), welche von Gallagher & Thompson im Jahr 1981 das erste Mal an die spezielle Patientengruppe der Älteren angepasst und verändert wurde (z.B. das Anpassen von Listen über angenehme und unangenehme Ereignisse spezielle an das höhere Alter).

Die **kognitive Therapie** basiert auf den Theorien über die Depression von Beck (1979) und wurde ebenfalls nicht speziell für die Zielgruppe der älteren Menschen entwickelt. Die Therapie wurde von Emery im Jahr 1981 das erste Mal, allerdings innerhalb eines Einzelsettings, an die speziellen Bedürfnisse der älteren Menschen angepasst. Dagegen diskutieren Steuer & Hammen im Jahr 1983 speziell eine Gruppentherapie mit 4 älteren, depressiven Menschen.

Zusammenfassend sind die **klassischen Methoden der verschiedenen Therapieansätze**, die in diesem Fall auch in einem Gruppentherapiesetting durchführbar sind, für **ältere Menschen** ebenso **geeignet**, insofern sie die Indikationskriterien erfüllen, die auch bei Erwachsenen im jüngeren und mittlerem Lebensalter bestehen. Bei Vorhandensein entsprechender Indikationskriterien sind alle untersuchten Therapieformen unabhängig vom Alter anwendbar.

Die **Life-Review-Therapie** und die **Reminiscence-Therapie** wurden speziell für ältere Menschen konzipiert und basieren auf der Arbeit von Butler (1963), der wiederum von den psychodynamisch beeinflussten Theorien der Lebensstadien von Erik Erikson beeinflusst war. Das Ziel der beiden Therapien besteht darin, ungelöste vergangene Konflikte zu lösen, Akzeptanz und die Ich-Integrität im Sinne von Erikson zu erreichen.

Die theoretischen Konzepte der **Validation-Therapie** (1963 von Naomi Feil entwickelt) beruhen auf Prinzipien, die der behavioristischen, analytischen und

humanistischen Psychologie zugrunde liegen. Die Validation-Therapie wird zu den emotionsorientierten Therapien gezählt. Die Therapie ist eine interaktive Gruppentechnik, die den emotionalen und nicht den faktischen Inhalt des Erzählers betont.

Ebenfalls wurde speziell für ältere, kognitiv eingeschränkte Menschen das **Realitäts-Orientierungs-Training** entwickelt. Es versucht, mittels Übungseffekten die zeitliche, räumliche und situative Orientierung der Patienten zu verbessern. Entsprechende Übungsverfahren stützen sich neben dem direkten Trainingseffekt vor allem auf verhaltenspsychologische Erklärungen, die Verwirrtheit als erlerntes Fehlverhalten sehen, welches durch das ROT beseitigt werden kann.

Die Validation-Therapie beschäftigt sich mit der subjektiven, das ROT hingegen mit der objektiven Realität der Patienten. In dem Maße, wie das ROT eher den Patienten mit den falschen Fakten seiner Realität konfrontiert, respektiert die Validation-Therapie den individuellen Sinn seiner Realität.

Vor allem die Validation-Therapie arbeitet mit einem speziellen Bild und Verständnis über den älteren, dementen Menschen. Die Therapeuten sollen dem Patienten gegenüber z.B. ohne eine Bewertung begegnen. Validationsstrategien sind Kommunikationstechniken und psychotherapeutische Interventionen, die jeweils zu einem bestimmten Stadium der Verwirrtheit und Konfusion der Patienten passend angewendet werden sollen.

Generell existieren für die Gruppe der **dementen Patienten verschiedene Gruppentherapeutische Konzepte** mit denen man versuchen kann die soziale und kognitive Situation der Älteren zu verbessern: Dazu gehören die kognitiven Therapien, die sozialen (Ablenkungs-) Aktivitäten, die alternativen oder sensorisch-motorischen Aktivitäten, die neuropsychologischen Interventionen wie das Gedächtnistraining, die Selbsterhaltungstherapie und die eigentliche Psychotherapien wie der Verhaltenstherapie und der interpersonellen Psychotherapie. Die tiefenpsychologischen Behandlungsverfahren haben bei Demenzkranken ihre Grenzen.

Bei einigen humanistischen Therapien, wie z.B. der Kunst-, der Musiktherapie oder dem Psychodrama, stellt die Einbeziehung von Älteren kein Novum dar, so dass Konzepte anhand aller Altersstufen ohne Differenzierung in einzelne Altersgruppen entstanden.

Innerhalb der Literatur wird ein **Wandel** in den Konzepten über das Alter deutlich. Ältere Modelle betonen oft eher die Verluste und Problemsituationen der älteren Menschen, beschreiben einen Abwärtsverlauf innerhalb der Veränderung im Erwachsenenalter und Alter (**„Defizitmodell“**). Demgegenüber steht in direktem Gegensatz das positive, Ressourcen betonende **„Kompetenzmodell“** welches von den Gerontopsychologen der 80er und 90er Jahre vertreten wurde. Daneben existieren mittlerweile verschiedene Modelle, wie z.B. das **„SOK-Modell“**, das **„Kohorten-Kontext-Reife-Herausforderungs-Modell (KKRH)“** oder das **„Rahmenmodell“** (siehe Einführung), die sich mit der generellen Anpassung der Psychotherapie an die spezielle Zielgruppe der älteren Menschen auseinandersetzen.

9.5 Welche Grenzen zeigen sich bei den Diagnosen?

Es lässt sich insgesamt feststellen, dass die **Mehrheit** der innerhalb dieser Arbeit analysierten Therapien mit **depressiven Patienten durchgeführt wurden**. In diesem Zusammenhang ist die auffallend hohe Anzahl an depressiven Patienten, bei denen eine kognitive, behaviorale oder kognitiv-behaviorale Gruppentherapie durchgeführt wurde, nicht verwunderlich. Ebenfalls wurden viele Gruppentherapien mit dementen Patienten geleitet. In den verschiedenen therapeutischen Ansätzen, die nicht speziell für demente bzw. kognitiv eingeschränkte Patienten konzipiert wurden, zeigt sich eine **große Bandbreite der verschiedenen zu behandelnden Störungen**. Dazu gehören die Depressionen, die Zwänge, die Schizophrenie, psychische Erkrankungen bei schweren körperlichen Erkrankungen bzw. Schmerzen, Suchtleiden, Psychosen oder auch Posttraumatische Belastungsstörungen. Dies bedeutet, dass keine strengen Grenzen existieren, die als Ausschlusskriterium für eine Gruppenpsychotherapie im Alter gelten. Viele beschriebene Gruppentherapien, vor allem die Gruppentherapien mit hauptsächlich sozio-kommunikativem Ansatz, wurden mit gesunden Älteren bzw. älteren Pflegeheimbewohnern durchgeführt, die hauptsächlich unter starker Einsamkeit

und Isolation litten. Innerhalb dieser Arbeit wurden auch Gruppentherapien mit älteren pflegenden Angehörigen beschrieben, die unter den psychischen Belastungen der von ihnen ausgeführten Pflege litten.

In der Literatur wurde von der Autorin allerdings Veröffentlichung aufgefunden, die über eine mit älteren Menschen durchgeführte Gruppenpsychotherapie berichtet, in der bewusst sexuelle Probleme oder Essstörungen diskutiert und bearbeitet wurden.

Es wird deutlich, dass bei jedem beschriebenen therapeutischen Ansatz die **Mehrheit der Gruppenmitglieder** weiblich ist. Auf der einen Seite ist diese Tatsache durch das zahlenmäßige Überwiegen des weiblichen Geschlechts im höheren Lebensalter bedingt. Auf der anderen Seite berichten sehr viele Autoren aber auch über eine **ausgeprägtere und häufiger formulierte Ablehnung älterer Männer gegenüber einer Psychotherapie**. Die Männer zeigten zusätzlich eine geringere Einsicht in ihre psychischen Probleme und auch eine reduziertere Bereitschaft, diese psychischen Probleme nach außen hin zu zeigen. Dagegen zeigten sie **häufiger Somatisierungen**.

Bei einigen Veröffentlichungen muss kritisch aufgezeigt werden, dass die Gruppenpsychotherapie zwar mit einer Mehrheit oder sogar ausschließlich mit älteren Menschen durchgeführt wurde, die Therapie an sich aber nicht speziell für ältere Menschen konzipiert war. Häufig lagen in diesen Fällen Diagnosen wie z.B. chronische Schmerzen, Krebserkrankungen usw. vor, die epidemiologisch gehäuft bei Personen auftreten, die über 65 Jahre alt sind.

9.6 Vergleichende Darstellung der unterschiedlichen

Therapieziele

Die jeweiligen **Ziele** einer Therapie sind je nach **Diagnose** der Patienten und **therapeutischer Richtung** sehr **unterschiedlich gewichtet**. Das heißt z.B., dass bei kognitiv eingeschränkten Patienten verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieansätze teilweise mehr zur Konditionierung gewisser Funktionen wie selbstständiger Körperpflege, Essen und Erfüllen von leichten Alltagsaufgaben als zu psychotherapeutischen Zwecken dienen. Dagegen sollen verhaltenstherapeutische Techniken bei depressiven, aber kognitiv nicht eingeschränkten Patienten gezielt ihr

Verhalten verändern und sie bewusst neue Verhaltensweise einüben lassen. Dasselbe gilt für die kognitive Therapie: Bei kognitiv eingeschränkten Patienten werden oft kognitive Trainings durchgeführt, die das Gedächtnis und die kognitiven Einbußen der Patienten verbessern sollen, wohingegen bei depressiven, nicht kognitiv eingeschränkten Patienten innerhalb der Gruppentherapie ihre teilweise irrationalen Denkstile durch adaptive, rationale Denkstile ersetzt werden sollen. Beide Therapieansätze verfolgen zusätzlich das Ziel, das Selbstbewusstsein der oft sehr unsicheren und ängstlichen Älteren zu stärken, ihnen einen Umgang mit ihren oft vermehrt auftretenden und empfunden Verlusten zu ermöglichen und den älteren Personen positive und sinnvolle Zukunftsperspektiven aufzuzeigen.

Bei den Therapieansätzen, die speziell für Ältere und teilweise auch für speziell ältere kognitiv eingeschränkte Gruppenmitglieder konzipiert wurden, treten diese Unterschiede innerhalb der Zielsetzung eines Therapieverfahrens je nach Diagnose naturgemäß nicht auf.

Aufgrund der Wechselwirkung zwischen Diagnose und Ziel einer Therapie ist zu schließen, dass neben der eigentlich angestrebten Zielsetzung bei der Indikation auch die Fähigkeiten des Patienten zu beachten ist. Das Hauptziel einer Psychotherapie muss aufgrund der großen individuellen Unterschiede Älterer im Bereich ihrer Kognition, ihrer sozialen Fähigkeiten, ihres Umfeldes und/oder ihrer Gesundheit sein, einen Ansatz zu finden, innerhalb dessen maximale Erfolge, den Fähigkeiten und Einschränkungen des jeweiligen Patienten entsprechend, erreicht werden können.

Es zeigte sich, dass **viele Ziele Therapieverfahren übergreifend** sind. Besonders in Anbetracht der Tatsache, dass alle in dieser Arbeit untersuchten Therapien bewusst innerhalb eines Gruppensettings durchgeführt wurden, setzt voraus, dass bei der Indikation einer Gruppentherapie zumindest ein Aspekt der therapeutischen Ziele darin bestand, dass die Patienten von dem sozialisierenden Aspekt der Gruppe profitieren sollen. Das heißt, in nahezu jeder Veröffentlichung, die eine bestimmte Gruppentherapie beschreibt, wird als therapeutisches Ziel angegeben, dass der Patient durch die Gruppenerfahrung das Gefühl bekommen soll, nicht allein mit seinen Problemen zu sein, durch den kommunikativen Austausch mit den anderen Gruppenmitgliedern sein eigenes Wissen erhöhen zu können bzw. sich selbst als

helfend zu empfinden und seine evtl. existierende Isolation durch das Bilden von neuen Freundschaften aufheben bzw. reduzieren zu können.

9.7 Kritische Wertung der Indikationen

Innerhalb dieses Abschnittes werden nicht die allgemeinen Indikationskriterien, die vom jeweiligen theoretischen Konzept und dem therapeutischen Grundverfahren abhängen, sondern nur die altersspezifischen Indikationskriterien dargestellt.

Die Tatsache, dass einige ältere Menschen in ihrer Lebensbiographie teilweise auch schwierige und belastende Gruppenerfahrungen machten, muss bei der differentiellen Therapieindikation näher betrachtet und in die Überlegungen miteinbezogen werden. Zu diesen möglicherweise schwierigeren Gruppenerfahrungen gehören z.B. das Leben in Großfamilien, stark autoritär geprägte Erfahrungen in Kindergarten, Schule, Lehre und Universität wie auch negative Erfahrungen in Vereinen, Gewerkschaften usw. Fallen diese Erfahrungen in der Lebensbiographie zu negativ aus, muss evtl. ganz von einer Gruppenbehandlung abgesehen werden.

Generell wird sichtbar, dass fast alle in dieser Arbeit dargestellten Therapieansätze einen **breiten Anwendungsbereich** angeben.

Nur Teile der behavioralen und kognitiven Therapien geben eine Einsicht des Patienten in das eigene Verhalten und ein affektives und intellektuelles Verstehen der Zusammenhänge zwischen Gedanken und Stimmung bzw. den zu bearbeitenden Problemen als Bedingung zur Gruppenteilnahme an.

Viele kognitiv-behaviorale Therapien mit depressiven Älteren werden beschrieben, in denen Hausaufgaben und andere Aufgaben Bestandteil der Therapie sind. Das setzt voraus, dass die Patienten aktiv, motiviert und therapieeinsichtig sind und die neuen Coping-Strategien, Problemlösungsansätze und das Aufgeben ihrer destruktiven Denkweisen reflektieren können.

Die Therapieansätze könne grundsätzlich auf verschiedenen Ebenen durchgeführt werden.

So werden andererseits kognitiv-behaviorale Therapien auch mit regredierten, passiven und institutionalisierten Patienten beschrieben. In diesen Fällen wird eher mit dem Prinzip des operanten Konditionierens gearbeitet und versucht, einige Alltagsfunktionen (wie z.B. das Essen selbstständig zubereiten) zu reaktivieren.

Auf der anderen Seite werden auch viele kognitiv-behaviorale Therapien beschrieben, die mit depressiven Älteren durchgeführt werden, bei denen Hausaufgaben oder allgemeine Aufgaben (wie z.B. eine Liste mit angenehmen Tätigkeiten aufzuschreiben) von den Patienten erfüllt werden müssen. Dementsprechend müssen die Patienten aktiv, motiviert und therapieeinsichtig sein. Den Patienten werden aktiv neue Coping-Strategien, Problemlösungsansätze und Denkweisen vermittelt und mit ihnen ihr problematisches Verhalten und ihre destruktiven Denkweisen reflektiert. Diese Therapieansätze können grundsätzlich auf verschiedenen Ebenen durchgeführt werden. Die kognitiv-behaviorale Therapie umfasst insgesamt verschiedene verhaltenstherapeutische Behandlungstechniken mit je unterschiedlichen therapeutischen Schwerpunkten, die für spezielle Indikationsbereiche festgelegt wurden, z.B. existieren unterschiedliche Therapiemanuale für Patienten mit depressiven Störungen im Vergleich zu Patienten, die unter einer Angststörung bzw. unter einer dementiellen Erkrankung leiden.

Insbesondere die Therapien, die weitgehend mit kognitiv eingeschränkten Patienten arbeiten, (wie z.B. die Validation-Therapie, das Realitäts-Orientierungs-Training, die Life-Review-Therapien und die Reminiscence-Therapie usw.) und die Therapien, die hauptsächlich sozio-kommunikative Ziele verfolgen, fassen die **Indikationskriterien sehr (zu?) weit**. In diesen Fällen werden als Voraussetzung zur Teilnahme an den Gruppen nur folgende Kriterien angegeben: Die Patienten sollten ausreichende Hör-, Seh- und kognitive Fähigkeiten haben, keine Transportschwierigkeiten haben, um zu den Therapiesitzungen kommen zu können, unter keinen akuten Psychose, Selbstmordabsicht oder zu starker Substanzabhängigkeit leiden, freiwillig an den Gruppen partizipieren wollen, die Fähigkeit besitzen, innerhalb der Therapie still sitzen zu können, sich an die existierenden Gruppenregeln halten können. Der ältere Patient soll die gleiche Sprache wie die anderen Gruppenmitglieder sprechen bzw. sich allgemein artikulieren können. Insbesondere bei dementen Patienten wird sehr auf ihre

kognitiven Funktionen und störenden Verhaltenszüge, wie z.B. das Herumwandern und aggressives Verhalten bei der Therapieindikation geachtet.

Insgesamt werden **folgende Punkte** eher als **ungünstig** bei der Durchführung einer Therapie mit älteren Menschen bewertet: Der Patient hat eine schwer fortschreitende und infauste somatische Erkrankung oder befindet sich in einer instabilen, sich stark verändernden sozialen Lebenssituation. Der Patient ist nicht zu einer generellen Reflexion fähig oder besitzt noch nicht genug Leidensdruck. Ebenfalls ist eine zu starke Fremdsteuerung des Patienten zur Teilnahme an einer Therapie bzw. zu wenig eigene Motivation eher ungünstig. Eine ausgeprägte neurotische Persönlichkeitsstörung oder eine chronifizierte bzw. seit Jahrzehnten bestehende psychische Symptomatik mit ausgeprägtem sekundären Krankheitsgewinn wirken sich häufig ebenfalls eher negativ auf den therapeutischen Prozess bzw. auf das therapeutische Ziel aus.

Die analytische Psychotherapie, die zentriert auf die Bearbeitung vorbewusster und unbewusster Konflikte sowie von bewusstseinsnahen Aktualkonflikten ist, hat den am **engsten gefassten Indikationsbegriff**. Es wird von den Patienten eine Introspektionsfähigkeit und die Fähigkeit zur Bildung von Übertragungsbeziehungen gefordert. Dagegen können eher tiefenpsychologisch orientierte, vorwiegend auf Ich-Stärkung fokussierende problemorientierende Gesprächsgruppen, die teilweise auch korrigierende Erfahrungen vermitteln und soziale Kompetenzen stärken wollen, wenn sie eher supportiv ausgerichtet sind, auch bei etwas eingeschränkteren Patienten angewandt werden.

Die Life-Review-Therapie und die Reminiscence-Therapie können je nach Grad der kognitiven Einschränkungen der Patienten eher im Sinne eines kommunikativen Erzählens und Austauschens von Erinnerungen oder in Form von gezielter Rückschau, Selbstprüfung und Sinnfindung geleitet werden. Ebenfalls können innerhalb der Validation-Therapie und des Realitäts-Orientierungs-Trainings die therapeutischen Anforderungen und Ziele an die kognitiven Funktionen der älteren Menschen angepasst werden.

Generell lässt sich festhalten, dass die „großen“ Therapieverfahren ebenso für ältere Menschen geeignet sind, insofern diese die Indikationskriterien erfüllen, die auch bei Erwachsenen im jüngeren und mittleren Lebensalter bestehen. Allerdings werden bei schweren Einschränkungen der älteren Patienten häufig bestimmte Modifikationen und Veränderungen der therapeutischen Schwerpunkte vorgenommen. Neben den „klassischen“ Therapieansätzen wurden in dieser Arbeit auch zahlreiche Therapieansätze besprochen, die spezifisch für ältere Menschen konzipiert wurden.

9.8 Problematisierung notwendiger Modifikationen im technischen Vorgehen bei älteren Menschen

Generell gilt, dass grundsätzlich keine „andere“ Psychotherapie im Alter benötigt wird, allerdings müssen die vorliegenden physischen und psychischen Erkrankungen des Patienten, seine Lebenssituation, seine somatischen Beschwerden und insbesondere die hirnganischen Behinderungen beachtet werden.

Bei der Gruppenzusammensetzung muss berücksichtigt werden, dass zwar die verschiedenen Altersgruppen (unter Vermeidung von Einzelpositionen) gemischt werden können, aber maximal zwei Generationen innerhalb einer Gruppe vorhanden sein sollten. Eine ausreichende Geschlechtermischung erscheint förderlich und wünschenswert, obwohl gerade das bei älteren Menschen aufgrund der Tatsache erschwert wird, dass das weibliche Geschlecht zahlenmäßig die Mehrheit bildet und bei Männern besonders im höheren Alter die negativen Einstellungen gegenüber einer Psychotherapie im Vergleich zu den Frauen noch häufiger vertreten sind. Prinzipiell sollen auch bei älteren Menschen unterschiedliche Krankheitsbilder in den Gruppen vertreten sein, dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass dies nicht für die kognitiven Funktionen der Patienten gilt. Dies bedeutet speziell, dass bei Gruppentherapien mit dementen bzw. kognitiv eingeschränkten Älteren die große Mehrheit der Veröffentlichungen angibt, dass in diesen Gruppen bewusst auf ein ungefähr **gleiches Level an kognitiven Einschränkungen** der Gruppenmitglieder geachtet werden sollte. Bei zu starken Unterschieden fühlen sich stärker eingeschränkte Patienten leichter überfordert, die weniger eingeschränkten Patienten werden unruhig oder langweilen sich.

In der psychoanalytischen Therapie wird bei der Arbeit mit Älteren die Neutralität des Therapeuten durch ein **vergrößertes Maß an Empathie ersetzt, aktives Vorgehen und Strukturierung** der Therapie und auch die Anwendung von Ich-stärkenden Techniken eingesetzt.

Innerhalb der Literatur wird sehr oft betont, dass die kognitiv-behaviorale Therapie generell aufgrund ihres Therapiekonzeptes sehr geeignet für die Arbeit mit Älteren ist. Es ist z.B. sehr vorteilhaft, dass sie das „Hier und Jetzt“ betont, also sehr gegenwarts- und problemorientiert ist. Insgesamt werden schnelle Erfolgserfahrungen ermöglicht und oft werden sehr komplexe Ziele in Teilziele zerlegt. Gerade z.B. auch in Pflegeheimen ist es zusätzlich sehr günstig, dass die Therapie auch von Paraprofessionellen durchgeführt werden kann und sie auch mit anderen Ansätzen und Therapieformen kombiniert bzw. ergänzt werden kann.

Insgesamt wird deutlich, dass unabhängig davon, ob der jeweilige Therapieansatz zu den klassischen Therapien gehört oder nicht, **zahlreiche technische Maßnahmen** dargestellt bzw. eingesetzt werden. Dazu gehören z.B. folgende Techniken: Der Zugang sollte weniger abstrakt und interpretativ sein. Der Therapeut sollte besonders die teilweise vorhandenen Gedächtnisprobleme der Älteren berücksichtigen bzw. sich der realen sozialen und physischen Einschränkungen der Älteren bewusst sein. Die Länge der Gruppensitzungen müssen flexibel gehandhabt werden und die Therapiedauer sollte limitiert sein. Die Ziele müssen explizit, konkret und realistisch gewählt sein, man sollte besonders auch den interpersonellen Kontext der Probleme der Älteren betrachten. Der Therapeut sollte eher aktiv als passiv auftreten und viel Empathie gegenüber den älteren Gruppenmitgliedern zeigen. Bei der Festlegung der therapeutischen Zielsetzungen muss immer das Alter der Patienten beachtet werden und auf keinen Fall dürfen Abneigung und Vorurteile gegenüber älteren Menschen Teil der Therapie sein. Ebenfalls muss der Therapeut nicht nur auf die Gegenübertragung sondern auch auf die häufig am Anfang der Therapie umgekehrte und nachher regelhafte Übertragung der Patienten achten. Der Therapeut sollte den Älteren gegenüber eher sehr höflich auftreten, da Ältere häufig dazu neigen den Therapeuten auch nach seinen Umgangsformen zu bewerten. Oft wird bei Patienten mit Höreinschränkungen mit dem Einsatz kleiner **Mikrophone** gearbeitet und sich **nah nebeneinander** in einen **Kreis** gesetzt. Es muss besonders bei Älteren

darauf geachtet werden, dass Abschweifungen verhindert werden und **multimodale Instruktionen** (zeigen, sagen, tun) angewandt werden. **Gedächtnishilfen, Fokussieren auf aktuelle Gesprächsthemen und Strategien für den Aufmerksamkeitserhalt der Patienten** sollten eingesetzt werden. Manche Therapien verteilen begleitend zu ihrer Behandlung **Arbeitsbücher** oder **Therapiemanuale**, die groß und übersichtlich geschrieben sind. Der Therapeut muss sich seiner eigenen Einstellung gegenüber dem Alter und den älteren Menschen bewusst sein. Der Therapeut muss auf eine **optimale Zeit** (z.B. wird empfohlen, die Sitzungen nicht Freitag nachmittags- oder abends zu halten) und einen **passenden Ort** achten. **Der Leiter muss die Ziele der Therapie, die Erwartungen und Funktionen** der Gruppe zu Beginn den Patienten deutlich machen. Der Leiter sollte mehr im **Hier und Jetzt** arbeiten. Der Therapeut soll jedem einzelnen Patienten innerhalb der Therapie seine **Entwicklungspotentiale und Chancen** zu weiterem persönlichen Wachstum auch im Alter verdeutlichen. Bei dementen Patienten soll der Therapeut teilweise auch **nonverbale Kommunikationsmittel** einsetzen können. Der Leiter sollte ebenfalls genauer den **bio-psycho-sozialen Hintergrund** der Patienten vor der Therapie kennen und während der Therapie einbeziehen. Der Leiter muss sowohl bei physischen als auch psychischen Aktionen **sehr langsam und klar reagieren bzw. sprechen und auf alle Bereiche bezogen sehr klare Verabredungen mit dem Patienten vereinbaren**. Der Leiter soll die Balance halten, einerseits selber aktiv aufzutreten, aber andererseits auch die älteren Menschen aufzufordern, Eigeninitiative zu übernehmen und selber aktiv zu werden. Der jeweilige Therapeut sollte besonders bei älteren Patienten darauf achten, die Angehörigen bzw. seine (ihn pflegende) Bezugspersonen teilweise mit in die Therapie einzubeziehen. Es wird empfohlen, dass der Therapeut häufiger nachfragen soll, inwieweit der Patient alles Gesagte nachvollziehen kann und ob er sich innerhalb der Behandlungssituation wohlfühle. Bei offensichtlich größerem Informationsdefizit auf Seiten des Patienten kann es manchmal hilfreich sein, wenn der Therapeut **Adressen** angeben kann bei denen sich der Patient Antworten und Hintergrundwissen über spezielle (z.B soziale) Fragen holen kann. Insgesamt werden eher sehr strukturiert durchgeführte Therapien bei älteren Menschen empfohlen.

Eine Besonderheit der Psychotherapie Älterer ist, dass der Therapeut auch darauf achtet, dass die Gruppenmitglieder überhaupt zu den Gruppensitzungen kommen können und

unterstützt, dass die Mitglieder auch nach der Therapie noch ihre sozialen Kontakte untereinander aufrechterhalten und nicht nach Beendigung der Therapie wieder in die Isolation gehen.

Lazarus & Moberg (1997) fassen zusammen, wann **Gruppenpsychotherapie im Alter am effektivsten ist**: Sie sollte akzeptabel und nicht stigmatisierend, strukturiert, zeitlimitiert und zielorientiert sein und auch von Paraprofessionellen ausgeführt werden können (siehe Einführung).

9.9 Aufzeigen optimaler Settings und Zeitrahmen

Generell wird die Tendenz, die Gruppentherapiesitzungen eher **kürzer bzw. zeitlimitiert** mit umschriebenen Therapiezielen durchzuführen, deutlich. Die Therapien, die mit älteren pflegenden Angehörigen von physisch oder psychisch kranken Älteren durchgeführt werden, dauern mit einer Länge von bis zu 2 Stunden etwas länger als der Durchschnitt der anderen Psychotherapien. Die Gruppenpsychotherapien, die mit dementen Patienten geleitet werden und teilweise nur eine halbe Stunde dauern, sind kürzer als die durchschnittliche Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen, die meistens für **1-1½ Stunden** durchgeführt wird. Die meisten in dieser Arbeit dargestellten Gruppenpsychotherapien wurden **einmal wöchentlich** durchgeführt. Nur die Therapien, die mit kognitiv sehr eingeschränkten Patienten arbeiten, stellen eine Ausnahme dar, da sie oft auch bis zu fünfmal wöchentlich durchgeführt werden. Generell sind langfristige, ambulante Gruppenpsychotherapien eher bei schon seit sehr langer Zeit alleinstehenden Menschen geeignet, wogegen bei gerade erst vereinsamten Menschen in vielen Fällen auch Gruppenpsychotherapien ausreichen, die über einen kürzeren Zeitraum durchgeführt werden.

Es sollte noch die **problematische Tatsache** dargestellt werden, dass innerhalb der Literatur sowohl Befürworter längerer, als auch Befürworter bewusst kürzer gehaltener Therapiedauern existieren. Die **Befürworter** der kürzer gehaltenen Therapien bei älteren Menschen begründen dies durch die **eingeschränktere für eine Therapie zur Verfügung stehende Zeit** aufgrund des fortgeschrittenen Alters der Patienten. Ein weiterer Gesichtspunkt berücksichtigt das Anliegen, durch die Kurzzeitherapie **keine zu große Abhängigkeit** der älteren Menschen zu dem Therapeuten und zu den anderen

Gruppenmitgliedern entstehen zu lassen. Generell stellt die **Beendigung** der Gruppenpsychotherapien ein **größeres Problem** bei älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren Patienten dar. Dementsprechend werden die Gruppenmitglieder von dem Therapeuten schon früh auf das bevorstehende Ende der Gruppe vorbereitet und teilweise auch noch „**Auffrischsitzungen**“ in größerem zeitlichen Abstand angeboten oder zumindest **Adressen** verteilt, bei denen sich die Älteren in schwierigen Situationen weiterhin Hilfe holen können. Generell gilt, dass Menschen, bei denen ein großer Widerstand gegenüber einer Gruppenpsychotherapie besteht, auch anfangs **probeweise** an einer Gruppensitzung teilnehmen können.

Bisher wird die Gruppenpsychotherapie generell am **häufigsten im stationären Bereich** und **institutionalisierten Settings** wie Pflegeheimen oder im Rahmen der Einrichtungen des Betreuten Wohnens durchgeführt. **Kritisch** muss **aufgezeigt werden**, dass **ambulante Gruppentherapieplätze** in der Versorgungsrealität noch **weniger verfügbar** sind. Bei Durchsicht der Literatur fiel auf, dass alle Therapieansätze, die vorwiegend mit dementen bzw. kognitiv eingeschränkten Patienten durchgeführt wurden, in überwiegender Mehrheit in Pflegeheimen und Psychiatrien statt fanden. Die Settings von **psychoanalytisch orientierten Gruppentherapien** waren häufig **psychosomatisch-psychotherapeutische Kliniken**. Es wird deutlich, dass man im stationären Bereich zwei unterschiedliche Rahmenbedingungen unterscheiden kann. Auf der einen Seite werden vermehrt 50-70jährige in psychosomatisch-psychotherapeutischen Akut- und Rehabilitationskliniken behandelt, bei denen die rein somatischen Beschwerden nicht primär im Vordergrund stehen. Auf der anderen Seite existieren die eigentlichen Psychotherapiestationen in gerontopsychiatrischen Abteilungen, auf denen dann auch die 65-85jährigen Älteren behandelt werden, die oft unter einer depressiven oder auch dementiellen Erkrankung leiden. Innerhalb dieser Patientengruppe besteht häufig sowohl eine schwere somatische Erkrankung, teilweise auch Multimorbidität, als auch stärkere kognitive Einschränkungen. Insgesamt ist festzuhalten, dass **vor Therapieindikation in der Zukunft noch genauer überprüft werden sollte, ob eher ein stationärer Aufenthalt oder eine reine ambulante Psychotherapie für den jeweiligen Patienten geeignet** ist, da **kritisch festzuhalten ist, dass dies bisher nach der Literaturlage defizitär erfolgt**. Beispielsweise wäre für

Patienten, die sich innerhalb einer Krisensituation befinden, unter sehr starken Belastungsstörungen mit starker Multimorbidität leiden oder bei denen über einen kurzen Zeitraum keine häusliche Versorgung gegeben ist, sicherlich eine stationäre Psychotherapie im Vergleich zu einer ambulanten Therapie geeigneter. Dagegen spielt bei den ambulanten Psychotherapien eine große Rolle, dass die Patienten die ambulanten Behandlungsräume gut erreichen können. Besonders bei älteren Menschen führt eine nicht zentrale und gut erreichbare Lage zu erheblichen **Transportschwierigkeiten**. Ebenfalls wäre zu empfehlen, auch die Behandlungsräume, so weit dies möglich ist, „altersfreundlich“ einzurichten. Dies bedeutet z.B. die Räume mit bequemen, aber nicht zu tiefen, Stühlen auszustatten. Viele Veröffentlichungen empfehlen daher zur günstigeren Erreichbarkeit der Räume Behandlungstermine für ältere Patienten eher vormittags bzw. nachmittags als abends zu vergeben. Auch in diesem Bereich muss **kritisch betont** werden, dass bisher es noch **keine Selbstverständlichkeit** darstellt, dass Therapien speziell mit Älteren auch besonders auf ihre **altersbezogenen Bedürfnisse angepasst werden**. Weiterhin ist es günstiger, wenn die Praxisräume durch einen Aufzug und nicht ausschließlich durch eine Treppe zu erreichen sind. Bei den kognitiv-behavioralen Gruppentherapien, die innerhalb dieser Arbeit aufgeführt wurden, wurden die einzelnen Therapien ungefähr **gleich häufig stationär wie auch ambulant durchgeführt**. Einige Autoren geben bewusst an, dass das von ihnen beschriebene **Therapieformat sowohl stationär als auch ambulant erfolgreich anwendbar ist**.

9.10 Abgrenzung wichtiger Aspekte der

Gruppenpsychotherapie zur Einzelpsychotherapie

Die spezifischen Wirkfaktoren der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie arbeitete Yalom (1996) heraus. Sie werden von vielen Autoren innerhalb ihrer Veröffentlichungen zitiert. Zu diesen **speziellen Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie** gehören: die Gruppenkohäsion, die Katharsis, die Identifikation, Einsicht, Aufbauen von Hoffnung und Lehren von existenziellen Faktoren, intrapersonales Lernen, interpersonales Lernen, Altruismus, Anleitungen, die Weitergabe von Informationen und das evtl. korrigierende Rekapitulieren der primären Familiengruppe und die Universalität des Leidens.

Besonders zu beachten ist, dass der ältere Mensch innerhalb der Gruppe seine multiplen und multilateralen Übertragungen auf den Therapeuten, die Gruppenmitglieder und das Globalobjekt Gruppe aufteilen kann. Dementsprechend können die für die Älteren oft schwer erträglichen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse gemildert werden: Der Einzelne hat **weniger Angst**, die Gruppe schützt vor dem als mächtig empfundenen Therapeuten, die Probleme und Fragestellungen werden gemeinsam erlebt, es entsteht ein Gefühl der Geborgenheit, die **Übertragung kann auf den Therapeuten und andere Gruppenmitglieder aufgeteilt werden**, und es gibt **vielfältigere Identifizierungsmöglichkeiten**. **Einige Themen** können innerhalb eines Gruppensettings besser und **leichter als innerhalb einer Einzeltherapie besprochen werden** (dazu gehören Themen über die eigene Hilflosigkeit, soziale Isolation, Verzweiflung und die generell wachsende Abhängigkeit im Alter).

Durch die Gruppenerfahrung erfahren die älteren Menschen das Gefühl, nicht allein mit ihren Problemen zu sein, durch den kommunikativen Austausch mit den anderen Gruppenmitgliedern **sein eigenes Wissen erhöhen** zu können bzw. sich **selbst als helfend zu empfinden** und seine evtl. existierende Isolation durch das **Bilden von neuen Freundschaften** aufheben bzw. reduzieren zu können. Dadurch kann **Hoffnung** bei den Älteren erweckt werden, ihr **Selbstbewusstsein bzw. ihr Selbstwert erhöht** werden.

Im Vergleich zu Einzelpsychotherapien fördern Gruppenpsychotherapien mehr das **soziale Lernen** der älteren Patienten, die Gruppe hat einen resozialisierenden Effekt auf die Gruppenteilnehmer. Viele Autoren betonen die **soziohygienische und psychohygienische Funktion der Gruppenarbeit**. Durch das Bilden von neuen Freundschaften reduzieren die älteren Menschen ihre eigene Isolation, welche häufig maßgeblich an ihrem Leidensdruck beteiligt ist. Die durch die Therapie **neu erlernten Coping-Strategien und sozialen Fertigkeiten können innerhalb des sicheren Gruppenrahmens ausprobiert** werden und die Patienten können von den anderen Gruppenmitgliedern auf Feedback hoffen.

Generell ist die Gruppenpsychotherapie **besonders geeignet** für ältere Menschen, die entweder weitgehend **lebenslang alleinstehend** waren und es immer noch sind und generell nur wenige Beziehungen haben oder auch ältere Menschen, die erst kürzlich

vereinsamt oder umgezogen sind oder nach längerem Krankenhausaufenthalt entlassen wurden.

Eine sehr große Anzahl an Veröffentlichungen betont ebenfalls, dass die Therapie finanziell sehr effizient ist.

9.10 Literaturüberblick und wertende Darstellung der Therapieergebnisse

Bei der Auswertung der Studien ist zu **problematisieren**, dass dort oft **nur** über **positive** Studienergebnisse **berichtet** wird, negative Studien werden seltener publiziert (siehe 8.6 Hauptergebnisse der Studien).

Literaturüberblick

In abnehmender Häufigkeit **lagen am meisten Übersichtsartikel**, gefolgt von Studien und danach **reinen Kasuistiken** über das Thema der Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen **vor**. **Meta-Analysen** lagen zu den jeweiligen Therapien am **wenigsten** vor.

Problematisch und defizitär ist, dass **keine Studien zu den tiefenpsychologischen Gruppentherapien vorlagen**. Zu der Validation-Therapie und dem Realitäts-Orientierungs-Training wurden keine reinen Kasuistiken gefunden. Weiterhin fällt auf, dass insgesamt die meiste Literatur zu den sozio-kommunikativen und kognitiv-behavioralen Gruppentherapien vorliegt. Dabei wurden ungefähr gleich viele Veröffentlichungen zu den sozio-kommunikativen und kognitiv-behavioralen Gruppentherapien innerhalb dieser Arbeit untersucht. Allerdings wurde die Mehrheit der Literatur zu den kognitiv-behavioralen Gruppentherapien aus Studien und die Mehrheit der Literatur bei den sozio-kommunikativen Gruppentherapien aus Übersichtsartikeln gebildet.

Therapieergebnisse

Entspannungsverfahren, wie beispielsweise das autogene Training, die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson oder auch funktionelle Entspannungen werden in den meisten Veröffentlichungen (hauptsächlich Übersichtsartikel oder Kasuistiken und nur

wenige Studien untersuchten diesen Therapieansatz) als **erfolgreich** bei älteren Menschen beschrieben. Ebenfalls wird das **katathyme Bildererleben, die Beschäftigungstherapie, das Psychodrama und die kreativen Therapieansätze, wie die Musik-, Tanz- und Kunsttherapie** innerhalb der Fallbeschreibungen und Übersichtsartikel als **effektiv** in der Anwendung bei älteren Menschen beschrieben.

Insgesamt werden die kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapien ganz **überzeugend** als **erfolgreich** bei älteren vorwiegend depressiven Menschen, aber auch bei älteren Menschen mit anderen Diagnosen beschrieben.

Die tiefenpsychologischen, interpersonellen und psychoanalytisch-psychodynamischen Gruppen-psychotherapien werden ebenfalls von der Mehrheit der Veröffentlichungen als **erfolgreich** in der Anwendung bei älteren Menschen dargestellt. Es muss allerdings hierbei **kritisch berücksichtigt** werden, dass zu den tiefenpsychologischen Gruppenpsychotherapien **keine Studien vorliegen und die positiven Ergebnisse ausschließlich auf Übersichtsartikeln und Fallberichten beruhen**. Die psychoanalytisch-psychodynamische Gruppenpsychotherapie wird in mehreren Studien als weniger effektiv als eine zum Vergleich durchgeführte kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapie beschrieben.

Die sozio-kommunikativen Gruppenpsychotherapien wurden von der Mehrheit der Studien als **erfolgreich** beschrieben, es liegen aber auch negative Ergebnisse vor.

Zusammenfassend muss **kritisch festgehalten** werden, dass die Reminiscence-Therapie, die Life-Review-Therapie, die Validation-Therapie, das Realitäts-Orientierungs-Training und verschiedene andere Gruppentherapien, die bei dementen Patienten durchgeführt werden, als **nur teilweise erfolgreich** beschrieben wurden und keine Mehrheit der Publikationen über signifikanten Verbesserungen berichten konnte.

Bei **demenziellen Störungen** kann generell eine sehr **große Bandbreite an Therapieansätzen** durchgeführt werden. Zu den am meisten in den Kliniken angewendeten Therapieansätzen gehört die tiefenpsychologische Therapie, die

Verhaltenstherapie, das Realitäts-Orientierungs-Training, die Reminiscence-Therapie, die Validation-Therapie, die Selbsterhaltungstherapie, die Milieuthherapie und verschiedene Therapieansätze, die sensorische Stimulationen und allgemeine Beschäftigungen (Gartenarbeit, Gebetsgruppe usw.) beinhalten und kreative Therapien wie die Musik- und Kunsttherapie.

Generell gilt die Frage, ob Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen sinnvoll und erfolgreich ist, als überholt. Vielmehr sollte die Frage im Vordergrund stehen, **welche Therapie für welchen älteren Patienten am geeignetsten ist.** Es muss weiterhin untersucht werden, welche Umweltbedingungen und Variablen, auf die der Therapeut bzw. die Patienten Einfluss haben, den therapeutischen Prozess bzw. den therapeutischen Erfolg beeinflussen können.

In Bezug auf diese Frage gibt die Mehrheit der Autoren an, dass das Alter der Patienten keinen unmittelbaren Effekt auf das therapeutische Ziel hat. Dagegen scheinen die **Erwartungen, die evtl. vorhandenen Vorurteile bzw. Einstellungen der Patienten** selber, aber auch die Erwartungen ihrer **Angehörigen** bzw. Bezugspersonen gegenüber der Gruppenpsychotherapie Einfluss auf den therapeutischen Prozess zu haben. Genauso spielen in diesem Zusammenhang auch die Einstellungen des jeweiligen **Therapeuten** zum Alter und gegenüber älteren Menschen generell und seine Einstellung, ob eine Psychotherapie bei älteren Patienten sinnvoll ist, eine wichtige Rolle. Oft haben auch das **Auftreten des Therapeuten, seine Ausbildung und gerontologischen Facherfahrungen** und die **Ausstattung und Umgebung der Behandlungsräume** eine Auswirkung auf den Therapieverlauf. Das Vorliegen von **Multimorbidität, starken somatischen Störungen** bzw. **chronischen Schmerzen** oder auch **kognitiven Einschränkungen** haben ebenfalls Einfluss auf den therapeutischen Prozess. Es sollte weiter beachtet werden, wie groß der Leidensdruck des älteren Menschen ist, in wieweit schon eine **Chronifizierung seiner psychischen Krankheit** vorliegt und welches die möglichen Ursachen der Krankheit sind. Generell muss geprüft werden, ob bei dem jeweiligen Patienten ein **sekundärer Krankheitsgewinn** existiert und inwieweit er selber **motiviert** ist, die besprochenen Therapieziele zu erreichen. Bei älteren Menschen muss berücksichtigt werden, dass größere Unterschiede bestehen, ob und wenn in welchem Maß eine Fähigkeit zur **Introspektion und Reflexion** vorliegt.

Generell sollten natürlich auch Informationen über die **Lebenssituation** und **Beziehungen** des älteren Menschen vor der Therapie kurz betrachtet werden. Es dürfen **keine unrealistischen Ziele** von dem Therapeuten festgelegt werden und er muss erwägen, ob zumindest **begleitend** zur Psychotherapie eine **Psychopharmakotherapie** erfolgen soll und **welcher Therapieansatz innerhalb eines spezifischen Therapieformates in Bezug auf** die spezifischen psychischen bzw. psychosomatischen Beschwerden des Patienten am geeignetsten ist. Das heißt z.B., dass bei der Auswahl des geeignetsten Therapieansatzes für den Patienten genauestens betrachtet werden muss, unter welcher Störungsursache der Patient leidet und welches die wichtigsten Therapieziele sind (hierbei muss **kritisch festgehalten** werden, dass dies bisher leider **nicht** immer automatisch der **Standard** ist). Z.B. wäre eine psychoanalytische Psychotherapie bei verdrängten Abhängigkeitswünschen, bei zunehmender Hilfsbedürftigkeit oder in den Fällen, bei denen eine narzisstische Nachreifung des Patienten die wichtigsten Therapieziele ausmachen, am geeignetsten. Hingegen wäre eine kognitive Verhaltenstherapie bei den Patienten am günstigsten, bei denen eher Verhaltensweisen bzw. negative Gedanken geändert werden sollen oder der Aufbau einer stärkeren Selbstkontrolle und problemlösende Ansätze als therapeutische Ziele im Vordergrund stehen. Bei der Auswahl des passendsten Therapieformates muss kritisch abgewogen werden, ob eher eine stationäre oder ambulante Therapie, eine Einzel- oder Gruppentherapie, eine sehr lang andauernde oder eine über einen kürzeren Zeitraum durchgeführte Therapie am geeignetsten für den jeweiligen Patienten ist.

10 Zusammenfassung der gesamten Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit bestand darin, die deutsche und anglo-amerikanische Literatur von 1990-2004 zu dem Thema „**Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen**“ auszuwerten.

In den folgenden Datenbanken: Pub Med, Psyn dex, PsycINFO, Cochrane Library, Web of Science, Psyn dex, PsycINFO, Cochrane Library, Web of Science und Carelit wurden 413 Veröffentlichungen recherchiert, die sich mit dem Thema der Gruppenpsychotherapie im Alter direkt und indirekt auseinander setzen.

Innerhalb dieser Arbeit wurde die Epidemiologie psychischer Erkrankungen und der Bedarf psychotherapeutischer Versorgung älterer Menschen, mögliche Ursachen für die bestehende psychotherapeutische Unterversorgung Älterer, die psycho-soziale Situation der älteren Menschen und die darauf eingehenden neu entwickelten Modelle und Konzepte der allgemeinen und klinischen Gerontopsychologie, der Hintergrund und die Ursprünge der Gruppenpsychotherapie und die Hauptprinzipien und Wirkfaktoren der Gruppenpsycho-therapie näher untersucht.

Der Ergebnisteil der Arbeit wurde in die **folgenden Therapieansätze** gegliedert: Kognitiv- und behaviorale Therapien, tiefenpsychologische, interpersonelle und psychoanalytisch-psychodynamische Therapieansätze, Gruppenpsychotherapien mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz, Life-Review und Reminiscence-Therapien, Validation-Therapien und Realitäts-Orientierungs-Trainings und „Verschiedene Therapieansätze“.

Im Rahmen des „Exkurs“ wurden die Ansätze: „Verschiedene Therapieansätze bei dementen Patienten“ und „Therapieansätze bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen“ ausgewertet.

Die genannten Therapieansätze wurden **inhaltlich** in Bezug auf das Therapiekonzept, (teilweise wurden auch unterschiedliche Therapiekonzepte gegenüber gestellt und voneinander abgegrenzt), den Leitungsstil und beruflichen Hintergrund des Therapeuten, die Zusammensetzung der Gruppe (unter den Aspekten: Alter, Gruppengröße und Geschlecht, Diagnostik und Indikatoren), die Auswahlkriterien, die

technischen Aspekte, den Verlauf und den Inhalt der Therapie, den Zeitrahmen und das Setting, die Einbindung in den Gesamtbehandlungsplan und den institutionellen Rahmen, die Wirkfaktoren und Ergebnisse **untersucht**. Teilweise (bei Vorhandensein entsprechender Literatur) wurden in einigen Kapiteln therapiespezifisch besondere Vorteile der jeweils untersuchten Gruppen-psychotherapie im Vergleich zu einer Einzelpsychotherapie dargestellt und Unterschiede bei der Durchführung und den Ergebnissen der untersuchten Gruppenpsychotherapien bei älteren im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern herausgearbeitet. Es erfolgte eine vollständige Auswertung und Darstellung der gesamten im Ergebnisteil aufgeführten Studienergebnisse. Ergänzend werden die am häufigsten innerhalb der Literatur beschriebenen Probleme bei der Durchführung von Gruppenpsychotherapien bei älteren Menschen dargestellt.

Anfang des 19. Jahrhunderts wurde von Freud eine Grenze für psychoanalytische Behandlungen bei einem Lebensalter von 40-45 Jahren festgesetzt, die nahezu bis 1970 von allen psychotherapeutischen Schulrichtungen eingehalten wurde. Trotz dieser Aussage Freuds wurde in den USA zwischen 1950-1960 erstmals mit hospitalisierten, gerontopsychiatrischen Patienten Gruppentherapien durchgeführt (besonders die Gruppe der älteren Veteranen war in diesen Gruppentherapien vertreten). Diese Entwicklung wurde 1960-1970 systematisiert, sowie theoretisch und praktisch gefördert. Insgesamt bedeutet dies, dass zu dieser Zeit die psychotherapeutische Standardbehandlung Älterer fast ausschließlich als Gruppentherapie durchgeführt wurde. Ab 1970 stellte in den USA auch die Interventionsgerontologie verschiedene Behandlungskonzepte vor. Die Entwicklung der Alterspsychotherapie fand im deutschsprachigen Raum erst 20 Jahre später statt. Die Schweiz war in dieser Hinsicht zeitlich noch früher und fortschrittlicher als Deutschland und Österreich. Innerhalb des deutschsprachigen Raumes war es die psychoanalytische Schulrichtung am ehesten, die eigene Konzepte zum Altersprozess und zur Anwendung der Psychoanalyse (Gruppen- und Einzeltherapieformate) im Alter entwickelte.

Innerhalb der Literatur von 1990-2004 wird deutlich, dass man die Gruppe der Älteren in drei größere Kategorien der diagnosespezifischen Therapieindikation einteilen kann. Dabei gelten bei den Gruppenpsychotherapien, die auf Konzepten der **großen**

Therapieschulen basieren, **hinsichtlich der Indikation dieselben Kriterien** wie sie bei **Erwachsenen im mittleren Alter** zutreffen. Die älteren Patienten leiden unter **verschiedenen psychischen, psychiatrischen oder psychosomatischen Störungen**. Zu diesen Störungen gehören hauptsächlich nicht-endogene Depressionen, Angststörungen, schwere körperliche Erkrankungen mit häufig damit verbundenen chronischen Schmerzen, affektive Psychosen, Posttraumatische Belastungsstörungen oder eine Substanzabhängigkeit. Durch die Psychotherapie sollen die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, das Verhalten und die aktiven Handlungen der Patienten verbessert werden.

Es werden speziell Therapien beschrieben, die für **kognitiv eingeschränkte Patienten** konzipiert wurden und vor allem die psychischen Grundfunktionen der Patienten ansprechen. Es sollen beispielsweise das Gedächtnis, die Orientierung und die psychomotorische Koordinationsfähigkeit der Patienten verbessert werden. Daneben wollen einige Gruppentherapien primär die generelle Lebensqualität der kognitiv eingeschränkten Patienten verbessern.

Viele der Gruppentherapien, die eher auf sozio-kommunikativen und humanistischen Ansätzen beruhen, werden mit älteren Personen durchgeführt, die häufig unter **keinen psychischen, psychiatrischen oder psychosomatischen Störung** leiden. Die Patienten leiden primär beispielsweise unter Isolation und Einsamkeit, Trauer, mangelnder Selbstwertgefühl usw. Das mikrosoziale System der Patienten soll durch die Therapie in der Form verbessert werden, dass die bestehenden Beziehungen und das soziale Umfeld positiv verändert werden.

Insgesamt fallen bei den Therapien, die speziell für kognitiv eingeschränkte Patienten durchgeführt werden und den Therapien, die einen eher sozio-kommunikativen Ansatz beinhalten, mehrere Dinge auf. Teilweise kann **keine explizite Professionalität** des Gruppenleiters festgestellt werden und weiterhin **fehlen in vielen Fällen spezifische Theorien über ein Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis**. Ebenfalls treten die **bekanntesten psychotherapeutischen Zielsetzungen** wie z.B. gezielte Konfliktlösung, Symptomminimalisierung und Strukturveränderung der Persönlichkeit im Rahmen von

psychischen Störungen eher **in den Hintergrund**. Es stehen statt dessen eher undefinierte Behandlungsziele wie eine Reduzierung des Gefühls der Einsamkeit, eine Erhöhung des niedrigen Selbstwertgefühls und Reduzierung der Angst vor dem Tod im Vordergrund. Die psychischen und sozialen Fähigkeiten sollen verbessert werden, ein erfolgreicher Lebensrückblick gelingen, die eigene Autonomie der Patienten so weit wie möglich wieder vergrößert werden.

Im Gegensatz zu den altersspezifischen Therapieansätzen, deren ursprüngliche Konzeptionen schon altersangepasste Techniken beinhalten, werden abhängig von den Zielen, Fähigkeiten und Einschränkungen der Patienten die **klassischen Psychotherapieformen im technischen Vorgang modifiziert** und somit einem größeren Patientenkontext zugänglich gemacht.

Zu den unterschiedlichen Therapieansätzen erschien eine unterschiedlich hohe Anzahl von Veröffentlichungen. Keine Studien wurden über tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapien aufgefunden. Insgesamt sind auch weniger Veröffentlichungen über tiefenpsychologische, psychodynamische und interpersonelle Gruppenpsychotherapien erschienen. Viele Berichte und Übersichten wurden wiederum über spezielle Therapien bei dementen Älteren, altersspezifische Gruppenpsychotherapien und über allgemeine, keiner speziellen Therapieschule zuordnbare Gruppentherapien mit sozio-kommunikativen bzw. humanistischen und kreativen Therapieansätzen veröffentlicht.

Innerhalb dieser Arbeit wurde aufgrund der Datenlage auf einen quantitativen Vergleich der vorliegenden Studien verzichtet und statt dessen eine kritische Übersicht der Studien durchgeführt. Die Studien zu den **kognitiv-behavioralen Gruppentherapien** kommen nahezu bei allen Diagnosen (Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, chronischen Schmerzen usw.) zu **ausschließlich positiven Ergebnissen**. Dagegen kommen die Studien über die **altersspezifischen Therapien**, die häufig speziell für kognitiv eingeschränkte Patienten konzipiert wurden, zu sehr **unterschiedlichen Ergebnissen**. Es besteht keine einheitliche Meinung darüber, ob sie erfolgreich anwendbar sind. Die meisten dieser Therapien werden als nur **teilweise erfolgreich**

beschrieben. Sie zeigen in vielen Fällen nicht in allen gemessenen Parametern, sondern nur in manchen der Messparameter positive Outcome Ergebnisse an. Bei den **sozio-kommunikativen bzw. humanistisch orientierten Gruppenpsychotherapien und den tiefenpsychologischen Gruppentherapien** werden die Ergebnisse meist nur exemplarisch in Übersichtsartikeln und Kasuistiken dargestellt. Diese **Übersichtsartikel und Kasuistiken** berichten über fast **ausschließlich positive Ergebnisse** der Therapien.

In Bezug auf die **Qualität** der vorliegenden **Studien** ist zu betonen, dass die große Mehrheit der Studien mit einer Kontrollgruppe durchgeführt wurde. Bei ungefähr der Hälfte dieser mit einer Kontrollgruppe durchgeführten Studien erfolgte eine Randomisierung. Auffallend ist, dass keine der Studien über Gruppentherapien mit rein sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz mit einer Kontrollgruppe durchgeführt wurde.

Zum jetzigen Zeitpunkt wird nicht mehr untersucht, ob (Gruppen-)Psychotherapie im Alter erfolgreich anwendbar ist, sondern welcher Therapieansatz, innerhalb welchen Formates, im Rahmen von welchem Setting, für welchen speziellen älteren Patienten am besten geeignet ist. Zur Beantwortung dieser speziellen Fragestellungen müssen in der Zukunft vermehrt qualitativ hochwertige Studien durchgeführt werden, die neben den eigentlichen Therapieergebnissen auch besonders die Effektivität der Therapien unter den verschiedenen Bedingungen untersuchen. Nur dadurch kann garantiert werden, dass ein älterer Mensch innerhalb einer auf seine Bedürfnisse optimal zugeschnittenen Therapie maximale und längerfristig anhaltende therapeutische Erfolge erreichen kann.

Dies bedeutet auch, dass die psychotherapeutischen Verfahren ihren theoretischen Hintergrund und ihre Behandlungskonzepte weiter systematisch auf den Alterssektor übertragen müssen und ihre Anwendungsmöglichkeiten und evtl. nötige Modifikationen weiter erforscht werden sollten.

11 Literaturverzeichnis

11.1 Literatur zur Einführung (Kapitel 1 und 2)

- Alexopoulos GS (1990) Anxiety-depression syndromes in old age, editorial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 351-353
- Areán PA, Alvidrez J, Barrera A, Robinson GS, Hicks S (1992) Would older medical patient use psychological services? *The Gerontologist* 42(3): 392-398
- Arolt V, Schmidt EH (1992) Differentielle Typologie und Psychotherapie depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter - Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung in Nervenarztpraxen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 5(1): 17-24
- Baltes MM (1992) Verluste und Reservekapazitäten im Alter: Ein dynamischer Kontext der Psychopathologie im Alter. *Verhaltenstherapie* 2: 195-197
- Baltes MM, Carstensen LL (1996) Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau* 47:199-215
- Barolin GS (1992) Zur Psychotherapie im höheren Lebensalter. *Wiener medizinische Wochenschrift* 7: 135-144
- Barth S, Voss E, Martin M, Fischer-Cyruilies A, Pantel J, Schröder J (2002) Depressive Störungen im mittleren und höheren Lebensalter: Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23(2): 141-158
- Battegay R, Müllejäns R (1992) Abnahme des Narzissmus im Alter und Suizid. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 143(4): 293-306
- Blitzan JE, Kruzich JM (1990) Interpersonal relationships of nursing home residents. *The Gerontologist* 30(3): 385-390
- Burnside I, Haight B (1994) Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people. *The Nurse Practitioner* 19(4): 55-61
- Butler RN (1963) The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 256: 65-76

- Calamari JE, Faber SD, Hitsman BL, Poppe CJ (1994) Treatment of obsessive compulsive disorder in the elderly: A review and case example. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 25(2): 95-104
- Carmin C, Pollard A, Ownby R (1998) Obsessive compulsive disorder cognitive - behavioral treatment of older versus younger adults. *Clinical Gerontologists* 19: 77-81
- Caughman BD, Dickens J (1993) Diagnostic dilemmas in psychiatric consultation/liasion: The problem of depression. *Southern Medical Journal* 86(7): 757-759
- Currin JB, Hayslip B, Schneider LJ, Kooken RA (98) Health services among older persons. *Psychotherapy* 35(4): 506-518
- Day CR (1997) Validation Therapy: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* April: 29-34
- Delius P (1990) Zur Psychodynamik der Spätdepression. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 35: 13-20
- Delius P (1990) Das Kompetenzmodell des Alters: Möglichkeiten klinisch - psychiatrischer Umsetzung am Beispiel einer Geschichtsgruppe (Oral-History-Gruppe). *Zeitschrift für Gerontologie* 23: 293-299
- Delius P, Schürmann A, Wetterling T (1994) Ältere Patienten im psychiatrischen Konsiliardienst. *Krankenhauspsychiatrie* 5: 61-65
- Dies R (1992) The future of group therapy. *Psychotherapy* 29: 58-64
- Ed J (2003) Reminiscence therapy for older women with depression. *Journal of Gerontological Nursing* 29(7): 26-33
- Foulkes SH (1974) *Gruppenanalytische Psychotherapie*. Kindler, München
- Gallagher SK, Gerstel N (1993) Kinkeeping and friend keeping among older women: The effect of marriage. *The Gerontologist* 33(5): 675-681
- Gallo JJ, Anthony J C, Muthèn B O (1994) Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *Journal of Gerontology* 49: P251-P264
- Garner J (2003) Psychotherapies and older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 9(3): 207-267
- Glatzer W (1992) Lebensqualität älterer Menschen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 137-144

- Granholm E, McQuaid JR, McClure, Pedrelli P, Jeste DV (2002) A randomized controlled pilot study of cognitive behavioral social skills training for older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 53(1-2): 167-169
- Hautzinger M (1999) Verhaltenstherapeutische Behandlung Depressiver Störungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 20(3): 359-375
- Helfmann B (1994) Here is now. *International Journal of Group Psychotherapy* 44(4): 429-435
- Helmchen H, Linden M, Kurtz G, Birkhofer A (2002) Verlauf unterschwelliger Depressionen im hohen Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23(2): 159-179
- Hercek V, Bahro VM (2000) Gruppentherapie mit betagten Alkoholabhängigen: Ein konzeptueller Überblick. *Krankenhauspsychiatrie* 11: 8-12
- Heuft G (1993) Psychoanalytische Gerontopsychosomatik: Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierung im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 43: 46-54
- Heuft G (1995) Depressive Syndrome in der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. *Psycho* 21: 430-443
- Heuft G, Marschner C (1994) Psychotherapeutische Behandlung im Alter. *Psychotherapeut* 39: 205-219
- Katz IR, Alexopoulos GS (1996) The diagnosis and treatment of late -life depression: Consensus update conference. *The american journal of psychiatry* 4(suppl.1): S1-2
- Kemper J (1992) Psychotherapeutische Versorgung Alternder in einer Nervenarztpraxis. *Empirische Daten* 4.Quartal 91 25: 356-359
- Kivelä SL (1995) Long -term prognosis of major depression in old age: A comparison with prognosis of dysthymic disorder. *International Psychogeriatrics* 7(Suppl): 69-79
- Klausner EJ, Alexopoulos GS (1999) The future of psychosocial treatments for elderly patients. *Mental Health and Aging* 50(9): 1198-1204
- Koenig HG, George LK, Schneider R (1994) Mental Health Care for older adults in the Year 2020: A dangerous and avoided topic. *The Gerontologist* 34(5): 674-679
- Krebs E (1990) Psychotherapie im Alter. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 141(4): 361-380

- Köhler M, Barolin GS (1991) Der verwirrte und der demente Patient als Problem der Neuro-Rehabilitation. Wiener medizinische Wochenschrift 20: 462-476
- Kruse A (1996) Aspekte der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29: 93
- Kruse A (1990) Potentiale im Alter. Zeitschrift für Gerontologie 23: 235-245
- Kruse A, Schmitt E (1998) Die psychische Situation hilfsbedürftiger älterer Menschen: Eine Ressourcen -orientierte Sicht. Zeitschrift für Klinische Psychologie 27(2): 118-124
- Lamprecht-Schömborg F (1990) Plädoyer für eine Gerontopsychosomatik. Psycho 16(12): 900-908
- Lee K, Hannan C, van den Bosch JA, Williams J, Mouratoglou V (2002) Evaluating a hearing voices group for older people: Preliminary findings. International Journal of Geriatric Psychiatry 17(11): 1079-80
- Linden M, Kurtz G, Baltes MM, Geiselmann B, Lang FR, Reischies FM, Helmchen Stunde (1998) Depression bei Hochbetagten: Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Der Nervenarzt 69(1): 27-37
- Livingston G, Hawkins A, Graham N, Blizard B, Mann A (1990) The Gospel Oak Study: Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London. Psychological Medicine 20: 137-146
- Lynch TR (2000) Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical Behavior Therapy. Cognitive Behavioral Practice 7: 468-477
- Meier D, Ermini-Fünfschilling D, Monsch AU, Stähelin HB (1996) Kognitives Kompetenztraining mit Patienten im Anfangsstadium einer Demenz. Zeitschrift für Gerontopsychologie 9(3): 207-217
- Moberg PJ, Lazarus LW (1990) Psychotherapy of depression in the elderly. Psychiatric Annals 20(2): 92-92
- Olbrich E (1990) Potentiale des Alters: Persönliche und soziale Prozesse ihrer Entwicklung. Zeitschrift für Gerontologie 23: 246-251
- Perrig-Chiello P, Perrig WJ, Stähelin HB, Krebs-Roubicek E, Ehrensam R (1996) Wohlbefinden, Gesundheit und Autonomie im Alter: Die Baseler IDA-Studie (Interdisziplinäre Altersstudie). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29: 95-109
- Phoenix E, Irvine Y, Kohr R (1997) Sharing stories: Group therapy with elderly depressed women. Journal of Gerontological Nursing 23(4): 10-15

- Radebold Stunde (1992) Psychotherapie mit Älteren, Editorial. Zeitschrift für Gerontologie 25: 347-348
- Radebold Stunde (1992) Psychotherapeutische Zielsetzungen für Ältere. Zeitschrift für Gerontologie 25: 349-355
- Ray DC, Raciti MA, MacLean WE (1992) Effects of perceived responsibility on help-seeking decisions among elderly persons. Journal of Gerontology 47: 199-205
- Reynolds CF (1994) Treatment of depression in late life. The American Journal of Medicine 97(suppl.6A): 6A-45S
- Rosenmayr L (1996) Altern, Familienbeziehungen und Lebenslauf. Therapeutische Umschau 53(3): 179-186
- Rott C (1990) Intelligenzentwicklung im Alter. Zeitschrift für Gerontologie
- Sadavoy J (1997) Survivor: A review of the late -life effects of prior psychological trauma. The American Journal of Geriatric Psychiatry 5(4): 287-301
- Saiger GM (2001) Group psychotherapy with older adults. Psychiatry 64(2): 132-145
- Scheidlinger S (1994) An overview of nine decades of group psychotherapy. Hospital & Community Psychiatry 45(3): 217-225
- Schneider W, Klauer T, Janssen PL, Tetzlaff M (1999) Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. Der Nervenarzt 70: 240-249
- Segal DI, Hook JN, Coolidge FL (2001) Personality dysfunction, coping styles, and clinical symptoms in younger and older adults. Journal of Clinical Geropsychology 7(3): 201-212
- Shmotkin D, Nitza Eyal, Lomranz J (1992) Motivations and attitudes of clinical psychologists regarding treatment of the elderly. Educational Gerontology 18: 177-182
- Sowarka D (1992) Kognitive Interventionsforschung mit alten Menschen im Bereich der fluiden Intelligenz: Grundlagen und Ergebnisse. Verhaltenstherapie 2: 204-216
- Speer DC, Williams J, West H, Dupree L (1991) Older adults users of outpatient mental health services. Community Mental Health Journal 27: 69-76
- Stuhlmann W (1992) Angst und Selbstsicherheit bei alten Patienten. Zeitschrift für Gerontologie 25: 373-379
- Teri L, Logsdon RG (1992) The future of psychotherapy with older adults. Psychotherapy 29(1): 81-87

Thilo HJ (1996) Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie mit älteren Patienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29: 438-445

Weiss A (1996) Alkoholkonsum älterer Patienten in der Allgemeinarztpraxis. Fortschritte der Medizin 114: 26-29

Youssef FA (1990) The impact of group reminiscence counseling on a depressed elderly population. The Nurse Practitioner 15(4): 32, 35-38

Zank S (2002) Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 23(2): 181-193

Zank S, Niemann-Mirmehdi M (1998) Psychotherapie im Alter: Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. Zeitschrift für Klinische Psychologie 27(2): 125-129

Zerhusen JD, Boyle K, Wilson W (1991) Out of the darkness: Group cognitive therapy for depressed elderly. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 29(9): 16-21

Zimberg S (1996) Treating alcoholism: An age -specific intervention that works for older patients. Geriatrics 51(10):

Zivian MT, Larsen W, Gekoski W, Knox VJ, Hatchette V (1992) Psychotherapy for the elderly: Psychotherapist's preferences. Psychotherapy 29(4): 668-673

11.2 Literatur zur kognitiv-behavioralen Therapie (Kapitel 5.1)

- Abraham IL, Neundorfer MM, Currie LJ (1992) Effects of group interventions on cognition and depression in nursing home residents. *Nursing Research* 41(4): 196-202
- Abraham IL, Niles SA, Thiel BP, Siarkowski KI, Cowling WR 3rd (1991) Therapeutic group work with depressed elderly. *The Nursing Clinics of North America* 9(3): 207-219
- Andersson G, Melin L, Scott B, Lindberg P (1995) An evaluation of a behavioral treatment approach to hearing impairment. *Behavior Research Therapy* 33(3): 283-292
- Areán PA (1993) Cognitive behavioral therapy with older adults. *The Behavior Therapist* 16(9): 236-239
- Areán PA, Hegel MT, Reynolds CF (2001) Treating depression in older medical patients with psychotherapy. *Journal of Clinical Geropsychology*
- Barrowclough C, King P (1991) A clinical pilot study of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in the elderly. *Behavioral Psychotherapy* 19: 337-345
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford
- Bonhote K, Romano-Egon J, Cornwell C (1999) Altruism and creative expression in a long-term older adult psychotherapy group. *Issues in Mental Health Services*
- Brand E, Clingempel WG (1992) Group behavioral therapy with depressed geriatric inpatients: An assessment of incremental efficacy. *Behavior Therapy* 23: 475-482
- Brawley LR, Rejeski WJ, Lutes L (2000) A group-mediated cognitive-behavioral intervention for increasing adherence to physical activity in older adults. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 5: 47-55
- Brok AJ (1997) A modified cognitive-behavioral approach to group therapy with the elderly. *Group*
- Burgio L (1996) Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: Behavioral approaches. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl) 1: 45-52
- Burgio L.D, Janosky JE, Sinnott J, Hohman MJ (1992) Akzeptanz von verhaltenstherapeutischer Behandlung und Pharmakotherapie bei geriatrischen

- Verhaltensstörungen: Ein Vergleich von Experten- und Konsumentengruppen.
Verhaltenstherapie 2: 237-243
- Burnside I (1994) Group work with older persons. *Journal of Gerontological Nursing* 20(1): 43-45
- Calfas KJ, Kaplan RM, Ingram RE (1992) One year evaluation of cognitive-behavioral intervention in osteoarthritis. *Arthritis, Care and Research* 5: 202-209
- Campbell JM (1992) Treating depression in well older adults: Use of diaries in cognitive therapy. *Issues in Mental Health Nursing* 13: 19-29
- Carmin C, Pollard A, Ownby R (1998) Obsessive compulsive disorder cognitive - behavioral treatment of older versus younger adults. *Clinical Gerontologists* 19: 77-81
- Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A (2003) Cognitive rehabilitation and cognitive training for early -stage Alzheimer' s disease and vascular dementia. *The Cochrane Library Issue* 4
- Cook AJ (1998) Cognitive -behavioral pain management for elderly nursing home residents. *Journal of Gerontology* 53B: P51-P58
- Donohue B, Acierno R, Hersen M, Van Hasselt VB (1995) Social skills training for depressed, visually impaired older adults. A Treatment Manual. *Behavior Modifications* 19(4): 379-424
- Edinger JD, Gail R, Marsh, Hoelscher TJ, Lipper S, Ionescu-Pioggia M (1992) A cognitive -behavioral therapy for sleep -maintenance insomnia in older adults. *Psychology and Aging* 7(2): 282-289
- Emery G, Hollon S, Bedrosian R (1981) Cognitive Therapy with the elderly. In "New Directions in Cognitive Therapy" : 84-98
- Engle-Friedman M, Bootzin RR, Hazlewood L, Tsao C (1992) An evaluation of behavioral treatments for Insomnia in the older Adults. *Journal of Clinical Psychology* 48(1): 77-90
- Erhard T, Hampel H, Hegerl H, Möller HJ (1998) Das Verhaltenstherapeutische Kompetenztraining (VKT): Eine spezifische Intervention für Patienten mit einer beginnenden Alzheimer -Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 112
- Erhard T, Plattner A, Padberg F, Möller HJ, Hampel Stunde (1999) Verhaltenstherapeutische Behandlung eines Patienten mit beginnender Alzheimer - Demenz. *Verhaltenstherapie* 9: 154-161

- Ersek M, Turner JA, Mc Curry SM, Gibbons L, Kraybill BM (2003) Efficacy of a self-management group intervention for elderly persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 19(3): 156-167
- Faust V, Tenter J (1999) Dementielle Erkrankungen: Teil 2. *Krankenhauspsychiatrie*
- Feil N (1992) Validation Therapy. *Geriatric Nursing Mai, Juni*: 129-133
- Fielden Ma (1992) Depression in older adults: Psychological and psychosocial approaches. *British Journal of Social Work*
- Floyd M, Scogin F (1998) Cognitive -Behavior Therapy for older adults: How does it work ? *Psychotherapy* 35(4): 459-463
- Fry PS, Wong PT (1991) Pain management training in the elderly: Matching interventions with subjects coping styles. *Stress Medicine* 7: 93-98
- Fuchs T, Zimmer FT (1992) Verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapieansätze bei Altersdepression. *Verhaltenstherapie*
- Gagliese L, Melzack R (1997) Chronic pain in elderly. *Pain* 70: 3-14
- Gallagher D, Thompson LW (1981) Depression in the elderly: A behavioral treatment manual. Los Angeles: University of Southern California Press
- Garner J (1999) Psychotherapy and old age psychiatry. *Psychiatric bulletin* 23: 149-153
- Garner J (2003) E Psychotherapies and older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*
- Gatz M, Fiskes A, Kaskie B, Kasl-Godley EJ, Mc Callum TJ, Loebach Wetherell J (1998) Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging*
- Granholt E, McQuaid JR, McClure, Pedrelli P, Jeste DV (2002) A randomized controlled pilot study of cognitive behavioral social skills training for older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 53(1-2): 167-169
- Grant RW, Casey DA (1996) Adapting cognitive behavioral therapy for the frail elderly. *International Psychogeriatrics* 7(4): 561-569
- Haag G & Bayen UJ (1990) Verhaltenstherapie mit Älteren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 3(2): 117-129
- Hautzinger M (1999) Verhaltenstherapeutische Behandlung Depressiver Störungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 20(3): 359-375

- Hautzinger M (1998) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression im Alter. In Hautzinger M (Hrsg) Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen (S 68-70)
- Hautzinger M (1998) Gruppenprogramm für ältere depressive Menschen. In Hautzinger M (Hrsg) Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen (S 70-71)
- Hautzinger M (2002) Verhaltenstherapie bei affektiven und neurologischen Störungen im Alter. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 23(2): 195-212
- Hautzinger M (1992) Verhaltenstherapie bei Depression im Alter. Verhaltenstherapie 2: 217-221
- Hautzinger M (2000) Evaluation und Wirksamkeitsbeurteilung. In Hautzinger M (Hrsg) Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv - verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm (S 1-3)
- Hautzinger M (1992) Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven älteren Menschen: Erste Erfahrungen und Ergebnisse. Zeitschrift für Gerontologie 25: 369-372
- Hautzinger M (2000) Differentialdiagnose. In Hautzinger M (Hrsg) Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln (S 10-1)
- Hautzinger M (2000) Epidemiologie. In Hautzinger M (Hrsg) Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln
- Hautzinger M (2000) Verlauf und Prognose. In Hautzinger M (Hrsg) Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln (S 15-16)
- Hautzinger M (2000) Suizalidität und Komorbidität. In Hautzinger M (Hrsg) Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln (S 16)
- Hautzinger M (2000) Komorbidität. In Hautzinger M (Hrsg) Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln (S 16)
- Hautzinger M (2000) Risikofaktoren. In Hautzinger M (Hrsg) Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln (S 16)
- Hereck V, Bahro VM (2000) Gruppentherapie mit betagten Alkoholabhängigen: Ein konzeptueller Überblick. Krankenhauspsychiatrie 9(3): 207-221
- Hersen M, Van Hasselt VB (1992) Behavioral assesment and treatment of anxiety in the elderly. Clinical Psychology Review 12: 619-640

- Kaas MJ, Lewis ML (1999) Cognitive behavioral group therapy for residents in assisted-living facilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 37(10): 9-15
- Kanfer FH in Kanfer FH & Goldstein AP (1977) Selbstmanagement-Methoden. Möglichkeiten der Verhaltensänderungen. München, Urban & Schwarzenberg : 350-406
- Kemp BJ, Corgiat M, Gill C "(1991-1992)" Effects of brief cognitive-behavioral group psychotherapy on older persons with and without disabling illness. *Behavior, Health and Aging* 2: 21-28
- Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikian J, Love A, Ranieri N, Mckenzie D (2003) Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology* 12: 532-546
- Klausner EJ, Alexopoulos GS (1999) The future of psychosocial treatments for elderly patients. *Mental Health and Aging*
- Koder DA (1998) Treatment of anxiety in the cognitively impaired elderly: Can cognitive-Behavior Therapy help ? *International Psychogeriatrics* 10(2): 173-82
- Koder DA, Brodaty H, Anstey KJ (1996) Review: Cognitive therapy for depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9(3): 207-252
- Kröner-Herwig B, Frenzel A, Fritsche G, Esser G, Schilkowsky G (2003) The management of chronic tinnitus: Comparison of an outpatient cognitive-behavioral group training to minimal-contact interventions. *Journal of Psychosomatic Research* 54: 381-389
- Kruse WH (1995) Arzneimitteltherapie im Alter. *Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie* 28: 391-393
- Leszcz M (1997) Integrated group psychotherapy for the treatment of depression in the elderly. *Group*
- Leung SN, Martin W (1993) A brief cognitive Behavior Therapy group fo the elderly: Who benefits ? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(7): 593-598
- Lewinsohn PM in Friedman RM, Katz MM (1974) A behavioral approach to depression. *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York; Wiley : 157-185

- Little SJ, Hollis JF, Stevens VJ, Mount K, Mullooly JP, Johnson BD (1997) Effective group behavioral intervention for older periodontal patients. *Journal of Periodontal Research* 32(3): 315-325
- Loebach Wetherell J (1998) Treatment of anxiety in older adults. *Psychotherapy*
- Lundervold D, Lewin LM (1990) Older Adults` Acceptability of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Depression:Initial Results. *Journal of Applied Gerontology* 5: 211-215
- Lynch TR (2000) Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical Behavior Therapy. *Cognitive Behavioral Practice* 7: 468-477
- Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ (2003) Dialectical Behavior Therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 11(1): 33-45
- Maercker A (1998) Höheres Lebensalter, Bewertungsprozesse und Anpassungsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27(2): 144-145
- Morley S, Eccleston C, Williams A (1999) Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive Behavior Therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 80: 1-13
- Morris CM, Kowatsch RA, Barry T, Walton E (1993) Cognitive -Behavior Therapy for late -life insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(1): 137-146
- Morris RG, Morris LW (1991) Cognitive and behavioral approaches with the depressed elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9(3): 207-239
- Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J (1992) Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain* 48: 339-347
- O`Rourke N, Hadjistavropoulos T (1997) The relative efficacy of psychotherapy in the treatment of geriatric depression. *Aging and Mental Health* 1(4): 305-310
- Okun MA, Olding RW, Cohn CMG (1990) A meta -analysis of subjective well -being interventions among older elders. *Psychological Bulletin* 108(2): 257-266
- Oude Voshaar RC, Gorgels WJMJ, Mol AJJ, van Balkom AJML, Van de Lisdonk EH, Breteler MHM, van den Hoogen HJM, Zitman FG (2003) Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive -behavioral therapy: Three - condition, randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 182: 498-504

- Radley M, Redston C, Bates F, Pontefract M (1997) Effectiveness of group anxiety management with elderly clients of a community psychogeriatric team. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9(3): 207-253
- Rehm LP (1977) A self-control model of depression. *Behavior Therapy* 8: 787-804
- Rejeski WJ, Brawley LR, Ambrosius WT, Brubaker PH, Focht BC, Foy CG, Fox LD (2003) Older adults with chronic disease: Benefits of group-mediated counseling in the promotion of physically active lifestyles. *Health Psychology* 22(4): 414-23
- Rokke PD, Tomhave JA, Jovic Z (2000) Self-management therapy and educational group therapy for depressed elders. *Cognitive Therapy and Research* 24(1): 99-119
- Rokke PD, Tomhave JA, Jovic Z (1999) The role of client choice and target selection in self management therapy for depression in older adults. *Psychology and Aging* 14: 155-169
- Rybaczuk B, DeMarco G, DeLaCruz M, Lapidos S, Fortner B (2001) A classroom mind/body wellness intervention for older adults with chronic illness: Comparing immediate and 1 year benefits. *Behavioral Medicine* 27(1): 15-27
- Schonfeld L, Dupree L W (1995) Treatment approaches for older problem drinkers. *The international Journal of the addictions*
- Schonfeld L, Dupree L, Dickson-Fuhrmann E et al. (2000) Cognitive behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 13: 124-129
- Scogin F, Jamison C, Davis N (1990) Two year follow up: bibliotherapy for depression of older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(5): 665-667
- Smith D.M, Atkins R M (1995) Alcoholism and dementia. *The international journal of the addictions* 30 (13 und 14)
- Stanley MA, Gayle Beck J, Dewitt Glassco J (1996) Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy* 27: 565-581
- Steuer JL, Hammen CL (1983) Cognitive-behavioral group therapy for the depressed elderly: Issues and adaptations. *Cognitive Therapy Research* 7: 385-296
- Stuhlmann W (1992) Angst und Selbstsicherheit bei alten Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 373-379

- Subramanian K (1994) Long -term follow up of a structured group treatment for the management of chronic pain. *Research on Social Work Practice* 4: 208-223
- Swales P, Solvin J, Heikh J (1996) Cognitive- behavioral therapy in older panic disorder patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 14: 46-60
- Teri L, Gallagher-Thompson D (1991) Cognitive -behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer patients. *The Gerontologist* 31(3): 413-416
- Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, Mc Curry SM (1997) Behavioral treatment of depression in dementia patients. *Journal of Gerontology*
- Thompson L, Coon D, Gallagher D, Sommer B, Koin D (2001) Comparison of despiramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild to moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9: 225-240
- Tonscheidt S (1992) Stationäre Verhaltenstherapie bei depressiven älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie* 9(3): 207-254
- Vaccaro FJ (1992) Physically aggressive elderly: A social skills training program. *Journal of Behavior Therapy and experimental psychiatry* 23(4): 277-288
- Vaccaro FJ (1990) Application of social skills training in a group of institutionalized aggressive elderly subjects. *Psychology and Aging* 5(3): 369-78
- van Andel P, Erdman RAM, Karsdorp PA, Appels AD, Rutger W. (2003) Group cohesion and working alliance: Prediction of treatment out patients receiving cognitive - behavioral group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics* 72(3): 141-149
- Walker D, Clarke M (2001) Cognitive Behavioral Psychotherapy: A comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging and Mental Health* 5: 197-199
- Welz S, Hautzinger M (2000) Evaluation eines Kognitiv -Verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms bei depressiven Störungen. Flyer
- Wise K, Rief , Goebel G (1998) Meeting the expectations of chronic tinnitus patients: Comparison of a structured group therapy program for tinnitus management with a problem -solving therapy. *Journal of Psychosomatic Research* 44(6): 681-685
- Zank S (2002) Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23(2): 181-193

Zerhusen JD, Boyle K, Wilson W (1991) Out of the darkness: Group cognitive therapy for depressed elderly. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 29(9): 16-21

11.3 Literatur zur tiefenpsychologischen Therapie (Kapitel 5.2)

- Arden M, Garner J, Porter J (1998) Curious bedfellows: Psychoanalytic understanding and old age psychiatry. *Psychoanalytic Psychotherapy* 12(1): 47-56
- Barolin GS (1992) Zur Psychotherapie im höheren Lebensalter. *Wiener medizinische Wochenschrift* 7: 135-144
- Battegay R, Müllejan R (1992) Abnahme des Narzissmus im Alter und Suizid. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 143(4): 293-306
- Baumann J (1994) Körperbezogene Gruppenpsychotherapie in der 2. Lebenshälfte. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 44: 337-345
- Beutel M, Kayser E, Kehde S, Dommer T, Bleichner F, Schlüter K, Baumann J (2000) Berufliche Belastungen, psychosomatische Beschwerden und Lebenszufriedenheit in der zweiten Hälfte des Berufslebens. *Psychotherapeut* 45: 72-81
- Beutel ME, Gerhard C, Kayser E, Gustson D, Weiss B, Bleichner F (2002) Berufsbezogene Therapiegruppen für ältere Arbeitnehmer im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Rehabilitation. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 38(4): 313-334
- Canete M, Stormont F, Arturo E (2000) Group -analytic psychotherapy with the elderly. *British Journal of Psychotherapy* 17(1): 94-105
- Evans S (1998) Beyond the mirror: A group analytic exploration of late life and depression. *Aging and Mental Health* 2(2): 94-99
- Garner J (2003) Psychotherapies and older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37(5): 537
- Heuft G (1993) Psychoanalytische Gerontopsychosomatik: Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierung im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 43: 46-54
- Heuft G (1995) Depressive Syndrome in der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. *Psycho* 21: 430-443
- Heuft G (1990) Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung ? *Forum der Psychoanalyse* 6: 299-315

- Heuft G (1990) Zukünftige Forschungsperspektiven einer psychoanalytischen Gerontopsychosomatik: Persönlichkeit und Alternsprozess. *Zeitschrift für Gerontologie* 23: 262-266
- Heuft G (1994) Persönlichkeitsentwicklung im Alter: Ein psychoanalytisches Entwicklungsparadigma. *Zeitschrift für Gerontologie* 27: 116-121
- Heuft G, Senf W (1992) Stationäre fokalthérapeutische Behandlung Älterer: Konzeption und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 380-385
- Hinze E (1990) Psychoanalytische Behandlung von Älteren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 3(2): 149-154
- Hirsch RD (1990) Psychotherapie im Alter: Geht das noch ? *Psychologie Heute* 17(2): 62-67
- Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F (1990) Follow up of psychoanalysis five to ten years after termination: Development of the self-analytic function. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 38: 636-654
- Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F (1990) Follow up of psychoanalysis five to ten years after termination: Stability of change. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 38: 471-496
- Lamprecht-Schömborg F (1990) Plädoyer für eine Gerontopsychosomatik. *Psycho* 16(12): 900-908
- Peters JM (1995) Entwicklungspsychologische Aspekte eines stationären gruppenpsychotherapeutischen Konzeptes für Patienten in der zweiten Lebenshälfte. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 31(4): 358-371
- Peters JM (1992) Stationäre Psychotherapie Älterer in einer psychoanalytisch ausgerichteten psychosomatischen Klinik. *Zeitschrift für Gerontologie* 2: 360-64
- Radebold Stunde (1992) Psychotherapeutische Zielsetzungen für Ältere. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 349-355
- Radebold Stunde (1994) Psychoanalytische Psychotherapie und Psychoanalyse im höheren und hohen Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis* 9(4): 439-451
- Shaked J (1993) Die psychoanalytische Großgruppe: Freudianische und Kleinianische Ansätze. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 29: 4-20

Thilo HJ (1996) Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie mit älteren Patienten.
Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29: 438-445

11.4 Literatur zur psychoanalytisch-psychodynamischen Therapie (Kapitel 5.2)

Beecraft S (1999) Open space: Endings: Groupwork with the elderly with mental health problems. *Psychodynamic Counselling* 5(4): 497-506

Bonhote K, Romano-Egon J, Cornwell C (1999) Altruism and creative expression in a long-term older adult psychotherapy group. *Issues in Mental Health Services* 20(6): 603-617

Brok AJ (1997) A modified cognitive-behavioral approach to group therapy with the elderly. *Group* 21(2): 115-134

Burnside I (1970) Loss: A constant theme in group work with the aged. *Hospital and Community Psychiatry* 21: 173

Cooper DE (1984) Group psychotherapy with the elderly: Dealing with loss. *American Journal of Psychotherapy* 38: 203-18

Evans S, Chisholme P, Walsh J (2001) A dynamic psychotherapy group for the elderly. *Group Analysis* 34: 287-298

Fielden Ma (1992) Depression in older adults: Psychological and psychosocial approaches. *British Journal of Social Work* 22(3): 291-307

Gallagher-Thompson DE, Hanley-peterson P, Thompson LW (1990) Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 371-374

Garner J (2003) Psychotherapies and older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37(5): 537

Gatz M, Fiskes A, Kaskie B, Kasl-Godley EJ, Mc Callum TJ, Loebach Wetherell J (1998) Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging* 4(1): 9-46

Hildebrand HP (1982) Psychotherapy with older patients. *British Journal of Medical Psychology* 55: 19-28

Klausner EJ, Alexopoulos GS (1999) The future of psychosocial treatments for elderly patients. *Mental Health and Aging* 50(9): 1198-1204

Leszcz M (1997) Integrated group psychotherapy for the treatment of depression in the elderly. *Group* 21(2): 89-113

- Leszcz M. (1990) Towards an integrated model of group psychotherapy with the elderly. *International Journal of Group Psychotherapy* 40(4): 379-395
- Loebach Wetherell J (1998) Treatment of anxiety in older adults. *Psychotherapy* 35(4): 444-458
- Moberg PJ, Lazarus LW (1990) Psychotherapy of depression in the elderly. *Psychiatric Annals* 20(2): 92-96
- Morris RG, Morris LW (1991) Cognitive and behavioral approaches with the depressed elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 407-413
- Müller U, Barash-Kishon R (1998) Psychodynamic -supportive group therapy model for elderly holocaust survivors. *The International Journal of Group Psychotherapy* 48(4): 461-75
- Schonfeld L, Dupree L W (1995) Treatment approaches for older problem drinkers. *The international Journal of the Addictions* 30 (13&14)
- Sullivan HS (1953) *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, Norton
- Wood A, Seymour LM (1994) Psychodynamic group therapy for older adults: The life experiences group. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 32(7):

11.5 Literatur zur interpersonellen Therapie (Kapitel 5.2)

- Areán PA, Hegel MT, Reynolds CF (2001) Treating depression in older medical patients with psychotherapy. *Journal of Clinical Geropsychology* 7(2): 93-104
- Bauer J (1997) Behandlungseffekte einer paartherapeutischen psychoedukativen Gruppenarbeit mit Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen. *Der Nervenarzt* 68(5): 421-424
- Fuchs T, Zimmer FT (1992) Verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapieansätze bei Altersdepression. *Verhaltenstherapie* 2: 244-250
- Gatz M, Fiskes A, Kaskie B, Kasl-Godley EJ, Mc Callum TJ, Loebach Wetherell J (1998) Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging* 4(1): 9-46
- Mossey JM, Knott AK, Higgins M, Talerico K (1996) Effectiveness of a psychosocial Intervention: Interpersonal counseling for subdysthymic depression in medically ill elderly. *Journal of Gerontology* 51A(4): M172-178
- Reynolds CF, Miller MD. et al (1999) Treatment of bereavement -related major depressive episodes in late-life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 156(2): 202-208
- Scocco P, Frank E (2002) Interpersonal psychotherapy as augmentation treatment in depression responding poorly to antidepressant drugs: A case serie. *Psychotherapy and Psychosomatics* 71(6): 357-361

11.6 Literatur zur Gruppenpsychotherapie mit sozio-kommunikativem bzw. humanistischem Ansatz (Kapitel 5.3)

Abraham IL, Niles SA, Thiel BP, Siarkowski KI, Cowling WR 3rd (1991) Therapeutic group work with depressed elderly. *The Nursing Clinics of North America* 26(3): 635-50

Abramson TI, Mendis KP (1990) The organizational logistics of running a dementia group in a skilled nursing facility. *Mental Health in the Nursing Home* Kapitel 7:111-121

Akimoto M, Fukunishi I, Shinoe Y, Yamaguchi C, Yano A, Kawasaki Y, Oyamada T, Hirozane S, Kanno K, Yamazaki T, Horikawa N (2001) Content analysis of group work sessions in the context of an educational program for inpatient diabetes patients. *Psychological Reports* 89(3): 641-649

Aldridge D, Aldridge G (1992) Two epistemologies: Music therapy and medicine in the treatment of dementia. *The Arts in Psychotherapy* 19: 243-255

Amodeo M (1990) Treating the late life alcoholic: Guidelines for working through denial integrating individual, family and group approaches. *Journal of Geriatric Psychiatry* 23: 91-105

Barolin GS (2001) Psychotherapie bei Altersdemenz? *Wiener medizinische Wochenschrift* 151: 342-347

Barolin GS (1995) Das Lebensende als psychohygienische Aufgabe. *Wiener medizinische Wochenschrift* 145: 241-244

Barolin GS (1992) Zur Psychotherapie im höheren Lebensalter. *Wiener medizinische Wochenschrift* 7: 135-144

Barton J, Miller A, Chanter J (2002) Emotional adjustment to stroke: A group therapeutic approach. *Nursing Times* 98(23): 33-35

Blitzan JE, Kruzich JM (1990) Interpersonal relationships of nursing home residents. *The Gerontologist* 30(3): 385-390

Bode M, Haupt M (1998) Alkoholismus im Alter. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 66: 450-458

- Boehnlein JK, Sparr LF (1993) Group Therapy with WW2 Ex-Pow 's: Long -term posttraumatic adjustment in a geriatric population. *American Journal of Psychotherapy* 47(2):
- Bonder BR (1994) Psychotherapy for individuals with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 8 (Suppl.) 3: 75-81
- Bonhote K, Romano-Egon J, Cornwell C (1999) Altruism and creative expression in a long -term older adult psychotherapy group. *Issues in Mental Health Services* 20(6): 603-617
- Botella L, Feixas G "(1992-1993)" The Authobiographical group: A tool for the reconstruction of past life experience with the aged. *International Journal of Aging and Human Development* 36(4): 303-319
- Bryant W (1991) Creative group work with confused elderly people: A development of sensory integration therapy. *British Journal of Occupational Therapy* 54(5): 187-192
- Burlingame GM, Barlow SH (1996) Outcome and process differences between professional and nonprofessional therapists in time-limited group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 46(4): 455-475
- Butler RN (2002) Declaration of the rights of older persons. *The Gerontologists*
- Carlson M, Shan-Finchiang, Zemke R, Clark F (1995) A meta -analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *The American Journal of Occupational Therapy* 50(2): 89-98
- Chapin R, Dobbs-Kepper D (2001) Aging in place in assisted living: Philosophy versus policy. *The Gerontologist* 41(1): 43-50
- Cheston R, Jones K, Gilliard J (2003) Group psychotherapy and people with dementia. *Aging and Mental Health* 7(6): 452-61
- Clark WG, Vorst VR (1994) Group therapy with chronically depressed geriatric patients. *Journal of Psychosocial Nursing* 32(5): 9-13
- Cooper C, Doherty J (2000) Group work for older people with mental health problems. *Nursing Times* 96(43): 42
- Culhane M, Dobson Stunde (1991) Groupwork with elderly women. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6(6): 415-418

- Delius P, Hüffer M (1996) Szenerische Imaginationen von Erinnerungsbildern: Ein gruppenpsychotherapeutisches Konzept für ältere Erwachsene. *Psychotherapeut* 41: 163-168
- Dhooper SS, Green SM, Huff MB, Austin-Murphey J (1993) Efficacy of a group approach to reduce depression in nursing home elderly residents. *Journal of Gerontological Social Work* 20: 87-100
- Dies R (1992) The future of group therapy. *Psychotherapy* 29: 58-64
- Fassinger RE (1997) Issues in group work with older Lesbians. *Group* 21: 191
- Finkel SI (1990) Group psychotherapy with older people. *Hospital and Community Psychiatry* 41(11): 1189-1191
- Gabriella Ba (1991) Group therapy with elderly patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 56: 157-161
- Gans JS, Weber RL (2000) The detection of shame in group psychotherapy: Uncovering the hidden emotion. *International Journal of Group Psychotherapy* 50(3): 381-388
- Garner J (2003) Psychotherapies and older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37(5): 537
- Gerard L (1997) Group learning behavior modification and exercise for women with urinary incontinence. *Urologic Nursing* 17(1): 17-22
- Gorey KM, Cryans AG (1991) Group work as an intervention modality with the older depressed client: A meta-analytic review. *Journal of Gerontological Social Work* 16(1-2): 137-157
- Gottesmann LE, Peskin E, Kennedy K, Mossey J (1991) Implications of a mental health intervention for elderly mentally ill residents of residential care facilities. *International Journal of Aging and Human Development* 32: 229-245
- Grawe K (1995) Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130-145
- Greenberg S (2000) The play's the thing: Older people as actors in their own life drama. *Journal of Geriatric Psychiatry* 33(2): 169-182
- Greene JA, Ingram TA, Johnson W (1993) Group psychotherapy for patients with dementia. *Southern Medical Journal* 86(9): 1033-35

- Hardley RT, Hadley WH, Dickens V, Jordon EG (2001) Music therapy: A treatment modality for special -needs populations. *International Journal for the Advancement of Counselling* 23: 215-221
- Haude V, Netz P (2001) Erfahrungen mit therapeutischen Gruppen auf einer gerontopsychiatrischen Station. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 37: 68-78
- Hautzinger M (1998) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression im Alter. Buch: *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen Kapitel: 2.11: 68-70*
- Hereck V, Bahro VM (2000) Gruppentherapie mit betagten Alkoholabhängigen: Ein konzeptueller Überblick. *Krankenhauspsychiatrie* 11: 8-12
- Hirsch RD (1992) Bericht über die Arbeitstagungen "Alter und Psychotherapie". *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 25: 401-403
- Jennett SM, Lincoln NB (1991) An evaluation of the effectiveness of group psychotherapy for memory problems. *International Disability Studies* 13(3): 83-86
- Johnson C, Puracchio Lahey P, Shore A (1992) An exploration of creative arts therapeutic group work on an Alzheimer's unit. *The Arts in Psychotherapy* 19: 269-277
- Johnson DR, Smith A, Miller J (1999) Developmental transformations in Group Therapy with the elderly. *Dramatic Role Play* 5: 78-103
- Kane RL, Hixon Illston L, Miller NA (1992) Qualitative Analysis of the program of All-inclusive Care for the elderly (PACE). *The Gerontologist* 32(6): 771-780
- Krebs E (1990) Psychotherapie im Alter. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 141(4): 361-380
- Kreische R, König K (1990) Gruppenarbeit in der psychiatrischen Klinik: Die psychohygienische und soziohygienische Funktion der Gruppenarbeit auf einer geschlossenen psychiatrischen Station. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 26: 15-28
- Kruse A (1990) Potentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 23: 235-245
- Lee HK (1991) The concept of elastic boundaries applied to group therapy with veterans over 60 years old. *Archives of Psychiatric Nursing* 5(2): 91-97
- Lee K, Hannan C, van den Bosch JA, Williams J, Mouratoglou V (2002) Evaluating a hearing voices group for older people: Preliminary findings. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17(11): 1079-80

- Leszcz M (1998) Introduction to special Issue on group psychotherapy for the medically
3. *International Journal of Group Psychotherapy* 48(2): 137-141
- Lindsay McWha J, Pachana NA, Alpass F (2003) Exploring the therapeutic
environment for older women with late -life depression: An examination of the benefits
of an activity group for older people suffering from depression. *Australian Occupational
Therapy Journal* 50: 158-169
- Lowy I (1992) Social group work with elders. *Social Work with Groups* 15: 109-127
- Maercker A, Zöllinger T (2002) Life-Review-Therapie als spezifische Form der
Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter. *Verhaltenstherapie und
Verhaltensmedizin* 23(2): 213-225
- McCrone (1991) Resocialization group treatment with the confused institutionalized
elderly. *Western Journal of Nursing Research* 13(1): 30-41
- Moberg PJ, Lazarus LW (1990) Psychotherapy of depression in the elderly. *Psychiatric
Annals* 20(2): 92-96
- Moffatt F, Mohr C, Ames D (1995) A therapeutic group in the community for the
elderly with functional psychiatric illnesses. *International Journal of Geriatric
Psychiatry* 10(1): 37-40
- Monique Riberdy Poitras, Pierre Verrier, Christaine So, Stéphanie Pâquet, Mickael
Bouin, Pierre Poitras (2002) Group counseling psychotherapy for patients with
functional gastrointestinal disorders. *Digestive Diseases and Science* 47(6): 1297-1307
- Orbach A (1994) Psychotherapy in the third age. *British Journal of Psychotherapy* 11:
221-231
- Pearlman IR (1993) Group psychotherapy with the elderly. *Journal of Psychosocial
Nursing* 31(7): 7-10
- Phoenix E, Irvine Y, Kohr R (1997) Sharing stories: Group therapy with elderly
depressed women. *Journal of Gerontological Nursing* 23(4): 10-15
- Pietrukowicz ME, Johnson MMS (1991) Using life histories to individualize nursing
home staff attitude toward residents. *The Gerontologist* 31(1): 102-106
- Pinquart M (1998) Wirkungen psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen
auf das Befinden und das Selbstkonzept im höheren Erwachsenenalter: Ergebnisse einer
Meta -Analyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 120-126

- Poitras MR, Verrier P, So C, Paquet S, Bouin M, Poitras P (2002) Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorder: Development of new measures for symptom severity and quality of life. *Digestive Diseases and Science* 47(6):
- Poitras P, Riberdy Poitras M, Plourde V, Boivin M, Verrier P (2002) Evolution of visceral sensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Digestive Disease and Science* 47(4): 914-920
- Procter EA, Alwar L (1995) A therapeutic group in the community for the elderly with functional psychiatric illnesses. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10(1): 33-36
- Reynolds CF (1994) Treatment of depression in late life. *The American Journal of Medicine* 97(suppl.6A): 6A-45S
- Reynolds D, Frank E, Perel JM, Mazumdar S, Kupfer DJ (1995) Maintenance therapies for late -life recurrent major depression: Research and review circa 1995. *International Psychogeriatrics* 7(Suppl): 27-37
- Rokke PD, Scogin F (1995) Depression treatment preferences in younger and older adults. *Journal of Clinical Geropsychology* 1: 243-258
- Ronch JL, Loning E (1997) Opportunities development via group psychotherapy in the nursing home. *Group*
- Rönnecke B (1990) Psychologische Aspekte der geriatrischen Rehabilitation - Implikationen für die Psychotherapie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 3 (2): 155-161
- Rossmann S (2001) At the limits of psychotherapeutic medicine. *Wiener medizinische Wochenschrift* 151(15-17): 332-41
- Roth L (1994) University -based treatment program for the psychiatric elderly: How effective ? *Educational Gerontology Special Issue*: 241-249
- Russel K (1990) Groupwork with the elderly mentally ill. *Nursing* 4(10): 25-28
- Ryan D, Doubleday E (1995) Group work: A lifeline -line for isolated elderly. *Social Work with Groups* 18(2-3): 65-78
- Saiger GM (2001) Group psychotherapy with older adults. *Psychiatry* 64(2): 132-145

- Scheidt CE, Schwind A (1992) Zur Psychodynamik der Krankheitsverarbeitung bei Schlaganfall: Erfahrungen einer psychotherapeutischen Gruppe. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 42: 54-59
- Schneider LS, Olin JT (1995) Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *International Psychogeriatrics* 7(Suppl): 7-23
- Schonfeld L, Dupree L W (1995) Treatment approaches for older problem drinkers. *The international Journal of the Addictions* 30 (13&14)
- Sheikh AJ, Mason D, Taylor A (1993) An experience of an expressive group with the elderly. *British Journal of Psychotherapy* 10(1): 77-82
- Shura S, SR Saul (1990) The application of joy in group psychotherapy for the elderly. *International Journal of Group Psychotherapy* 40(3): 353-363
- Snell FI, Padin-Rivera E (1997) Group treatment for older veterans with post -traumatic stress disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 35(2): 10-16
- Solomon K, Zinke MR (1991) Group psychotherapy with the depressed elderly. *Journal of Gerontological Social Work* 17(1-2): 47-57
- Teri L, Logsdon RG (1992) The future of psychotherapy with older adults. *Psychotherapy* 29(1): 81-87
- Tomaino CM (1994) Music and music therapy for frail noninstitutionalized elderly persons. *Journal of Long -term Home Health Care* 13(2): 24-27
- van der Pompe G, Antoni MH, Duivenvoorden HJ, de Graeff A, Simonis RF, van der veegt SGL, Heijnen CJ (2001) An exploratory study into the effect of group psychotherapy on cardiovascular and immunoreactivity to acute stress in breast cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics* 70(6): 307-18
- Vardi DJ, Ester S, Buchholz (1994) Group psychotherapy with inner -city grandmothers raising their grandchildren. *International Journal of Group Psychotherapy* 44(1)
- Wahl HW , Tesch-Römer C (1998) Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 76-88
- Weiss LJ, Lazarus LW (1993) Psychosocial treatment of the geropsychiatric patient. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(1): 95-100

Williams-Barnard CL, Lindell AR (1992) Therapeutic use of prizing and its effects on self-concept of elderly clients in nursing homes and group homes. *Issues in Mental Health Nursing* 13(1): 1-17

Worley K, Henderson S (1995) Speaking of difficult choices: The creation of a drama and dialogue group on end-of-life choices. *The Gerontologist* 35(3): 412-414

Yalom VJ, Yalom I (1990) Brief interactive group psychotherapy. *Group psychotherapy* 20(7): 362-369

Yaretzky A, Levinson M, Kimchi OL (1996) Clay as a therapeutic tool in group processing with the elderly. *American Journal of Art Therapy* 34(3): 75-82

Young Ca, Reed PG (1995) Elder's perceptions of the role of group psychotherapy in fostering self-transcendence. *Archives of psychiatric nursing* 9(6): 338-47

Zimberg S (1996) Treating alcoholism: An age-specific intervention that works for older patients. *Geriatrics* 51(10)

11.7 Literatur zur Life-Review-Therapie (Kapitel 5.4)

- Alexandria VA (1994) Group therapy with older adults in long -term care -settings
Research and clinical cautions and recommendations. *Journal for Specialists in Group Work* 19(1): 22-29
- Burnside I, Haight B (1994) Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people. *The Nurse Practitioner* 19(4): 55-61
- Burnside I, K.Haight B (1992) Reminiscence and life review :analysing each concept. *Journal of Advanced Nursing* 17: 855-862
- Giltinan JM (1990) Using Life review to facilitate self-actualization in elderly women. *Gerontology and Geriatrics Education* 10(4): 75-83
- Haight B (1992) Long -term effects of a structured life review process. *Journal of Gerontology* 47(5): P312-P315
- Haight B, Michel Y, Hendrix S (1998) Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents short -and long -term effects. *International Journal of Aging and Human Development* 47(2): 119-142
- Haight B, Michel Y, Hendrix S (2000) The extended effects of the life review in nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development* 50(2): 151-168
- Lohmann H, Heuft G (1995) Life review: Förderung der Entwicklungspotentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28: 236-241
- Puentes WJ (2003) Cognitive therapy integrated with life review techniques: An eclectic treatment approach for affective symptoms in older adults. *Journal of Clinical Nursing* 13(1): 84-89
- Speer DC (1994) Group therapy in nursing homes and hearing deficit. *Clinical Gerontologist* 14: 68-70
- Stevens-Ratchford RG (1992) The effect of life review reminiscence activities on depression and self -esteem in older adults. *The American Journal of Occupational Therapy* 47(5): 413-420
- Stones M.J, Rattyenbury C, Kozma A(1994)Application of a nonlinear mathematical model to data on a succesful therapeutic intervention. *Social Indicators Research* 31(1): 47-61

Waters EB (1990) The Life review: Strategies for working with individuals and groups. Journal of Mental Health Counseling 12(3): 270-278

Weiss JC (1994) Group therapy with older adults in long -term care settings: Research and clinical cautions and recommendations. Journal for Specialists in Group Work 19: 22-29

11.8 Literatur zu dem allgemeinen Vorgang des Erinnerns (Kapitel 5.4)

- David D (1990) Reminiscence, Adaption and social context in old age. *International Journal of Aging and Human Development* 30(3): 175-188
- Frey PS (1991) Individual differences in reminiscence among older adults: Predictors of frequency and pleasantness ratings of reminiscence activity. *International Journal of Aging and Human Development* 33(4): 311-326
- Kovach C (1991) Reminiscence: Exploring the origins, processes and consequences . *Nursing Forum* 26(3): 14-19
- Puentes WJ (2000) Using social reminiscing to teach therapeutic communication skills. *Geriatric Nursing* 21(6): 315-318
- Quackenbush SW, Barnett MA (1995) Correlates of reminiscence activity among elderly individuals. *International Journal of Aging and Human Development* 41(2): 169-181
- Staudinger UM, Smith J, Baltes PB (1992) Wisdom -related knowledge in a life review task: Age differences and the role of professional specialization. *Psychology and Aging* 7(2): 271-281
- Taft LB, Nehrke MF (1990) Reminiscence, Life review and ego integrity in nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development* 30: 189-195
- Wong PTP, Watt LM (1991) What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging* 6(2): 272-279

11.9 Literatur zur Reminiscence-Therapie (Kapitel 5.4)

- Areán PA, Perri MG, Nezu AM, Scheinfrima Christopher LM, Joseph TX (1993) Comparative effectiveness of "social problem solving therapy" and Reminiscence therapy as treatment for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(6): 1003-1010
- Ashida S (2000) The effects of Reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in the elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy* 37: 170-182
- Ashton D (1993) Therapeutic use of reminiscence with the elderly. *British Journal of Nursing* 2(18): 894,896-8
- Bachar E, Kindler S, Scheffler G, Lerer B (1991) Reminiscence as a technique in the group psychotherapy of depression: A comparative study. *British Journal of Clinical Psychology* 30: 375-377
- Bonhote K, Romano-Egon J, Cornwell C (1999) Altruism and creative expression in a long-term older adult psychotherapy group. *Issues in Mental Health Services* 20(6): 603-617
- Bramlett MH, Gueldner SH (1993) Reminiscing: A viable option to enhance power in elders. *Clinical Nurse Specialiste (CNS)* 7(2): 68-74
- Burnside I (1990) Reminiscence: An independent nursing intervention for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing* 11(1): 33-48
- Burnside I (1993) Themes in reminiscence groups with older women. *International Journal of Aging and Human Development* 37(3): 177-189
- Burnside I, Haight B (1994) Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people. *The Nurse Practitioner* 19(4): 55-61
- Burnside I, K.Haight B (1992) Reminiscence and life review :analysing each concept. *Journal of Advanced Nursing* 17: 855-862
- Coaten R (2001) Exploring reminiscence through dance and movement. *Journal of Dementia Care* 9: 19-22
- Cook E (1991) The effects of reminiscence on psychological measures of ego integrity in elderly nursing home residents. *Archives of Psychiatric Nursing* 5(5): 292-298

- Cully JA, LaVoie D, Gfeller JD (2001) Reminiscence, personality and psychological functioning in older adults. *The Gerontologist* 41(1): 89-95
- Fielden Ma (1990) Reminiscence as a therapeutic intervention with sheltered housing residents: A comparative study. *British Journal of Social Work* 20: 21-44
- Fielden Ma (1992) Depression in older adults: Psychological and psychosocial approaches. *British Journal of Social Work* 22(3): 291-307
- Finnema E (2000) The effects of emotion -oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(2): 141-161
- Fuchs T (1992) Erinnerungstherapie im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 42: 308-314
- Gibb H, Morris CT, Gleisberg J (1997) A therapeutic programme for people with dementia. *International Journal of Nursing* 3(3): 191-199
- Haight B (1991) Reminiscence: The state of the art as a basis for practice. *International Journal of Aging and Human Development* 33(1): 1-32
- Haight B, Dias JK (1992) Examining key variables in selected reminiscing modalities. *International Psychogeriatrics* 4(Suppl.2): 279-289
- Hautzinger M (2000) Evaluation und Wirksamkeitsbeurteilung. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv - verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm* (S 1-3)
- Hautzinger M (1992) Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven älteren Menschen: Erste Erfahrungen und Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 369-372
- Hautzinger M (2000) Differentialdiagnose. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln* (S 10-1)
- Hautzinger M (2000) Epidemiologie. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln*
- Hautzinger M (2000) Verlauf und Prognose. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln* (S 15-16)
- Hautzinger M (2000) Risikofaktoren. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln* (S 16)
- Head DM, Portnoy S, Woods RT (1990) The impact of Reminiscence groups in two different settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 295-302

- Jones E (2003) Reminiscence therapy for older women with depression. *Journal of Gerontological Nursing* 29(7): 26-33
- Jonsdottir H, Gudrun Jonsdottir RN, Steingrimsdottir E, Tryggvadottir B (2000) Group reminiscence among people with end-stage chronic lung diseases. *Journal of Advanced Nursing* 35(1): 79
- Klausner EJ, Clarkin FL, Spielman L, Pupo C, Abrams R, Alexopoulos GS (1998) Late-life depression and functional disability: The role of goal-focused group psychotherapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13(10): 707-716
- Loebach Wetherell J (1998) Treatment of anxiety in older adults. *Psychotherapy* 35(4): 444-458
- Lowenthal RI, Richard RA, Marazzo A (1990) Milestoning: Evoking Memories for Resocialisation through group reminiscence. *The Gerontologist* 30(2):
- McCloskey L (1990) The silent heart sings: Reminiscence and life review through music. *Generations* 14: 63-65
- Moore BG (1992) Reminiscing therapy: A CNS intervention. *Clinical Nurse Specialist* 6(3): 170-173
- O'Leary E, Nieuwstraten IM (2001) Emerging psychological issues in talking about death and dying: A discourse analytic study. *International Journal for the Advancement of Counselling* 23: 179-199
- Rentz CA (1995) Reminiscence: A supportive intervention for the person with alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing* 33(11): 15-20
- Scogin F (1994) Efficacy of psychosocial treatment for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(1): 69-74
- Soltys FG, Coats L (1995) The Solcos Model: Facilitating reminiscence therapy. *Journal of Psychosocial Nursing* 33(11): 21-26
- Stones M.J, Ivany G, Kozma A (1994) Anticipating attendance in reminiscence therapy with measures of mood and happiness. *Social Indicators Research* 32(3): 251-262
- Watt L.M, Watt PTP (1990) A taxonomy of reminiscence and therapeutic implications. *Journal of Gerontological Social Work* 16: 37-57
- Weiss DM, Hern BG (1991) A group counseling experience with the very old. *Journal for Specialists in Group Work* 16: 143-151

Literaturverzeichnis

Youssef FA (1990) The impact of group reminiscence counseling on a depressed elderly population. *The Nurse Practitioner* 15(4): 32, 35-38

11.10 Literatur zur Validation-Therapie (Kapitel 5.5)

- Bleathmann C, Morton I (1992) Validation therapy: Extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing* 17: 658-666
- Day CR (1997) Validation Therapy: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* April: 29-34
- Feil N (1992) Validation Therapy. *Geriatric Nursing Mai, Juni*: 129-133
- Fine IF, Rouse-Bane S (1995) Using Validation Techniques to improve communication with cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 21(6): 39-45
- Finnema E (2000) The effects of emotion -oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(2): 141-161
- Gerster E (1995) Naomi Feil: Die Flucht vor der Wirklichkeit. *Pflegezeitschrift* 3: 143-146
- Morton I, Bleathman C (1991) The effectiveness of validation therapy in dementia: a pilote study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 327-330
- Neal M, Briggs M (2003) Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3),CD001394
- Romero B, Eder G (1992) Selbst -Erhaltungs -Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4: 267-282
- Scanland SG, Emershaw LE (1993) Reality orientation and Validation therapy: Dementia, depression and functional status. *Journal of Gerontological Nursing* 19(6): 7-11

11.11 Literatur zum Realitäts-Orientierungs-Training (Kapitel 5.5)

- Baldelli MV, Pirani A., Motta M, Abati E, Mariani E, Manzi V (1993) Effects on Reality orientation therapy on elderly patients in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 17(3): 211-218
- Erhardt T, Kötter U, Hampel H, Schaub A, Hegerl U, Möller HJ (1997) Psychologische Therapieansätze bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10(2): 85-98
- Gatz M, Smyer Ma (1992) The mental health system and older adults in the 1990s. *American Psychologist* 47(6): 741-751
- Gerber GJ, Prince PN, Snider HG, Atchinson K, Dubois L, Kilgour JA (1991) Group activity and cognitive improvement among patients with Alzheimer's disease. *Hospital and Community Psychiatry* 42(8): 843-846
- Kaschel R, Zaiser-Kaschel H, Mayer K (1992) Realitäts-Orientierungs-Training: Literaturüberblick und Implikationen für die neuropsychologische Gedächtnisrehabilitation. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4: 223-235
- Köhler M, Barolin GS (1991) Der verwirrte und der demente Patient als Problem der Neuro-Rehabilitation. *Wiener medizinische Wochenschrift* 20: 462-476
- Noll P, Haag G (1992) Das Realitäts-Orientierungs-Training: Eine spezifische Intervention bei Verwirrtheit. *Verhaltenstherapie* 2: 222-230
- Romero B, Eder G (1992) Selbst -Erhaltungs -Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4: 267-282
- Scanland SG, Emershaw LE (1993) Reality orientation and Validation therapy: Dementia, depression and functional status. *Journal of Gerontological Nursing* 19(6): 7-11
- Spector A, Davies S, Woods B, Orrell M (2000) Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist* 40(2): 206-212

Literaturverzeichnis

Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B (2000) Reality orientation for dementia.

Cochrane Database of Systematical Reviews

Zanetti O, Frisoni GB, DeLeo D, dello Buono M, Bianchetti A, Trabucchi M (1995)

Reality orientation therapy in Alzheimer Disease: Useful or not? A controlled study.

Alzheimer Disease and Associated Disorders 9(3): 132-138

11.12 Literatur zu den verschiedenen

Gruppenpsychotherapieansätzen (Kapitel 5.6)

- Areán PA, Perri MG, Nezu AM, Scheinfrima Christopher LM, Joseph TX (1993) Comparative effectiveness of "social problem solving therapy" and Reminiscence therapy as treatment for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(6): 1003-1010
- Austad CS (1992) The Wisdom group: A psychotherapeutic model for elderly persons. *Psychological Reports* 70(2): 356-358
- Bach D, Böhmer F, Frühwald F, Grilc B (1993) Aktivierende Ergotherapie: Eine Methode zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei geriatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie* 26: 476-481
- Cohen MA (2000) Bereavement groups with the elderly. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice* 1(2): 33-41
- Cummings SM (2003) The efficacy of an integrated group treatment program for depressed assisted living residents. *Research on Social Work Practice* 13(5): 608-621
- Delius P (1990) Das Kompetenzmodell des Alters: Möglichkeiten klinisch - psychiatrischer Umsetzung am Beispiel einer Geschichtsgruppe (Oral-History-Gruppe). *Zeitschrift für Gerontologie* 23: 293-299
- Ellis A (1990) Treating the widowed client with rational -emotive therapy. *The Psychotherapy Patient* 6: 105-111
- Faer M (1995) The intergenerational life -history project: Promoting health and reducing disease in adolescents and elders. *Public health reports* 110(2): 194-198
- Genia V (1990) Interreligious encounter group: A psychospiritual experience for faith development. *Counseling and Values* 35(1): 39-48
- Goldsilver P, Gruneir MRB (2001) Early stage dementia group: An innovative model of support for individuals in the early stages of dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dement.* 16(2): 109-114
- Greenberg S, Motenko AK, Roesch C, Embleton N (1999) Friendship across the life cycle: A support group for older women. *Journal of Gerontological Social Work* 32(4): 7-23

Hutchinson SA (1990) The Pals programme: Intergenerational remotivation. *Journal of Gerontological Nursing* 16(12): 18-26

Kehoe NC (1998) Religious -issues group therapy. *New Directions for Mental Health Services* 80: 45-55

Kelly TB (1999) Mutual Aid Groups with mentally ill older adults. *Social Work with Groups* 21(4): 63-80

Qualls SH (1997) Aging families: The personal, permanent group. *Group* 21(2): 175-190

Rickard HC, Scogin F, Keith S (1994) A one -year follow-up of relaxation training for elders with subjective anxiety. *The Gerontologist* 34(1): 121-122

Scogin F, Rickard H, Keith S, Wilson J, McElrath L (1992) Progressive and imaginal relaxation training for elderly persons with subjective anxiety. *Psychology and Aging* 7: 419-424

11.13 Literatur zu den verschiedenen Therapieansätze bei dementen Patienten (Kapitel 6.1)

Arno S, Frank DI (1994) A group for "wandering" institutionalized clients with primary degenerative dementia. *Perspectives in Psychiatric Care* 30(4): 13-16

Bauer J (1997) Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlungen bei Alzheimer Patienten im Frühstadium der Erkrankung. *Der Nervenarzt* 68:(5) 421-424

Beck C (1996) Evaluation of Interventions in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl)1: 17-20

Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, Fobair P, Carlson RW, Kraemer HC, Spiegel D (2001) Supportive -expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry* 58(5): 494-501

Coleman LM, Fowler LL, Williams ME (1995) Use of unproven therapies by people with Alzheimer's disease. *Journal of the american geriatrics society* 43: 747-750

Cotrell V, Richard SC (1993) The perspective of the patient with Alzheimer's disease: A neglected dimension of dementia research. *The Gerontologist* 33(2): 205-211

Cummings JL (1996) Barriers to behavioral Research on dementia. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl) 1: 21-23

Deisinger K, Markowitsch HJ (1991) Die Wirksamkeit von Gedächtnistrainings in der Behandlung von Gedächtnisstörungen. *Psychologische Rundschau* 42: 55-65

Ehrhardt T, Kötter U, Hampel H, Schaub A, Hegerl U, Möller HJ (1997) Psychologische Therapieansätze bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10(2): 85-98

Ermini-Fünfschilling D, Meier D (1995) Gedächtnistraining: Wichtiger Bestandteil der Milieuthherapie bei seniler Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28: 190-194

Feil N (1995) Naomi Feil demonstriert Validation on Stuttgart (Veranstaltungseinladung). *Pflegezeitschrift* 7: 416

Gutzmann Stunde (1999) Dementielle Erkrankungen: Klinische Aspekte und therapeutische Ansätze. *Krankenhauspsychiatrie* 10(2): S64-S67

- Haupt M (1999) Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32(3): 159-166
- Hinchliffe AC, Hymann IL, Blizard B, Livingston G (1995) Behavioral complications of dementia: Can they be treated ? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10: 839-847
- Hope K (1997) Using multi -sensory environments with older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 25: 780-785
- Lazarus L W, Cohler B J, Lesser J (1996) Self psychology: First application to understanding patients with Alzheimer's Disease. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl)1: 253
- Loebach Wetherell J (1998) Treatment of anxiety in older adults. *Psychotherapy* 35(4): 444-458
- McDonald JA (1995) Das Gebet in der Gruppe als Therapie. *Pflegezeitschrift* 2: 74-75
- Platz S, Weyerer S (1990) Gedächtnistraining im Alter: Theoretischer Hintergrund und Entwicklung eines Interventionsprogramms für Altenheimbewohner. *Zeitschrift für Gerontologie* 23(23): 197-204
- Pulsford D, Rushforth D, Connor I (2000) Woodlands therapy: An ethnographic analysis of a small -group therapeutic activity for people with moderate or severe dementia. *Journal of Advanced Nursing* 32(3): 650-657
- Pulsfort D (1997) Therapeutic activities for people with dementia: What, why...and why not ? *Journal of Advanced Nursing* 26: 704-709
- Robichaud L, Hébert R, Desrosiers J (1994) Efficacy of a sensory integration program on behavior of inpatients with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy* 48(4): 355-359
- Romero B, Eder G (1992) Selbst -Erhaltungs -Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4: 267-282
- Scheen-Quodbach C (1995) Schaffung eines Lebensraumes für Demenzkranke. *Pflegezeitschrift* 3: 147-149
- Snyder L, Quayhagen MP, Shepherd S, Bower D (1995) Supportive seminar groups: An intervention for early stage dementia patients. *The Gerontologist* 35: 691-695

- Teri L, Logson RG (1991) Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: The pleasant events schedule (AD). *The Gerontologist* 31(1): 1991
- Wilson NL, Lantz MS, Buchhalter EN, McBee L (1997) The wellness group: A novel intervention for coping with disruptive behavior in elderly nursing home residents. *Practice Concepts* 37(4):

11.14 Literatur zu Therapieansätzen bei pflegenden Bezugspersonen älterer, meistens dementer Menschen (Kapitel 6.2)

- Bauer J (1997) Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlungen bei Alzheimer Patienten im Frühstadium der Erkrankung. *Der Nervenarzt* 68:(5) 421-424
- Bruder J (1990) Alterspsychotherapie und Angehörigenarbeit. *Zeitschrift für Gerontologie* 3(2): 131-137
- Coon DW, Thompson L, Ann Steffen K (2003) Anger and depression management: Psychoeducational Skill Training Interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist* 43(5): 678-689
- Fleischmann UM, Strobel M (1990) Psychosoziale Begleitung von Altenpflegekräfte durch Gruppenarbeit: Vorüberlegungen und erste Erfahrungen. *Zeitschrift für Gerontologie* 23:180-185
- Förstl H, Geiger-Kabisch C (1995) "Alzheimer Angehörigengruppe": Eine systemische Erhebung von Bedürfnissen und Erfahrungen pflegender Angehöriger. *Psychiatrische Praxis* 22: 68-71
- Goodman CC, Pynoos J (1990) A model telephone information and support program for caregivers of Alzheimer's patients. *The Gerontologist* 30(3): 399-403
- Gunzelmann T (1991) Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen: Stand von Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4(1): 41-56
- Haupt M (1999) Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32(3): 159-166
- Haupt M, Karger M, Jänner M (2000) Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(12): 1125-1129
- Hirsch RD (1992) Balintgruppen in der Altenarbeit. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 397-400

- Knight BG, Lutzky SM, Macofsky-Urban F (1993) A Meta-analytic review of interventions for Caregiver Distress: Recommendations for future research. *The Gerontologist* 33(2): 240-48
- Schmid AH, Rouslin M (1992) Integrative outpatient group therapy for discharged elderly psychiatric inpatients. *Practice Concepts* 32(4): 558-560
- Schulz R, Visintainer P, Williamson G M (1990) Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology* 45(5): P181-191
- Teri L (1994) Behavioral treatment of depression in patients with dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 3: 66-74
- Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, Mc Curry SM (1997) Behavioral treatment of depression in dementia patients. *Journal of Gerontology* 52B(4): P159-166
- Toseland RW, Rossiter CM (1987) Group interventions to support family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist* 29: 438-448
- Toseland RW, Rossiter CM, Peak T (1989) Comparartive effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers. *Social Work* 35(3): 209-217
- van den Heuvel ETP, De Witte LP, Nooyen-Haazen I, Sanderman R, Meyboom-de Jong B (2000) Short -term effects of a group support programm and an individual support program for caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling* 40: 109-120
- Wächter C, Bähge A, Dehm B, Hartmann J, Hedrich H, Herber U, Kück R, Lange J, Mittelstein, Schütt I (1995) Das gerontopsychiatrische Team in der Fachabteilung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28: 122-128
- Walsh WA, Steffen A, Gallagher-Thompson D (1992) Depressionsniveau und Belastungsverarbeitung bei Betreuern körperlich und geistig beeinträchtigter älterer Menschen. *Verhaltenstherapie* 2: 231-236
- Zimber A (1998) Beanspruchung und Stress in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 417-425

11.15 Literatur zu dem Kapitel: Häufiger auftretende Probleme Älterer innerhalb einer Gruppentherapie (Kapitel 7)

- Arden M, Garner J, Porter J (1998) Curious bedfellows: Psychoanalytic understanding and old age psychiatry. *Psychoanalytic Psychotherapy* 12(1): 47-56
- Battegay R, Müllejäns R (1992) Abnahme des Narzissmus im Alter und Suizid. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 143(4): 293-306
- Beecraft S (1999) Open space: Endings: Groupwork with the elderly with mental health problems. *Psychodynamic Counselling* 5(4): 497-506
- Bleathmann C, Morton I (1992) Validation therapy: Extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing* 17: 658-666
- Burnside I (1990) Reminiscence: An independent nursing intervention for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing* 11(1): 33-48
- Dies R (1992) The future of group therapy. *Psychotherapy* 29: 58-64
- Draper B (1999) The diagnosis and treatment of depression in dementia. *Psychiatric services* 50(9): 1151-1153
- Evans S, Chisholme P, Walsh J (2001) A dynamic psychotherapy group for the elderly. *Group Analysis* 34: 287-298
- Finkel SI (1990) Group psychotherapy with older people. *Hospital and Community Psychiatry* 41(11): 1189-1191
- Gatz M, Smyer Ma (1992) The mental health system and older adults in the 1990s. *American Psychologist* 47(6): 741-751
- Gibb H, Morris CT, Gleisberg J (1997) A therapeutic programme for people with dementia. *International Journal of Nursing* 3(3): 191-199
- Giltinan JM (1990) Using Life review to facilitate self-actualization in elderly women. *Gerontology and Geriatrics Education* 10(4): 75-83
- Greene JA, Ingram TA, Johnson W (1993) Group psychotherapy for patients with dementia. *Southern Medical Journal* 86(9): 1033-35
- Haude V, Netz P (2001) Erfahrungen mit therapeutischen Gruppen auf einer gerontopsychiatrischen Station. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 37: 68-78

- Hautzinger M (1998) Gruppenprogramm für ältere depressive Menschen. Buch: Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen Kapitel: 2.12: 70-71
- Hirsch RD (1990) Psychotherapie im Alter: Geht das noch ? Psychologie Heute 17(2): 62-67
- Johnson C, Puracchio Lahey P, Shore A (1992) An exploration of creative arts therapeutic group work on an Alzheimer's unit. The Arts in Psychotherapy 19: 269-277
- Kemper J (1991) Die Sohn -Tochter Übertragung in der tiefenpsychologisch orientierten Gruppenbehandlung Alternder. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 27(4): 377-88
- Koder DA, Brodaty H, Anstey KJ (1996) Review: Cognitive therapy for depression in the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry 11: 97-107
- Leszcz M (1997) Integrated group psychotherapy for the treatment of depression in the elderly. Group 21(2): 89-113
- Orbach A (1994) Psychotherapy in the third age. British Journal of Psychotherapy 11: 221-231
- Procter EA, Alwar L (1995) A therapeutic group in the community for the elderly with functional psychiatric illnesses. International Journal of Geriatric Psychiatry 10(1): 33-36
- Radley M, Redston C, Bates F, Pontefract M (1997) Effectiveness of group anxiety management with elderly clients of a community psychogeriatric team. International Journal of Geriatric Psychiatry 12(1): 79-84
- Ronch JL, Loning E (1997) Opportunities development via group psychotherapy in the nursing home. Group
- Skinner BF (1992) Intellektuelles Selbst-Management im Alter. 2: 198-202
- Speer DC (1994) Group therapy in nursing homes and hearing deficit. Clinical Gerontologist 14: 68-70
- Teri L, Logsdon RG (1992) The future of psychotherapy with older adults. Psychotherapy 29(1): 81-87
- Tonscheidt S (1992) Stationäre Verhaltenstherapie bei depressiven älteren Menschen. Zeitschrift für Gerontologie 25: 365-368
- Weiss DM, Hern BG (1991) A group counseling experience with the very old. Journal for Specialists in Group Work 16: 143-151

Literaturverzeichnis

Weiss JC (1994) Group therapy with older adults in long -term care settings: Research and clinical cautions and recommendations. *Journal for Specialists in Group Work* 19: 22-29

Weiss LJ, Lazarus LW (1993) Psychosocial treatment of the geropsychiatric patient. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(1): 95-100

11.16 Literatur zu den Meta-Analysen (Kapitel 8)

- Fuchs T, Zimmer FT (1992) Verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapieansätze bei Altersdepression. *Verhaltenstherapie* 2: 244-250
- Carlson M, Shan-Finchiang, Zemke R, Clark F (1995) A meta -analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *The American Journal of Occupational Therapy* 50(2): 89-98
- Day CR (1997) Validation Therapy: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* April: 29-34
- Erhardt T, Kötter U, Hampel H, Schaub A, Hegerl U, Möller HJ (1997) Psychologische Therapieansätze bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10(2): 85-98
- Finnema E (2000) The effects of emotion -oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(2): 141-161
- Gatz M, Fiskes A, Kaskie B, Kasl-Godley EJ, Mc Callum TJ, Loebach Wetherell J (1998) Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging* 4(1): 9-46
- Gorey KM, Cryans AG (1991) Group work as an intervention modality with the older depressed client: A meta -analytic review. *Journal of Gerontological Social Work* 16(1-2): 137-157
- Gunzelmann T (1991) Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen: Stand von Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4(1): 41-56
- Haight B (1991) Reminiscence: The state of the art as a basis for practice. *International journal of aging and humann development* 33(1): 1-32
- Hautzinger M (2002) Verhaltenstherapie bei affektiven und neurologischen Störungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23(2): 195-212
- Kaschel R, Zaiser-Kaschel H, Mayer K (1992) Realitäts-Orientierungs-Training: Literaturüberblick und Implikationen für die neuropsychologische Gedächtnisrehabilitation. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4: 223-235

- Klausner EJ, Alexopoulos GS (1999) The future of psychosocial treatments for elderly patients. *Mental Health and Aging* 50(9): 1198-1204
- Knight BG, Lutzky SM, Macofsky-Urban F (1993) A Meta-analytic review of interventions for Caregiver Distress: Recommendations for future research. *The Gerontologist* 33(2): 240-48
- Koder DA, Brodaty H, Anstey KJ (1996) Review: Cognitive therapy for depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11: 97-107
- Loebach Wetherell J (1998) Treatment of anxiety in older adults. *Psychotherapy* 35(4): 444-458
- Noll P, Haag G (1992) Das Realitäts-Orientierungs-Training: Eine spezifische Intervention bei Verwirrtheit. *Verhaltenstherapie* 2: 222-230
- O'Rourke N, Hadjistavropoulos T (1997) The relative efficacy of psychotherapy in the treatment of geriatric depression. *Aging and Mental Health* 1(4): 305-310
- Okun MA, Olding RW, Cohn CMG (1990) A meta -analysis of subjective well -being interventions among older elders. *Psychological Bulletin* 108(2): 257-266
- Pinquart M (1998) Wirkungen psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen auf das Befinden und das Selbstkonzept im höheren Erwachsenenalter: Ergebnisse einer Meta -Analyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 120-126
- Schneider LS, Olin JT (1995) Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *International Psychogeriatrics* 7(Suppl): 7-23
- Schonfeld L, Dupree L W (1995) Treatment approaches for older problem drinkers. *The international Journal of the addictions* 30 (13&14)
- Scogin F & McElreath L (1994) Efficacy of psychosocial treatment for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(1): 69-74
- Spector A, Davies S, Woods B, Orrell M (2000) Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist* 40(2): 206-212
- Wahl HW , Tesch-Römer C (1998) Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial -und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 76-88

11.17 Literatur zu den Studien

Abraham IL, Neundorfer MM, Currie LJ (1992) Effects of group interventions on cognition and depression in nursing home residents. *Nursing Research* 41(4): 196-202

Areán PA, Perri MG, Nezu AM, Scheinfrim Christopher LM, Joseph TX (1993) Comparative effectiveness of "social problem solving therapy" and Reminiscence therapy as treatment for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(6): 1003-1010

Bachar E, Kindler S, Scheffler G, Lerer B (1991) Reminiscence as a technique in the group psychotherapy of depression: A comparative study. *British Journal of Clinical Psychology* 30: 375-377

Baldelli MV, Pirani A., Motta M, Abati E, Mariani E, Manzi V (1993) Effects on reality orientation therapy on elderly patients in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 17(3): 211-218

Boehnlein JK, Sparr LF (1993) Group Therapy with WW2 Ex-Pow 's: Long -term posttraumatic adjustment in a geriatric population. *American Journal of Psychotherapy* 47(2):

Botella L, Feixas G (1992-1993) The Authobiographical group: A tool for the reconstruction of past life experience with the aged. *International Journal of Aging and Human Development* 36(4): 303-319

Bramlett MH, Gueldner SH (1993) Reminiscing: A viable option to enhance power in elders. *Clinical Nurse Specialiste (CNS)* 7(2): 68-74

Brand E, Clingempel WG (1992) Group behavioral therapy with depressed geriatric inpatients: An assessment of incremental efficacy. *Behavior Therapy* 23: 475-482

Brawley LR, Rejeski WJ, Lutes L (2000) A group -mediated cognitive -behavioral intervention for increasing adherence to physical activity in older adults. *Journal of applied biobehavioral research* 5: 47-55

Calfas KJ, Kaplan RM, Ingram RE (1992) One year evaluation of cognitive-behavioral intervention in osteoarthritis. *Arthritis, care and research* 5: 202-209

Cheston R, Jones K, Gilliard J (2003) Group psychotherapy and people with dementia. *Aging and Mental Health* 7(6): 452-61

- Cook AJ (1998) Cognitive -behavioral pain management for elderly nursing home residents. *Journal of Gerontology* 53B: P51-P58
- Cook E (1991) The effects of reminiscence on psychological measures of ego integrity in elderly nursing home residents. *Archives of Psychiatric Nursing* 5(5): 292-298
- Coon DW, Thompson L, Ann Steffen K (2003) Anger and depression management: Psychoeducational Skill Training Interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist* 43(5): 678-689
- Cummings SM (2003) The efficacy of an integrated group treatment program for depressed assisted living residents. *Research on Social Work Practice* 13(5): 608-621
- Dhooper SS, Green SM, Huff MB, Austin-Murphey J (1993) Efficacy of a group approach to reduce depression in nursing home elderly residents. *Journal of Gerontological Social Work* 20: 87-100
- Ermini-Fünfschilling D, Meier D (1995) Gedächtnistraining: Wichtiger Bestandteil der Milieuthherapie bei seniler Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28: 190-194
- Ersek M, Turner JA, Mc Curry SM, Gibbons L, Kraybill BM (2003) Efficacy of a self-management group intervention for elderly persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 19(3): 156-167
- Fielden Ma (1990) Reminiscence as a therapeutic intervention with sheltered housing residents: A comparative study. *British Journal of Social Work* 20: 21-44
- Fry PS, Wong PT (1991) Pain management training in the elderly: Matching interventions with subjects coping styles. *Stress Medicine* 7: 93-98
- Gallagher-Thompson DE, Hanley-peterson P, Thompson LW (1990) Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 371-374
- Gerber GJ, Prince PN, Snider HG, Atchinson K, Dubois L, Kilgour JA (1991) Group activity and cognitive improvement among patients with Alzheimer's disease. *Hospital and Community Psychiatry* 42(8): 843-846
- Granholt E, McQuaid JR, McClure, Pedrelli P, Jeste DV (2002) A randomized controlled pilot study of cognitive behavioral social skills training for older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 53(1-2): 167-169

- Haight B (1992) Long -term effects of a structured life review process. *Journal of gerontology* 47(5): P312-P315
- Haight B, Michel Y, Hendrix S (1998) Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents short -and long -term effects. *International Journal of Aging and Human Development* 47(2): 119-142
- Haupt M, Karger M, Jänner M (2000) Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(12): 1125-1129
- Hautzinger & Welz (2001): Flyer
- Hautzinger M (2000) Evaluation und Wirksamkeitsbeurteilung. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv - verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm* (S 296-301)
- Head DM, Portnoy S, Woods RT (1990) The impact of Reminiscence groups in two different settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 295-302
- Hyer L, Swanson G, Lefkowitz R, Hillesland D, Davis H, Woods MG (1990) The application of the cognitive behavioral model to two older stressor groups/group. In *Mental Health in the Nursing Home* (S 145-187).
- Jones E (2003) Reminiscence therapy for older women with depression. *Journal of Gerontological Nursing* 29(7): 26-33
- Jonsdottir H, Gudrun Jonsdottir RN, Steingrimsdottir E, Tryggvadottir B (2000) Group reminiscence among people with end -stage chronic lung diseases. *Journal of Advanced Nursing* 35(1): 79
- Kemp BJ, Corgiat M, Gill C (1991-1992) Effects of brief cognitive -behavioral group psychotherapy on older persons with and without disabling illness. *Behavior, Health and Aging* 2: 21-28
- Klausner EJ, Clarkin FL, Spielman L, Pupo C, Abrams R, Alexopoulos GS (1998) Late -life depression and functional disability: The role of goal -focused group psychotherapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13(10): 707-716
- Lee K, Hannan C, van den Bosch JA, Williams J, Mouratoglou V (2002) Evaluating a hearing voices group for older people: Preliminary findings. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17(11): 1079-80

- Leung SN, Martin W (1993) A brief cognitive Behavior Therapy group for the elderly: Who benefits? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(7): 593-598
- Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ (2003) Dialectical Behavior Therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 11(1): 33-45
- McCrone (1991) Resocialization group treatment with the confused institutionalized elderly. *Western Journal of Nursing Research* 13(1): 30-41
- Meier D, Ermini-Fünfschilling D, Monsch AU, Stähelin HB (1996) Kognitives Kompetenztraining mit Patienten im Anfangsstadium einer Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie* 9(3): 207-217
- Morris CM, Kowatsch RA, Barry T, Walton E (1993) Cognitive -Behavior Therapy for late -life insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(1): 137-146
- Morton I, Bleathman C (1991) The effectiveness of validation therapy in dementia: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 327-330
- Oude Voshaar RC, Gorgels WJM, Mol AJJ, van Balkom AJML, Van de Lisdonk EH, Breteler MHM, van den Hoogen HJM, Zitman FG (2003) Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive –behavioral therapy: Three – condition, randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 182: 498-504
- Phoenix E, Irvine Y, Kohr R (1997) Sharing stories: Group therapy with elderly depressed women. *Journal of Gerontological Nursing* 23(4): 10-15
- Radley M, Redston C, Bates F, Pontefract M (1997) Effectiveness of group anxiety management with elderly clients of a community psychogeriatric team. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12(1): 79-84
- Rejeski WJ, Brawley LR, Ambrosius WT, Brubaker PH, Focht BC, Foy CG, Fox LD (2003) Older adults with chronic disease: Benefits of group-mediated counseling in the promotion of physically active lifestyles. *Health Psychology* 22(4): 414-23
- Robichaud L, Hébert R, Desrosiers J (1994) Efficacy of a sensory integration program on behavior of inpatients with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy* 48(4): 355-359
- Rokke PD, Tomhave JA, Jovic Z (2000) Self –management therapy and educational group therapy for depressed elders. *Cognitive Therapy and Research* 24(1): 99-119

- Rybaczky B, DeMarco G, DeLaCruz M, Lapidos S, Fortner B (2001) A classroom mind/body wellness intervention for older adults with chronic illness: Comparing immediate and 1 year benefits. *Behavioral Medicine* 27(1): 15-27
- Scanland SG, Emershaw LE (1993) Reality orientation and Validation therapy: Dementia, depression and functional status. *Journal of Gerontological Nursing* 19(6): 7-11
- Schonfeld L, Dupree L, Dickson-Fuhrmann E et al. (2000) Cognitive behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 13: 124-129
- Scogin F, Rickard H, Keith S, Wilson J, McElrath L (1992) Progressive and imaginal relaxation training for elderly persons with subjective anxiety. *Psychology and Aging* 7: 419-424
- Stanley MA, Gayle Beck J, Dewitt Glassco J (1996) Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive –behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy* 27: 565-581
- Stevens-Ratchford RG (1992) The effect of life review reminiscence activities on depression and self –esteem in older adults. *The American Journal of Occupational Therapy* 47(5): 413-420
- Stuhlmann W (1992) Angst und Selbstsicherheit bei alten Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 373-379
- Toseland RW, Rossiter CM, Peak T, Smith GC (1990) Comparative effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers. *Social Work* 35(3): 209-217
- Toseland (1997): Studienergebnisse wurden entnommen aus der Meta-Analyse von : Neal M, Briggs M (2003) Validation therapy for dementia. *The Cochrane Library* 4
- Vaccaro FJ (1992) Physically aggressive elderly: A social skills training program. *Journal of Behavior Therapy and experimental psychiatry* 23(4): 277-288
- van den Heuvel ETP, De Witte LP, Nooyen-Haazen I, Sanderman R, Meyboom-de Jong B (2000) Short -term effects of a group support programm and an individual support program for caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling* 40: 109-120

Weiss JC (1994) Group therapy with older adults in long -term care settings: Research and clinical cautions and recommendations. *Journal for Specialists in Group Work* 19: 22-29

Wilson NL, Lantz MS, Buchhalter EN, McBee L (1997) The wellness group: A novel intervention for coping with disruptive behavior in elderly nursing home residents. *Practice Concepts* 37(4):

Young Ca, Reed PG (1995) Elder's perceptions of the role of group psychotherapy in fostering self -transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing* 9(6): 338-47

Youssef FA (1990) The impact of group reminiscence counseling on a depressed elderly population. *The Nurse Practitioner* 15(4): 32, 35-38

Zanetti O, Frisoni GB, DeLeo D, dello Buono M, Bianchetti A, Trabucchi M (1995) Reality orientation therapy in Alzheimer Disease: Useful or not? A controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 9(3): 132-138

Zerhusen JD, Boyle K, Wilson W (1991) Out of the darkness: Group cognitive therapy for depressed elderly. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 29(9): 16-21

11.18 Literatur der gesamten Arbeit

- Abraham IL, Neundorfer MM, Currie LJ (1992) Effects of group interventions on cognition and depression in nursing home residents. *Nursing Research* 41(4): 196-202
- Abraham IL, Niles SA, Thiel BP, Siarkowski KI, Cowling WR 3rd (1991) Therapeutic group work with depressed elderly. *The Nursing Clinics of North America* 26(3): 635-50
- Abramson TI, Mendis KP (1990) The organizational logistics of running a dementia group in a skilled nursing facility. *Mental Health in the Nursing Home Kapitel 7:111-121*
- Akimoto M, Fukunishi I, Shinoe Y, Yamaguchi C, Yano A, Kawasaki Y, Oyamada T, Hirozane S, Kanno K, Yamazaki T, Horikawa N (2001) Content analysis of group work sessions in the context of an educational program for inpatient diabetes patients. *Psychological Reports* 89(3): 641-649
- Aldridge D, Aldridge G (1992) Two epistemologies: Music therapy and medicine in the treatment of dementia. *The Arts in Psychotherapy* 19: 243-255
- Alexandria VA (1994) Group therapy with older adults in long -term care -settings Research and clinical cautions and recommendations. *Journal for Specialists in Group Work* 19(1): 22-29
- Alexopoulos GS (1990) Anxiety-depression syndromes in old age, editorial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 351-353
- Amodeo M (1990) Trating the late life alcoholic: Guidelines for working through denial integrating individual, family and group approaches. *Journal of Geriatric Psychiatry* 23: 91-105
- Andersson G, Melin L, Scott B, Lindberg P (1995) An evaluation of a behavioral treatment approach to hearing impairment. *Behavior Research Therapy* 33(3): 283-292
- Arden M, Garner J, Porter J (1998) Curios bedfellows: Psychoanalytic understanding and old age psychiatry. *Psychoanalytic Psychotherapy* 12(1): 47-56
- Areán PA (1993) Cognitive behavioral therapy with older adults. *The Behavior Therapist* 16(9): 236-239
- Areán PA, Alvidrez J, Barrera A, Robinson GS, Hicks S (1992) Would older medical patient use psychological services ? *The Gerontologist* 42(3): 392-398

- Areán PA, Hegel MT, Reynolds CF (2001) Treating depression in older medical patients with psychotherapy. *Journal of Clinical Geropsychology* 7(2): 93-104
- Areán PA, Perri MG, Nezu AM, Scheinfrim Christopher LM, Joseph TX (1993) Comparative effectiveness of "social problem solving therapy" and Reminiscence therapy as treatment for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(6): 1003-1010
- Arno S, Frank DI (1994) A group for "wandering" institutionalized clients with primary degenerative dementia. *Perspectives in Psychiatric Care* 30(4): 13-16
- Arolt V, Schmidt EH (1992) Differentielle Typologie und Psychotherapie depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter - Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung in Nervenarztpraxen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 5(1): 17-24
- Ashida S (2000) The effects of Reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in the elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy* 37: 170-182
- Ashton D (1993) Therapeutic use of reminiscence with the elderly. *British Journal of Nursing* 2(18): 894,896-8
- Austad CS (1992) The Wisdom group: A psychotherapeutic model for elderly persons. *Psychological Reports* 70(2): 356-358
- Bach D, Böhmer F, Frühwald F, Grilc B (1993) Aktivierende Ergotherapie: Eine Methode zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei geriatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie* 26: 476-481
- Bachar E, Kindler S, Scheffler G, Lerer B (1991) Reminiscence as a technique in the group psychotherapy of depression: A comparative study. *British Journal of Clinical Psychology* 30: 375-377
- Baldelli MV, Pirani A., Motta M, Abati E, Mariani E, Manzi V (1993) Effects on reality orientation therapy on elderly patients in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 17(3): 211-218
- Baltes MM (1992) Verluste und Reservekapazitäten im Alter: Ein dynamischer Kontext der Psychopathologie im Alter. *Verhaltenstherapie* 2: 195-197

- Baltes MM, Carstensen LL (1996) Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau* 47:199-215
- Barolin GS (2001) Psychotherapie bei Altersdemenz ? *Wiener medizinische Wochenschrift* 151: 342-347
- Barolin GS (1995) Das Lebensende als psychohygienische Aufgabe. *Wiener medizinische Wochenschrift* 145: 241-244
- Barolin GS (1992) Zur Psychotherapie im höheren Lebensalter. *Wiener medizinische Wochenschrift* 7: 135-144
- Barrowclough C, King P (1991) A clinical pilot study of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in the elderly. *Behavioral Psychotherapy* 19: 337-345
- Barth S, Voss E, Martin M, Fischer-Cyrules A, Pantel J, Schröder J (2002) Depressive Störungen im mittleren und höheren Lebensalter: Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23(2): 141-158
- Barton J, Miller A, Chanter J (2002) Emotional adjustment to stroke: A group therapeutic approach. *Nursing Times* 98(23): 33-35
- Battegay R, Müllejjans R (1992) Abnahme des Narzissmus im Alter und Suizid. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 143(4): 293-306
- Bauer J (1997) Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlungen bei Alzheimer Patienten im Frühstadium der Erkrankung *Der Nervenarzt* 68:(5) 421-424
- Bauer J (1997) Behandlungseffekte einer paartherapeutischen psychoedukativen Gruppenarbeit mit Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen. *Der Nervenarzt* 68(5): 421-424
- Baumann J (1994) Körperbezogene Gruppenpsychotherapie in der 2. Lebenshälfte. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 44: 337-345
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford
- Beck C (1996) Evaluation of Interventions in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl) 1: 17-20
- Beecraft S (1999) Open space: Endings: Groupwork with the elderly with mental health problems. *Psychodynamic Counselling* 5(4): 497-506

Beutel M, Kayser E, Kehde S, Dommer T, Bleichner F, Schlüter K, Baumann J (2000) Berufliche Belastungen, psychosomatische Beschwerden und Lebenszufriedenheit in der zweiten Hälfte des Berufslebens. *Psychotherapeut* 45: 72-81

Beutel ME, Gerhard C, Kayser E, Gustson D, Weiss B, Bleichner F (2002) Berufsbezogene Therapiegruppen für ältere Arbeitnehmer im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Rehabilitation. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 38(4): 313-334

Bleathmann C, Morton I (1992) Validation therapy: Extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing* 17: 658-666

Blitzan JE, Kruzich JM (1990) Interpersonal relationships of nursing home residents. *The Gerontologist* 30(3): 385-390

Bode M, Haupt M (1998) Alkoholismus im Alter. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 66: 450-458

Boehnlein JK, Sparr LF (1993) Group Therapy with WW2 Ex-Pow 's: Long -term posttraumatic adjustment in a geriatric population. *American Journal of Psychotherapy* 47(2):

Bonder BR (1994) Psychotherapy for individuals with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 8 (Suppl.) 3: 75-81

Bonhote K, Romano-Egon J, Cornwell C (1999) Altruism and creative expression in a long -term older adult psychotherapy group. *Issues in Mental Health Services* 20(6): 603-617

Botella L, Feixas G "(1992 -1993)" The Authobiographical group: A tool for the reconstruction of past life experience with the aged. *International Journal of Aging and Human Development* 36(4): 303-319

Bramlett MH, Gueldner SH (1993) Reminiscing: A viable option to enhance power in elders. *Clinical Nurse Specialiste (CNS)* 7(2): 68-74

Brand E, Clingempel WG (1992) Group behavioral therapy with depressed geriatric inpatients: An assessment of incremental efficacy. *Behavior Therapy* 23: 475-482

Brawley LR, Rejeski WJ, Lutes L (2000) A group -mediated cognitive -behavioral intervention for increasing adherence to physical activity in older adults. *Journal of applied biobehavioral research* 5: 47-55

- Brok AJ (1997) A modified cognitive-behavioral approach to group therapy with the elderly. *Group* 21(2): 115-134
- Bruder J (1990) Alterspsychotherapie und Angehörigenarbeit. *Zeitschrift für Gerontologie* 3(2): 131-137
- Bryant W (1991) Creative group work with confused elderly people: A development of sensory integration therapy. *British Journal of Occupational Therapy* 54(5): 187-192
- Burgio L (1996) Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: Behavioral approaches. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl) 1: 45-52
- Burgio L.D, Janosky JE, Sinnott J, Hohman MJ (1992) Akzeptanz von verhaltenstherapeutischer Behandlung und Pharmakotherapie bei geriatrischen Verhaltensstörungen: Ein Vergleich von Experten- und Konsumentengruppen. *Verhaltenstherapie* 2: 237-243
- Burlingame GM, Barlow SH (1996) Outcome and process differences between professional and nonprofessional therapists in time -limited group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 46(4): 455-475
- Burnside I (1994) Group work with older persons. *Journal of Gerontological Nursing* 20(1): 43-45
- Burnside I (1990) Reminiscence: An independent nursing intervention for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing* 11(1): 33-48
- Burnside I (1993) Themes in reminiscence groups with older women. *International Journal of Aging and Human Development* 37(3): 177-189
- Burnside I (1970) Loss: A constant theme in group work with the aged. *Hospital and Community Psychiatry* 21: 173
- Burnside I, Haight B (1994) Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people. *The Nurse Practitioner* 19(4): 55-61
- Burnside I, K.Haight B (1992) Reminiscence and life review :analysing each concept. *Journal of Advanced Nursing* 17: 855-862
- Butler RN (1963) The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 25: 65-76
- Butler RN (2002) Declaration of the rights of older persons. *The Gerontologists*

Calamari JE, Faber SD, Hitsman BL, Poppe CJ (1994) Treatment of obsessive compulsive disorder in the elderly: A review and case example. *Journal of Behavior Therapy and experimental psychiatry* 25(2): 95-104

Calfas KJ, Kaplan RM, Ingram RE (1992) One year evaluation of cognitive-behavioral intervention in osteoarthritis. *Arthritis, care and research* 5: 202-209

Campbell JM (1992) Treating depression in well older adults: Use of diaries in cognitive therapy. *Issues in Mental Health Nursing* 13: 19-29

Canete M, Stormont F, Arturo E (2000) Group -analytic psychotherapy with the elderly. *British Journal of Psychotherapy* 17(1): 94-105

Carlson M, Shan-Finchiang, Zemke R, Clark F (1995) A meta -analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *The American Journal of Occupational Therapy* 50(2): 89-98

Carmin C, Pollard A, Ownby R (1998) Obsessive compulsive disorder cognitive - behavioral treatment of older versus younger adults. *Clinical Gerontologists* 19: 77-81

Caughman BD, Dickens J (1993) Diagnostic dilemmas in psychiatric consultation/liasion: The problem of depression. *Southern Medical Journal* 86(7): 757-759

Chapin R, Dobbs-Kepper D (2001) Aging in place in assisted living: Philosophy versus policy. *The Gerontologist* 41(1): 43-50

Cheston R, Jones K, Gilliard J (2003) Group psychotherapy and people with dementia. *Aging and Mental Health* 7(6): 452-61

Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A (2003) Cognitive rehabilitation and cognitive training for early -stage Alzheimer' s disease and vascular dementia. *The Cochrane Library Issue* 4

Clark WG, Vorst VR (1994) Group therapy with chronically depressed geriatric patients. *Journal of Psychosocial Nursing* 32(5): 9-13

Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, Fobair P, Carlson RW, Kraemer HC, Spiegel D (2001) Supportive -expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry* 58(5): 494-501

Coaten R (2001) Exploring reminiscence through dance and movement. *Journal of Dementia Care* 9: 19-22

Cohen MA (2000) Bereavement groups with the elderly. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice* 1(2): 33-41

Coleman LM, Fowler LL, Williams ME (1995) Use of unproven therapies by people with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 43: 747-750

Cook AJ (1998) Cognitive-behavioral pain management for elderly nursing home residents. *Journal of Gerontology* 53B: P51-P58

Cook E (1991) The effects of reminiscence on psychological measures of ego integrity in elderly nursing home residents. *Archives of Psychiatric Nursing* 5(5): 292-298

Coon DW, Thompson L, Ann Steffen K (2003) Anger and depression management: Psychoeducational Skill Training Interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist* 43(5): 678-689

Cooper C, Doherty J (2000) Group work for older people with mental health problems. *Nursing Times* 96(43): 42

Cooper DE (1984) Group psychotherapy with the elderly: Dealing with loss. *American Journal of Psychotherapy* 38: 203-18

Cotrell V, Richard SC (1993) The perspective of the patient with Alzheimer's disease: A neglected dimension of dementia research. *The Gerontologist* 33(2): 205-211

Culhane M, Dobson Stunde (1991) Groupwork with elderly women. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6(6): 415-418

Cully JA, LaVoie D, Gfeller JD (2001) Reminiscence, personality and psychological functioning in older adults. *The Gerontologist* 41(1): 89-95

Cummings JL (1996) Barriers to behavioral Research on dementia. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl) 1: 21-23

Cummings SM (2003) The efficacy of an integrated group treatment program for depressed assisted living residents. *Research on Social Work Practice* 13(5): 608-621

Currin JB, Hayslip B, Schneider LJ, Kooken RA (98) Health services among older persons. *Psychotherapy* 35(4): 506-518

David D (1990) Reminiscence, Adaption and social context in old age. *International Journal of Aging and Human Development* 30(3): 175-188

Day CR (1997) Validation Therapy: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* April: 29-34

- Deisinger K, Markowitsch HJ (1991) Die Wirksamkeit von Gedächtnistrainings in der Behandlung von Gedächtnisstörungen. *Psychologische Rundschau* 42: 55-65
- Delius P (1990) Zur Psychodynamik der Spätdepression. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 35: 13-20
- Delius P (1990) Das Kompetenzmodell des Alters: Möglichkeiten klinisch - psychiatrischer Umsetzung am Beispiel einer Geschichtsgruppe (Oral-History-Gruppe). *Zeitschrift für Gerontologie* 23: 293-299
- Delius P, Hüffer M (1996) Szenerische Imaginationen von Erinnerungsbildern: Ein gruppenpsychotherapeutisches Konzept für ältere Erwachsene. *Psychotherapeut* 41: 163-168
- Delius P, Schürmann A, Wetterling T (1994) Ältere Patienten im psychiatrischen Konsiliardienst. *Krankenhauspsychiatrie* 5: 61-65
- Dhooper SS, Green SM, Huff MB, Austin-Murphey J (1993) Efficacy of a group approach to reduce depression in nursing home elderly residents. *Journal of Gerontological Social Work* 20: 87-100
- Dies R (1992) The future of group therapy. *Psychotherapy* 29: 58-64
- Donohue B, Acierno R, Hersen M, Van Hasselt VB (1995) Social skills training for depressed, visually impaired older adults. A treatment manual. *Behavior modifications* 19(4): 379-424
- Draper B (1999) The diagnosis and treatment of depression in dementia. *Psychiatric services* 50(9): 1151-1153
- Edinger JD, Gail R, Marsh, Hoelscher TJ, Lipper S, Ionescu-Pioggia M (1992) A cognitive -behavioral therapy for sleep -maintenance insomnia in older adults. *Psychology and Aging* 7(2): 282-289
- Ehrhardt T, Kötter U, Hampel H, Schaub A, Hegerl U, Möller HJ (1997) Psychologische Therapieansätze bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10(2): 85-98
- Ellis A (1990) Treating the widowed client with rational -emotive therapy. *The Psychotherapy Patient* 6: 105-111
- Emery G, Hollon S, Bedrosian R (1981) Cognitive Therapy with the elderly. In "New Directions in Cognitive Therapy" : 84-98

- Engle-Friedman M, Bootzin RR, Hazlewood L, Tsao C (1992) An evaluation of behavioral treatments for Insomnia in the older Adults. *Journal of Clinical Psychology* 48(1): 77-90
- Erhard T, Hampel H, Hegerl H, Möller HJ (1998) Das Verhaltenstherapeutische Kompetenztraining (VKT): Eine spezifische Intervention für Patienten mit einer beginnenden Alzheimer -Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 112
- Erhard T, Plattner A, Padberg F, Möller HJ, Hampel Stunde (1999) Verhaltenstherapeutische Behandlung eines Patienten mit beginnender Alzheimer - Demenz. *Verhaltenstherapie* 9: 154-161
- Erhardt T, Kötter U, Hampel H, Schaub A, Hegerl U, Möller HJ (1997) Psychologische Therapieansätze bei Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10(2): 85-98
- Ermini-Fünfschilling D, Meier D (1995) Gedächtnistraining: Wichtiger Bestandteil der Milieuthherapie bei seniler Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28: 190-194
- Ersek M, Turner JA, Mc Curry SM, Gibbons L, Kraybill BM (2003) Efficacy of a self - management group intervention for elderly persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 19(3): 156-167
- Evans S (1998) Beyond the mirror: A group analytic exploration of late life and depression. *Aging and Mental Health* 2(2): 94-99
- Evans S, Chisholme P, Walsh J (2001) A dynamic psychotherapy group for the elderly. *Group Analysis* 34: 287-298
- Faer M (1995) The intergenerational life -history project: Promoting health and reducing disease in adolescents and elders. *Public health reports* 110(2): 194-198
- Fassinger RE (1997) Issues in group work with older Lesbians. *Group* 1,007638889
- Faust V, Tenter J (1999) Dementielle Erkrankungen: Teil 2. *Krankenhauspsychiatrie* 10: 160-167
- Feil N (1992) Validation Therapy. *Geriatric Nursing Mai, Juni*: 129-133
- Feil N (1995) Naomi Feil demonstriert Validation on Stuttgart (Veranstaltungseinladung). *Pflegezeitschrift* 7: 416
- Fielden Ma (1990) Reminiscence as a therapeutic intervention with sheltered housing residents: A comparative study. *British Journal of Social Work* 20: 21-44

- Fielden Ma (1992) Depression in older adults: Psychological and psychosocial approaches. *British Journal of Social Work* 22(3): 291-307
- Fine IF, Rouse-Bane S (1995) Using Validation Techniques to improve communication with cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 21(6): 39-45
- Finkel SI (1990) Group psychotherapy with older people. *Hospital and Community Psychiatry* 41(11): 1189-1191
- Finnema E (2000) The effects of emotion -oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(2): 141-161
- Fleischmann UM, Strobel M (1990) Psychosoziale Begleitung von Altenpflegekräften durch Gruppenarbeit: Vorüberlegungen und erste Erfahrungen. *Zeitschrift für Gerontologie* 23:180-185
- Floyd M, Scogin F (1998) Cognitive -Behavior Therapy for older adults: How does it work ? *Psychotherapy* 35(4): 459-463
- Förstl H, Geiger-Kabisch C (1995) "Alzheimer Angehörigengruppe": Eine systemische Erhebung von Bedürfnissen und Erfahrungen pflegender Angehöriger. *Psychiatrische Praxis* 22: 68-71
- Foulkes SH (1974) *Gruppenanalytische Psychotherapie*. Kindler, München
- Frey PS (1991) Individual differences in reminiscence among older adults: Predictors of frequency and pleasantness ratings of reminiscence activity. *International Journal of Aging and Human Development* 33(4): 311-326
- Fry PS, Wong PT (1991) Pain management training in the elderly: Matching interventions with subjects coping styles. *Stress Medicine* 7: 93-98
- Fuchs T (1992) Erinnerungstherapie im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 42: 308-314
- Fuchs T, Zimmer FT (1992) Verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapieansätze bei Altersdepression. *Verhaltenstherapie* 2: 244-250
- Gabriella Ba (1991) Group therapy with elderly patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 56: 157-161
- Gagliese L, Melzack R (1997) Chronic pain in elderly. *Pain* 70: 3-14
- Gallagher D, Thompson LW (1981) *Depression in the elderly: A behavioral treatment manual*. Los Angeles: University of Southern California Press

Gallagher-Thompson DE, Hanley-peterson P, Thompson LW (1990) Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 371-374

Gallagher SK, Gerstel N (1993) Kinkeeping and friend keeping among older women: The effect of marriage. *The Gerontologist* 33(5): 675-681

Gallo JJ, Anthony J C, Muthèn B O (1994) Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *Journal of Gerontology* 49: P251-P264

Gans JS, Weber RL (2000) The detection of shame in group psychotherapy: Uncovering the hidden emotion. *International Journal of Group Psychotherapy* 50(3): 381-388

Garner J (1999) Psychotherapy and old age psychiatry. *Psychiatric bulletin* 23: 149-153

Garner J (2003) Psychotherapies and older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37(5): 537

Gatz M, Fiskes A, Kaskie B, Kasl-Godley EJ, Mc Callum TJ, Loebach Wetherell J (1998) Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging* 4(1): 9-46

Gatz M, Smyer Ma (1992) The mental health system and older adults in the 1990s. *American Psychologist* 47(6): 741-751

Genia V (1990) Interreligious encounter group: A psychospiritual experience for faith development. *Counseling and Values* 35(1): 39-48

Gerard L (1997) Group learning behavior modification and exercise for women with urinary incontinence. *Urologic Nursing* 17(1): 17-22

Gerber GJ, Prince PN, Snider HG, Atchinson K, Dubois L, Kilgour JA (1991) Group activity and cognitive improvement among patients with Alzheimer's disease. *Hospital and Community Psychiatry* 42(8): 843-846

Gerster E (1995) Naomi Feil: Die Flucht vor der Wirklichkeit. *Pflegezeitschrift* 3: 143-146

Gibb H, Morris CT, Gleisberg J (1997) A therapeutic programme for people with dementia. *International Journal of Nursing* 3(3): 191-199

Giltinan JM (1990) Using Life review to facilitate self-actualization in elderly women. *Gerontology and Geriatrics Education* 10(4): 75-83

Glatzer W (1992) Lebensqualität älterer Menschen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 137-144

Goldsilver P, Gruneir MRB (2001) Early stage dementia group: An innovative model of support for individuals in the early stages of dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dement.* 16(2): 109-114

Goodman CC, Pynoos J (1990) A model telephone information and support program for caregivers of Alzheimer's patients. *The Gerontologist* 30(3): 399-403

Gorey KM, Cryans AG (1991) Group work as an intervention modality with the older depressed client: A meta-analytic review. *Journal of Gerontological Social Work* 16(1-2): 137-157

Gottesmann LE, Peskin E, Kennedy K, Mossey J (1991) Implications of a mental health intervention for elderly mentally ill residents of residential care facilities. *International Journal of Aging and Human Development* 32: 229-245

Granholm E, McQuaid JR, McClure, Pedrelli P, Jeste DV (2002) A randomized controlled pilot study of cognitive behavioral social skills training for older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 53(1-2): 167-169

Grant RW, Casey DA (1996) Adapting cognitive behavioral therapy for the frail elderly. *International Psychogeriatrics* 7(4): 561-569

Grawe K (1995) Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130-145

Greenberg S (2000) The play's the thing: Older people as actors in their own life drama. *Journal of Geriatric Psychiatry* 33(2): 169-182

Greenberg S, Motenko AK, Roesch C, Embleton N (1999) Friendship across the life cycle: A support group for older women. *Journal of Gerontological Social Work* 32(4): 7-23

Greene JA, Ingram TA, Johnson W (1993) Group psychotherapy for patients with dementia. *Southern Medical Journal* 86(9): 1033-35

Gunzelmann T (1991) Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen: Stand von Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4(1): 41-56

Gutzmann Stunde (1999) Dementielle Erkrankungen: Klinische Aspekte und therapeutische Ansätze. *Krankenhauspsychiatrie* 10(2): S64-S67

Haag G & Bayen UJ (1990) Verhaltenstherapie mit Älteren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 3(2): 117-129

- Haight B (1991) Reminiscence: The state of the art as a basis for practice. *International journal of aging and humann development* 33(1): 1-32
- Haight B (1992) Long -term effects of a structured life review process. *Journal of gerontology* 47(5): P312-P315
- Haight B, Dias JK (1992) Examining key variables in selected reminiscing modalities. *International Psychogeriatrics* 4(Suppl.2): 279-289
- Haight B, Michel Y, Hendrix S (1998) Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents short -and long -term effects. *International Journal of Aging and Human Development* 47(2): 119-142
- Haight B, Michel Y, Hendrix S (2000) The extended effects of the life review in nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development* 50(2): 151-168
- Hardley RT, Hadley WH, Dickens V, Jordon EG (2001) Music therapy: A treatment modality for special -needs populations. *International Journal for the Advancement of Counselling* 23: 215-221
- Haude V, Netz P (2001) Erfahrungen mit therapeutischen Gruppen auf einer gerontopsychiatrischen Station. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 37: 68-78
- Haupt M (1999) Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32(3): 159-166
- Haupt M, Karger M, Jänner M (2000) Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(12): 1125-1129
- Hautzinger M (1999) Verhaltenstherapeutische Behandlung Depressiver Störungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 20(3): 359-375
- Hautzinger M (1998) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression im Alter. In Hautzinger M (Hrsg) *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (S 68-70)
- Hautzinger M (1998) Gruppenprogramm für ältere depressive Menschen. In Hautzinger M (Hrsg) *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (S 70-71)

- Hautzinger M (2002) Verhaltenstherapie bei affektiven und neurologischen Störungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23(2): 195-212
- Hautzinger M (1992) Verhaltenstherapie bei Depression im Alter. *Verhaltenstherapie* 2: 217-221
- Hautzinger M (2000) Evaluation und Wirksamkeitsbeurteilung. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv - verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm* (S 1-3)
- Hautzinger M (1992) Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven älteren Menschen: Erste Erfahrungen und Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 369-372
- Hautzinger M (2000) Differentialdiagnose. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln* (S 10-1)
- Hautzinger M (2000) Epidemiologie. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln*
- Hautzinger M (2000) Verlauf und Prognose. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln* (S 15-16)
- Hautzinger M (2000) Suizidalität und Komorbidität. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln* (S 16)
- Hautzinger M (2000) Komorbidität. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln* (S 16)
- Hautzinger M (2000) Risikofaktoren. In Hautzinger M (Hrsg) *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln* (S 16)
- Head DM, Portnoy S, Woods RT (1990) The impact of Reminiscence groups in two different settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 295-302
- Helfmann B (1994) Here is now. *International Journal of Group Psychotherapy* 44(4): 429-435
- Helmchen H, Linden M, Kurtz G, Birkhofer A (2002) Verlauf unterschwelliger Depressionen im hohen Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23(2): 159-179
- Hercek V, Bahro VM (2000) Gruppentherapie mit betagten Alkoholabhängigen: Ein konzeptueller Überblick. *Krankenhauspsychiatrie* 11: 8-12
- Hersen M, Van Hasselt VB (1992) Behavioral assesment and treatment of anxiety in the elderly. *Clinical Psychology Review* 12: 619-640

- Heuft G (1993) Psychoanalytische Gerontopsychosomatik: Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierung im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 43: 46-54
- Heuft G (1995) Depressive Syndrome in der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. *Psycho* 21: 430-443
- Heuft G (1990) Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung ? *Forum der Psychoanalyse* 6: 299-315
- Heuft G (1990) Zukünftige Forschungsperspektiven einer psychoanalytischen Gerontopsychosomatik: Persönlichkeit und Alternsprozess. *Zeitschrift für Gerontologie* 23: 262-266
- Heuft G (1994) Persönlichkeitsentwicklung im Alter: Ein psychoanalytisches Entwicklungsparadigma. *Zeitschrift für Gerontologie* 27: 116-121
- Heuft G, Marschner C (1994) Psychotherapeutische Behandlung im Alter. *Psychotherapeut* 39: 205-219
- Heuft G, Senf W (1992) Stationäre fokaltheraeutische Behandlung Älterer: Konzeption und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 380-385
- Hildebrand HP (1982) Psychotherapy with older patients. *British Journal of Medical Psychology* 55: 19-28
- Hinchliffe AC, Hymann IL, Blizard B, Livingston G (1995) Behavioral complications of dementia: Can they be treated ? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10: 839-847
- Hinze E (1990) Psychoanalytische Behandlung von Älteren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 3(2): 149-154
- Hirsch RD (1992) Balintgruppen in der Altenarbeit. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 397-400
- Hirsch RD (1992) Bericht über die Arbeitstagungen "Alter und Psychotherapie". *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 25: 401-403
- Hirsch RD (1990) Psychotherapie im Alter: Geht das noch ? *Psychologie Heute* 17(2): 62-67
- Hope K (1997) Using multi -sensory environments with older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 25: 780-785

Hutchinson SA (1990) The Pals programme: Intergenerational remotivation. *Journal of Gerontological Nursing* 16(12): 18-26

Hyer L, Swanson G, Lefkowitz R, Hillesland D, Davis H, Woods MG (1990) The application of the cognitive behavioral model to two older stressor groups/group Therapy in the Nursing Home. *Mental Health in the Nursing Home Kapitel 10*: 145-187

Jennett SM, Lincoln NB (1991) An evaluation of the effectiveness of group psychotherapy for memory problems. *International Disability Studies* 13(3): 83-86

Johnson C, Puracchio Lahey P, Shore A (1992) An exploration of creative arts therapeutic group work on an Alzheimer's unit. *The Arts in Psychotherapy* 19: 269-277

Johnson DR, Smith A, Miller J (1999) Developmental transformations in Group Therapy with the elderly. *Dramatic Role Play* 5: 78-103

Jones E (2003) Reminiscence therapy for older women with depression. *Journal of Gerontological Nursing* 29(7): 26-33

Jonsdottir H, Gudrun Jonsdottir RN, Steingrimsdottir E, Tryggvadottir B (2000) Group reminiscence among people with end -stage chronic lung diseases. *Journal of Advanced Nursing* 35(1): 79

Kaas MJ, Lewis ML (1999) Cognitive behavioral group therapy for residents in assisted -living facilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 37(10): 9-15

Kane RL, Hixon Illston L, Miller NA (1992) Qualitative Analysis of the program of All-inclusive Care for the elderly (PACE). *The Gerontologist* 32(6): 771-780

Kanfer FH in Kanfer FH & Goldstein AP (1977) Selbstmanagement-Methoden. Möglichkeiten der Verhaltensänderungen. München, Urban & Schwarzenberg : 350-406

Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F (1990) Follow up of psychoanalysis five to ten years after termination: Development of the self-analytic function. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 38: 636-654

Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F (1990) Follow up of psychoanalysis five to ten years after termination: Stability of change. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 38: 471-496

Kaschel R, Zaiser-Kaschel H, Mayer K (1992) Realitäts-Orientierungs-Training: Literaturüberblick und Implikationen für die neuropsychologische

Gedächtnisrehabilitation. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 4: 223-235

Katz IR, Alexopoulos GS (1996) The diagnosis and treatment of late -life depression: Consensus update conference. The american journal of psychiatry 4(suppl.1): S1-2

Kehoe NC (1998) Religious -issues group therapy. New Directions for Mental Health Services 80: 45-55

Kelly TB (1999) Mutual Aid Groups with mentally ill older adults. Social Work with Groups 21(4): 63-80

Kemp BJ, Corgiat M, Gill C "(1991-1992)" Effects of brief cognitive -behavioral group psychotherapy on older persons with and without disabling illness. Behavior, Health and Aging 2: 21-28

Kemper J (1992) Psychotherapeutische Versorgung Alternder in einer Nervenarztpraxis. Empirische Daten 4.Quartal 91 25: 356-359

Kemper J (1991) Die Sohn -Tochter Übertragung in der tiefenpsychologisch orientierten Gruppenbehandlung Alternder. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 27(4): 377-88

Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikian J, Love A, Ranieri N, Mckenzie D (2003) Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. Psycho -Oncology 12: 532-546

Kivelä SL (1995) Long -term prognosis of major depression in old age: A comparison with prognosis of dysthymic disorder. International Psychogeriatrics 7(Suppl): 69-79

Klausner EJ, Alexopoulos GS (1999) The future of psychosocial treatments for elderly patients. Mental Health and Aging 50(9): 1198-1204

Klausner EJ, Clarkin FL, Spielman L, Pupo C, Abrams R, Alexopoulos GS (1998) Late -life depression and functional disability: The role of goal -focused group psychotherapy. International Journal of Geriatric Psychiatry 13(10): 707-716

Knight BG, Lutzky SM, Macofsky-Urban F (1993) A Meta-analytic review of interventions for Caregiver Distress: Recommendations for future research. The Gerontologist 33(2): 240-48

Koder DA (1998) Treatment of anxiety in the cognitively impaired elderly: Can cognitive -Behavior Therapy help ? International Psychogeriatrics 10(2): 173-82

- Koder DA, Brodaty H, Anstey KJ (1996) Review: Cognitive therapy for depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11: 97-107
- Koenig HG, George LK, Schneider R (1994) Mental Health Care for older adults in the Year 2020: A dangerous and avoided topic. *The Gerontologist* 34(5): 674-679
- Köhler M, Barolin GS (1991) Der verwirrte und der demente Patient als Problem der Neuro-Rehabilitation. *Wiener medizinische Wochenschrift* 20: 462-476
- Kovach C (1991) Reminiscence: Exploring the origins, processes and consequences. *Nursing Forum* 26(3): 14-19
- Krebs E (1990) Psychotherapie im Alter. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 141(4): 361-380
- Kreische R, König K (1990) Gruppenarbeit in der psychiatrischen Klinik: Die psychohygienische und soziohygienische Funktion der Gruppenarbeit auf einer geschlossenen psychiatrischen Station. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 26: 15-28
- Kröner-Herwig B, Frenzel A, Fritsche G, Esser G, Schilkowsky G (2003) The management of chronic tinnitus: Comparison of an outpatient cognitive- behavioral group training to minimal -contact interventions. *Journal of Psychosomatic Research* 54: 381-389
- Kruse A (1996) Aspekte der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29: 93
- Kruse A (1990) Potentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 23: 235-245
- Kruse A, Schmitt E (1998) Die psychische Situation hilfsbedürftiger älterer Menschen - eine Ressourcen -orientierte Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27(2): 118-124
- Kruse WH (1995) Arzneimitteltherapie im Alter. *Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie* 28: 391-393
- Lamprecht-Schömborg F (1990) Plädoyer für eine Gerontopsychosomatik. *Psycho* 16(12): 900-908
- Lazarus L W, Cohler B J, Lesser J (1996) Self psychology: First application to understanding patients with Alzheimer's Disease. *International Psychogeriatrics* 8(Suppl) 1: 253
- Lee HK (1991) The concept of elastic boundaries applied to group therapy with veterans over 60 years old. *Archives of Psychiatric Nursing* 5(2): 91-97

- Lee K, Hannan C, van den Bosch JA, Williams J, Mouratoglou V (2002) Evaluating a hearing voices group for older people: Preliminary findings. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17(11): 1079-80
- Leszcz M (1998) Introduction to special Issue on group psychotherapy for the medically ill. *International Journal of Group Psychotherapy* 48(2): 137-141
- Leszcz M (1997) Integrated group psychotherapy for the treatment of depression in the elderly. *Group* 21(2): 89-113
- Leszcz M. (1990) Towards an integrated model of group psychotherapy with the elderly. *International Journal of Group Psychotherapy* 40(4): 379-395
- Leung SN, Martin W (1993) A brief cognitive Behavior Therapy group for the elderly: Who benefits? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(7): 593-598
- Lewinsohn PM in Friedman RM, Katz MM (1974) A behavioral approach to depression. *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York; Wiley : 157-185
- Linden M, Kurtz G, Baltes MM, Geiselmann B, Lang FR, Reischies FM, Helmchen Stunde (1998) Depression bei Hochbetagten: Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Der Nervenarzt* 69(1): 27-37
- Lindsay McWha J, Pachana NA, Alpass F (2003) Exploring the therapeutic environment for older women with late -life depression: An examination of the benefits of an activity group for older people suffering from depression. *Australian Occupational Therapy Journal* 50: 158-169
- Little SJ, Hollis JF, Stevens VJ, Mount K, Mullooly JP, Johnson BD (1997) Effective group behavioral intervention for older periodontal patients. *Journal of Periodontal Research* 32(3): 315-325
- Livingston G, Hawkins A, Graham N, Blizard B, Mann A (1990) The Gospel Oak Study: Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London. *Psychological Medicine* 20: 137-146
- Loebach Wetherell J (1998) Treatment of anxiety in older adults. *Psychotherapy* 35(4): 444-458
- Lohmann H, Heuft G (1995) Life review: Förderung der Entwicklungspotentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28: 236-241

- Lowenthal RI, Richard RA , Marazzo A (1990) Milestoning: Evoking Memories for Resocialisation through group reminiscence. *The Gerontologist* 30(2):
- Lowy I (1992) Social group work with elders. *Social Work with Groups* 15: 109-127
- Lundervold D, Lewin LM (1990) Older Adults` Acceptability of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Depression:Initial Results. *Journal of Applied Gerontology* 5: 211-215
- Lynch TR (2000) Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical Behavior Therapy. *Cognitive Behavioral Practice* 7: 468-477
- Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ (2003) Dialectical Behavior Therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 11(1): 33-45
- Maercker A (1998) Höheres Lebensalter, Bewertungsprozesse und Anpassungsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27(2): 144-145
- Maercker A, Zöllinger T (2002) Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23(2): 213-225
- McCloskey L (1990) The silent heart sings: Reminiscence and life review through music. *Generations* 14: 63-65
- McCrone (1991) Resocialization group treatment with the confused institutionalized elderly. *Western Journal of Nursing Research* 13(1): 30-41
- McDonald JA (1995) Das Gebet in der Gruppe als Therapie. *Pflegezeitschrift* 2: 74-75
- Meier D, Ermini-Fünfschilling D, Monsch AU, Stähelin HB (1996) Kognitives Kompetenztraining mit Patienten im Anfangsstadium einer Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie* 9(3): 207-217
- Moberg PJ, Lazarus LW (1990) Psychotherapy of depression in the elderly. *Psychiatric Annals* 20(2): 92-96
- Moffatt F, Mohr C, Ames D (1995) A therapeutic group in the community for the elderly with functional psychiatric illnesses. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10(1): 37-40
- Monique Riberdy Poitras, Pierre Verrier, Christaine So, Stéphanie Pâquet, Mickael Bouin, Pierre Poitras (2002) Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorders. *Digestive diseases and science* 47(6): 1297-1307

- Moore BG (1992) Reminiscing therapy: A CNS intervention. *Clinical Nurse Specialist* 6(3): 170-173
- Morley S, Eccleston C, Williams A (1999) Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive Behavior Therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 80: 1-13
- Morris CM, Kowatsch RA, Barry T, Walton E (1993) Cognitive -Behavior Therapy for late -life insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(1): 137-146
- Morris RG, Morris LW (1991) Cognitive and behavioral approaches with the depressed elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 407-413
- Morton I, Bleathman C (1991) The effectiveness of validation therapy in dementia: a pilote study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 327-330
- Mossey JM, Knott AK, Higgins M, Talerico K (1996) Effectiveness of a psychosocial Intervention: Interpersonal counseling for subdysthymic depression in medically ill elderly. *Journal of Gerontology* 51A(4): M172-178
- Müller U, Barash-Kishon R (1998) Psychdynamic -supportive group therapymodel for elderly holocaust survivors. *The International Journal of Group Psychotherapy* 48(4): 461-75
- Neal M, Briggs M (2003) Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3),CD001394
- Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J (1992) Comparison of cognitive-behavioral group tratment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain* 48: 339-347
- Noll P, Haag G (1992) Das Realitäts-Orientierungs-Training: Eine spezifische Intervention bei Verwirrtheit. *Verhaltenstherapie* 2: 222-230
- O`Leary E, Nieuwstraten IM (2001) Emerging psychological issues in talking about death and dying: A discourse analytic study. *International Journal for the Advancement of Counselling* 23: 179-199
- O`Rourke N, Hadjistavropoulos T (1997) The relative efficacy of psychotherapy in the treatment of geriatric depression. *Aging and Mental Health* 1(4): 305-310
- Okun MA, Olding RW, Cohn CMG (1990) A meta -analysis of subjective well -being interventions among older elders. *Psychological Bulletin* 108(2): 257-266

- Olbrich E (1990) Potentiale des Alters: Persönliche und soziale Prozesse ihrer Entwicklung. *Zeitschrift für Gerontologie* 23: 246-251
- Orbach A (1994) Psychotherapy in the third age. *British Journal of Psychotherapy* 11: 221-231
- Oude Voshaar RC, Gorgels WJM, Mol AJJ, van Balkom AJML, Van de Lisdonk EH, Breteler MHM, van den Hoogen HJM, Zitman FG (2003) Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioral therapy: Three-condition, randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 182: 498-504
- Pearlman IR (1993) Group psychotherapy with the elderly. *Journal of Psychosocial Nursing* 31(7): 7-10
- Perrig-Chiello P, Perrig WJ, Stähelin HB, Krebs-Roubicek E, Ehram R (1996) Wohlbefinden, Gesundheit und Autonomie im Alter: Die Baseler IDA-Studie (Interdisziplinäre Altersstudie). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29: 95-109
- Peters JM (1995) Entwicklungspsychologische Aspekte eines stationären gruppenpsychotherapeutischen Konzeptes für Patienten in der zweiten Lebenshälfte. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 31(4): 358-371
- Peters JM (1992) Stationäre Psychotherapie Älterer in einer psychoanalytisch ausgerichteten psychosomatischen Klinik. *Zeitschrift für Gerontologie* 2: 360-64
- Phoenix E, Irvine Y, Kohr R (1997) Sharing stories: Group therapy with elderly depressed women. *Journal of Gerontological Nursing* 23(4): 10-15
- Pietrukowicz ME, Johnson MMS (1991) Using life histories to individualize nursing home staff attitude toward residents. *The Gerontologist* 31(1): 102-106
- Pinquart M (1998) Wirkungen psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen auf das Befinden und das Selbstkonzept im höheren Erwachsenenalter: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 120-126
- Platz S, Weyerer S (1990) Gedächtnistraining im Alter: Theoretischer Hintergrund und Entwicklung eines Interventionsprogramms für Altenheimbewohner. *Zeitschrift für Gerontologie* 23(23): 197-204
- Poitras MR, Verrier P, So C, Paquet S, Bouin M, Poitras P (2002) Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorder: Development of new measures for symptom severity and quality of life. *Digestive diseases and science* 47(6):

- Poitras P, Riberdy Poitras M, Plourde V, Boivin M, Verrier P (2002) Evolution of visceral sensitivity in patients with irritable bowel syndrom. *Digestive Disease and Science* 47(4): 914-920
- Procter EA, Alwar L (1995) A therapeutic group in the community for the elderly with functional psychiatric illnesses. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10(1): 33-36
- Puentes WJ (2000) Using social reminiscing to teach therapeutic communication skills. *Geriatric Nursing* 21(6): 315-318
- Puentes WJ (2003) Cognitive therapy integrated with life review techniques: An eclectic treatment approach for affective symptoms in older adults. *Journal of Clinical Nursing* 13(1): 84-89
- Pulsford D, Rushforth D, Connor I (2000) Woodlands therapy: An ethnographic analysis of a small -group therapeutic activity for people with moderate or severe dementia. *Journal of Advanced Nursing* 32(3): 650-657
- Pulsfort D (1997) Therapeutic activities for people with dementia: What, why...and why not ? *Journal of Advanced Nursing* 26: 704-709
- Quackenbush SW, Barnett MA (1995) Correlates of reminiscence activity among elderly individuals. *International Journal of Aging and Human Development* 41(2): 169-181
- Qualls SH (1997) Aging families: The personal, permanent group. *Group* 21(2): 175-190
- Radebold Stunde (1992) Psychotherapie mit Älteren, Editorial. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 347-348
- Radebold Stunde (1992) Psychotherapeutische Zielsetzungen für Ältere. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 349-355
- Radebold Stunde (1994) Psychoanalytische Psychotherapie und Psychoanalyse im höheren und hohen Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis* 9(4): 439-451
- Radley M, Redston C, Bates F, Pontefract M (1997) Effectiveness of group anxiety management with elderly clients of a community psychogeriatric team. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12(1): 79-84

Ray DC, Raciti MA, MacLean WE (1992) Effects of perceived responsibility on help - seeking decisions among elderly persons. *Journal of Gerontology* 47: 199-205

Rehm LP (1977) A self -control model of depression. *Behavior Therapy* 8: 787-804

Rejeski WJ, Brawley LR, Ambrosius WT, Brubaker PH, Focht BC, Foy CG, Fox LD (2003) Older adults with chronic disease: Benefits of group-mediated counseling in the promotion of physically active lifestyles. *Health Psychology* 22(4): 414-23

Rentz CA (1995) Reminiscence: A supportive intervention for the person with alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing* 33(11): 15-20

Reynolds CF (1994) Treatment of depression in late life. *The American Journal of Medecine* 97(suppl.6A): 6A-45S

Reynolds CF, Miller MD. et al (1999) Treatment of bereavement -related major depressive episodes in late-life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American journal of psychiatry* 156(2): 202-208

Reynolds D, Frank E, Perel JM, Mazumdar S, Kupfer DJ (1995) Maintenance therapies for late -life recurrent major depression: Research and review circa 1995. *International Psychogeriatrics* 7(Suppl): 27-37

Rickard HC, Scogin F, Keith S (1994) A one -year follow-up of relaxation training for elders with subjective anxiety. *The Gerontologist* 34(1): 121-122

Robichaud L, Hébert R, Desrosiers J (1994) Efficacy of a sensory integration program on behavior of inpatients with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy* 48(4): 355-359

Rokke PD, Scogin F (1995) Depression treatment preferences in younger and older adults. *Journal of Clinical Geropsychology* 1: 243-258

Rokke PD, Tomhave JA, Jovic Z (2000) Self -management therapy and educational group therapy for depressed elders. *Cognitive Therapy and Research* 24(1): 99-119

Rokke PD, Tomhave JA, Jovic Z (1999) The role of client choice and target selection in self management therapy for depression in older adults. *Psychology and Aging* 14: 155-169

Romero B, Eder G (1992) Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 4: 267-282

- Ronch JL, Loning E (1997) Opportunities development via group psychotherapy in the nursing home. *Group*
- Rönnecke B (1990) Psychologische Aspekte der geriatrischen Rehabilitation - Implikationen für die Psychotherapie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 3 (2): 155-161
- Rosenmayr L (1996) Altern, Familienbeziehungen und Lebenslauf. *Therapeutische Umschau* 53(3): 179-186
- Rossmann S (2001) At the limits of psychotherapeutic medicine. *Wiener medizinische Wochenschrift* 151(15-17): 332-41
- Roth L (1994) University -based treatment program for the psychiatric elderly: How effective? *Educational Gerontology Special Issue*: 241-249
- Rott C (1990) Intelligenzentwicklung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*
- Russel K (1990) Groupwork with the elderly mentally ill. *Nursing* 4(10): 25-28
- Ryan D, Doubleday E (1995) Group work: A lifeline -line for isolated elderly. *Social Work with Groups* 18(2-3): 65-78
- Rybaczuk B, DeMarco G, DeLaCruz M, Lapidus S, Fortner B (2001) A classroom mind/body wellness intervention for older adults with chronic illness: Comparing immediate and 1 year benefits. *Behavioral Medicine* 27(1): 15-27
- Sadavoy J (1997) Survivor: A review of the late -life effects of prior psychological trauma. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 5(4): 287-301
- Saiger GM (2001) Group psychotherapy with older adults. *Psychiatry* 64(2): 132-145
- Scanland SG, Emershaw LE (1993) Reality orientation and Validation therapy: Dementia, depression and functional status. *Journal of Gerontological Nursing* 19(6): 7-11
- Scheen-Quodbach C (1995) Schaffung eines Lebensraumes für Demenzkranke. *Pflegezeitschrift* 3: 147-149
- Scheidlinger S (1994) An overview of nine decades of group psychotherapy. *Hospital & community psychiatry* 45(3): 217-225
- Scheidt CE, Schwind A (1992) Zur Psychodynamik der Krankheitsverarbeitung bei Schlaganfall: Erfahrungen einer psychotherapeutischen Gruppe. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 42: 54-59

Schmid AH, Rouslin M (1992) Integrative outpatient group therapy for discharged elderly psychiatric inpatients. *Practice Concepts* 32(4): 558-560

Schneider LS, Olin JT (1995) Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *International Psychogeriatrics* 7(Suppl): 7-23

Schneider W, Klauer T, Janssen PL, Tetzlaff M (1999) Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Der Nervenarzt* 70: 240-249

Schonfeld L, Dupree L W (1995) Treatment approaches for older problem drinkers. *The international Journal of the addictions* 30 (13&14)

Schonfeld L, Dupree L, Dickson-Fuhrmann E et al. (2000) Cognitive behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 13: 124-129

Schulz R, Visintainer P, Williamson G M (1990) Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology* 45(5): P181-191

Scocco P, Frank E (2002) Interpersonal psychotherapy as augmentation treatment in depression responding poorly to antidepressant drugs: A case serie. *Psychotherapy and Psychosomatics* 71(6): 357-361

Scogin F (1994) Efficacy of psychosocial treatment for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(1): 69-74

Scogin F, Jamison C, Davis N (1990) Two year follow up: bibliotherapy for depression of older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(5): 665-667

Scogin F, Rickard H, Keith S, Wilson J, McElrath L (1992) Progressive and imaginal relaxation training for elderly persons with subjective anxiety. *Psychology and Aging* 7: 419-424

Segal DI, Hook JN, Coolidge FL (2001) Personality dysfunction, coping styles, and clinical symptoms in younger and older adults. *Journal of Clinical Geropsychology* 7(3): 201-212

Shaked J (1993) Die psychoanalytische Großgruppe: Freudianische und Kleinianische Ansätze. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 29: 4-20

Sheikh AJ, Mason D, Taylor A (1993) An experience of an expressive group with the elderly. *British Journal of Psychotherapy* 10(1): 77-82

Shmotkin D, Nitza Eyal, Lomranz J (1992) Motivations and attitudes of clinical psychologists regarding treatment of the elderly. *Educational Gerontology* 18: 177-182

Shura S, SR Saul (1990) The application of joy in group psychotherapy for the elderly. *International Journal of Group Psychotherapy* 40(3): 353-363

Skinner BF (1992) Intellektuelles Selbst-Management im Alter. 2: 198-202 2: 198-203

Smith D.M, Atkins R M (1995) Alcoholism and dementia. *The international journal of the addictions* 30 (13 und 14)

Snell FI, Padin-Rivera E (1997) Group treatment for older veterans with post -traumatic stress disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 35(2): 10-16

Snyder L, Quayhagen MP, Shepherd S, Bower D (1995) Supportive seminar groups: An intervention for early stage dementia patients. *The Gerontologist* 35: 691-695

Solomon K, Zinke MR (1991) Group psychotherapy with the depressed elderly. *Journal of Gerontological Social Work* 17(1-2): 47-57

Soltys FG, Coats L (1995) The Solcos Model: Facilitating reminiscence therapy. *Journal of Psychosocial Nursing* 33(11): 21-26

Sowarka D (1992) Kognitive Interventionsforschung mit alten Menschen im Bereich der fluiden Intelligenz: Grundlagen und Ergebnisse. *Verhaltenstherapie* 2: 204-216

Spector A, Davies S, Woods B, Orrell M (2000) Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist* 40(2): 206-212

Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B (2000) Reality orientation for dementia. *Cochrane Database of systematical reviews*

Speer DC (1994) Group therapy in nursing homes and hearing deficit. *Clinical Gerontologist* 14: 68-70

Speer DC, Williams J, West H, Dupree L (1991) Older adults users of outpatient mental health services. *Community Mental Health Journal* 27: 69-76

Stanley MA, Gayle Beck J, Dewitt Glassco J (1996) Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive -behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy* 27: 565-581

Staudinger UM, Smith J, Baltes PB (1992) Wisdom -related knowledge in a life review task: Age differences and the role of professional specialization. *Psychology and Aging* 7(2): 271-281

Steuer JL, Hammen CL (1983) Cognitive -behavioral group therapy for the depressed elderly: Issues and adaptations. *Cognitive Therapy Research* 7: 385-396

Stevens-Ratchford RG (1992) The effect of life review reminiscence activities on depression and self -esteem in older adults. *The American Journal of Occupational Therapy* 47(5): 413-420

Stones M.J, Ivany G, Kozma A (1994) Anticipating attendance in reminiscence therapy with measures of mood and happiness. *Social Indicators Research* 32(3): 251-262

Stones M.J, Rattyenbury C, Kozma A (1994) Application of a nonlinear mathematical model to data on a successful therapeutic intervention. *Social Indicators Research* 31(1): 47-61

Stuhlmann W (1992) Angst und Selbstsicherheit bei alten Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 373-379

Subramanian K (1994) Long -term follow up of a structured group treatment for the management of chronic pain. *Research on Social Work Practice* 4: 208-223

Sullivan HS (1953) *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, Norton

Swales P, Solvin J, Heikh J (1996) Cognitive- behavioral therapy in older panic disorder patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 14: 46-60

Taft LB, Nehrke MF (1990) Reminiscence, Life review and ego integrity in nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development* 30: 189-195

Teri L (1994) Behavioral treatment of depression in patients with dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 3: 66-74

Teri L, Gallagher-Thompson D (1991) Cognitive -behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer patients. *The Gerontologist* 31(3): 413-416

Teri L, Logsdon RG (1992) The future of psychotherapy with older adults. *Psychotherapy* 29(1): 81-87

Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, Mc Curry SM (1997) Behavioral treatment of depression in dementia patients. *Journal of Gerontology* 52B(4): P159-166

Teri L, Logson RG (1991) Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: The pleasant events schedule (AD). *The Gerontologist* 31(1): 1991

Thilo HJ (1996) Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie mit älteren Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 29: 438-445

Thompson L, Coon D, Gallagher D, Sommer B, Koin D (2001) Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild to moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9: 225-240

Tomaino CM (1994) Music and music therapy for frail noninstitutionalized elderly persons. *Journal of Long -term Home Health Care* 13(2): 24-27

Tonscheidt S (1992) Stationäre Verhaltenstherapie bei depressiven älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie* 25: 365-368

Toseland RW, Rossiter CM (1987) Group interventions to support family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist* 29: 438-448

Toseland RW, Rossiter CM, Peak T (1990) Comparative effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers. *Social Work* 35(3): 209-217

Vaccaro FJ (1992) Physically aggressive elderly: A social skills training program. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 23(4): 277-288

Toseland RW, Rossiter CM, Peak T, Smith GC (1990) Comparative effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers. *Social Work* 35(3): 209-217

Vaccaro FJ (1990) Application of social skills training in a group of institutionalized aggressive elderly subjects. *Psychology and Aging* 5(3): 369-78

van Andel P, Erdman RAM, Karsdorp PA, Appels AD, Rutger W. (2003) Group cohesion and working alliance: Prediction of treatment out patients receiving cognitive - behavioral group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics* 72(3): 141-149

van den Heuvel ETP, De Witte LP, Nooyen-Haazen I, Sanderman R, Meyboom-de Jong B (2000) Short -term effects of a group support programm and an individual support program for caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling* 40: 109-120

van der Pompe G, Antoni MH, Duivenvoorden HJ, de Graeff A, Simonis RF, van der veegt SGL, Heinijnen CJ (2001) An exploratory study into the effect of group psychotherapy on cardiovascular and immunoreactivity to acute stress in breast cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics* 70(6): 307-18

Vardi DJ, Ester S, Buchholz (1994) Group psychotherapy with inner -city grandmothers raising their grandchildren. *International Journal of Group Psychotherapy* 44(1)

- Wächter C, Bähge A, Dehm B, Hartmann J, Hedrich H, Herber U, Kück R, Lange J, Mittelstein, Schütt I (1995) Das gerontopsychiatrische Team in der Fachabteilung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28: 122-128
- Wahl HW , Tesch-Römer C (1998) Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial -und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 76-88
- Walker D, Clarke M (2001) Cognitive Behavioral Psychotherapy: A comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. Aging and Mental Health 5: 197-199
- Walsh WA, Steffen A, Gallagher-Thompson D (1992) Depressionsniveau und Belastungsverarbeitung bei Betreuern körperlich und geistig beeinträchtigter älterer Menschen. Verhaltenstherapie 2: 231-236
- Waters EB (1990) The Life review: Strategies for working with individuals and groups. Journal of Mental Health Counseling 12(3): 270-278
- Watt L.M, Watt PTP (1990) A taxonomy of reminiscence and therapeutic implications. Journal of Gerontological Social Work 16: 37-57
- Weiss A (1996) Alkoholkonsum älterer Patienten in der Allgemeinarztpraxis. Fortschritte der Medizin 114: 26-29
- Weiss DM, Hern BG (1991) A group counseling experience with the very old. Journal for Specialists in Group Work 16: 143-151
- Weiss JC (1994) Group therapy with older adults in long -term care settings: Research and clinical cautions and recommendations. Journal for Specialists in Group Work 19: 22-29
- Weiss LJ, Lazarus LW (1993) Psychosocial treatment of the geropsychiatric patient. International Journal of Geriatric Psychiatry 8(1): 95-100
- Welz S, Hautzinger M (2000) Evaluation eines Kognitiv -Verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms bei depressiven Störungen. Flyer Flyer
- Williams-Barnard CL, Lindell AR (1992) Therapeutic use of prizing and its effects on self-concept of elderly clients in nursing homes and group homes. Issues in Mental Health Nursing 13(1): 1-17

Wilson NL, Lantz MS, Buchhalter EN, McBee L (1997) The wellness group: A novel intervention for coping with disruptive behavior in elderly nursing home residents. *Practice Concepts* 37(4):

Wise K, Rief , Goebel G (1998) Meeting the expectations of chronic tinnitus patients: Comparison of a structured group therapy program for tinnitus management with a problem -solving therapy. *Journal of Psychosomatic Research* 44(6): 681-685

Wong PTP, Watt LM (1991) What types of reminiscence are associated with successful aging ? *Psychology and Aging* 6(2): 272-279

Wood A, Seymour LM (1994) Psychodynamic group therapy for older adults: The life experiences group. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 32(7): 19-24

Worley K, Henderson S (1995) Speaking of difficult choices: The creation of a drama and dialogue group on end -of -life choices. *The Gerontologist* 35(3): 412-414

Yalom VJ, Yalom I (1990) Brief interactive group psychotherapy. *Group psychotherapy* 20(7): 362-369

Yaretzky A, Levinson M, Kimchi OL (1996) Clay as a therapeutic tool in group processing with the elderly. *American Journal of Art Therapy* 34(3): 75-82

Young Ca, Reed PG (1995) Elder's perceptions of the role of group psychotherapy in fostering self -transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing* 9(6): 338-47

Youssef FA (1990) The impact of group reminiscence counseling on a depressed elderly population. *The Nurse Practitioner* 15(4): 32, 35-38

Zanetti O, Frisoni GB, DeLeo D, dello Buono M, Bianchetti A, Trabucchi M (1995) Reality orientation therapy in Alzheimer Disease: Useful or not? A controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 9(3): 132-138

Zank S (2002) Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23(2): 181-193

Zank S, Niemann-Mirmehdi M (1998) Psychotherapie im Alter: Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27(2): 125-129

Zerhusen JD, Boyle K, Wilson W (1991) Out of the darkness: Group cognitive therapy for depressed elderly. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 29(9): 16-21

Zimber A (1998) Beanspruchung und Stress in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 417-425

Zimberg S (1996) Treating alcoholism: An age -specific intervention that works for older patients. Geriatrics 51(10):

Zivian MT, Larsen W, Gekoski W, Knox VJ, Hatchette V (1992) Psychotherapy for the elderly: Psychotherapist's preferences. Psychotherapy 29(4): 668-673

Anhang

A Tabelle mit den Studienergebnissen

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Abraham et al. 1992	1. Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie (KB) 2. Erziehungsgruppen-therapie (E) 3. Visuelle Imaginationsgruppen-therapie (I)	76	Depression	24 Wochen	Kognition: MMSE Depression GDS Hoffnungslosigkeit: HS Lebenszufriedenheit: LSI-Z	KB ++ + - - - -	8, 20 Wochen nach Behandlungsanfang und 4 Wochen nach Therapiebeendigung: +	nein	3 Krankenschwestern	ja, aber nicht übertragbar
Araan et al. 1993	1. "Problem solving therapy" (P) 2. Reminiscence Therapie (RT)	75	Depression	12x1,5h	Hauptkriterien: Depression: HRSD GDS, BDI Lösen sozialer Probleme: SPSI	P + RT ++ + +/-	Nach 3 Monaten: +	ja	3 fortgeschrittene, graduierte klinische Psychologiestudenten	nein
Bachar et al. 1991	1. Reminiscence Therapie (RT) 2. Allgemeine das "Hier und Jetzt" betonende Gruppentherapie (G)	22	Depression	11x?	Hauptkriterien: Depression: Selbsteinschätzung Patient Einschätzung Therapeut	RT G ++ +	nein	nein	?	nein
Baldelli et al. 1993	Reality Orientation	23	Verwirrtheit, Disorientiert	36x1h	Depression: GDS Alltagsaktivitäten: ADL Mentaler Status: MMSE Orientiertheit: OSGP	+ +/- + +	nein	ja	?	nein
Boehnlein & Sparr 1993	Gruppentherapie	8	PTSD	2xWoche, 1Jahr lang	Psychologische Symptome: SCL-90 IES	+/- +/- +	nein	nein	Psychiater, Krankenschwester	nein
Botella & Feixas 1992-93	Autobiographische Gruppe	18	Keine speziellen Symptome	12x1,5h	Globale Intensität: GI Konsistenz: CS	+ +	nein	ja	2 Psychologen	nein
Bramlett & Guedner 1993	Reminiscence Therapie	75	Keine speziellen Symptome	3x1h	Veränderung der Einstellung: PKPCT, V2	+/-	Nach 5 Wochen: +	ja	Krankenschwester	nein
Brand et al. 1992	Behaviorale-Gruppentherapie (stationär)	53	Depression	8x1,5h	Depression: BDI HRSD NOSIE-D	+ + +/-	nein	ja	1 Psychologe+ 1 APA - approved clinical internship	nein

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Brawley et al. 2000	Kognitiv- behaviorale Therapie + Sport	60	keine speziellen Symptome	12x2h	Hauptkriterien: Frequenz an eigenständiger wöchentlicher Aktivität: Aktivitäts bezogene Lebensqualität: HRQL	+ +	Nach 6, 9 Monaten: +	ja	*exercise-certified leaders trained in Universitäts kardiovask.Rehab Programm	nein
Caifas et al.* 1992	1. Kognitiv- behaviorale- gruppentherapie (KB) 2. Erziehungs- gruppenprogramm (E)	40	Osteoarthritis	10x?	Hauptkriterien: Lebensqualität: QWB Depression: BDI Einfluss der KH auf Psyche: AIMS	K E ++ + + +	Nach 2, 6, 12 Monaten - +	ja zw. 1+2	bei (K): ? Bei (E) sprach jeweils ein Gastredner	nein
Cheston et al. 2003	Gruppen- psychotherapie	19	Demenz	10x1,25h	Depression: HADS CDR Angst: RAID HADS	+/- + + +/-	Nach 10 Wochen: +	nein	1 Kliniker, Co-Autoren: 2 geriatrische Kranken- schwestern, 4 Klinische Psychologen, Pfl ege-arbeiter	nein
Cook 1991	Reminiscence Therapie	54	verschiedene Symptome (Angst, Einsamkeit,...)	16x1h	Lebenszufriedenheit: LSI-A Depression: GDS Selbstbewusstsein: RSE	- - -	nein	ja	Kranken- schwester	nein

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Cook 1998	Kognitive-behaviorale Schmerz-Management	21	Chronische Schmerzen bei Pflegeheimbewohnern	10x1-1,25h	Depression: GDS Schmerzen: SF-MPQ Unfähigkeit erzeugt durch den Schmerz: RMDQ Schmerzmedikation: Klinisch gemessen	+/- + + +/-	Nach 4 Monaten: +	ja ja	?	nein
Coon 2003	Psychoedukatives Fähigkeitstraining: 1. Anger Management Class (A) 2. Depression Management Class (D)	86	Pflegende Angehörige von Dementen	10x2h	Hauptkriterien: Angst: STAXI Depression: MAACL Ärger: MAACL Copingstrategien: WCCL-R	A + + + + +/-	nein	ja ja	Klinische Psychologen, Studenten, Kliniker	nein

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Fry & Wong 1991	1. Emotional fokussiertes Schmerzmanagement 2. Problem fokussiertes Schmerzmanagement	69	chronische Schmerzen	3 Wochen vgl.	Schmerzen: MGFQ Zufriedenheit: BABS Angst: STAI Anpassung: Linkowski Scale	1. + 2. ++ ++ ++ ++	Nach 16 und 24 Wochen: +	ja nein	? ?	nein
Gallagher & Thompson 1990	1. Kognitive Therapie (K) 2. Behavioristische Therapie (B) 3. Psychodynamisch-eklektische Therapie (PD)	91	Depression	16-20x1h	Depression: RDC SADS HRSD GDS BDI BSI	K + B + PD + + + + + + +	Nach 2 Jahren: +	nein	?	nein
Gerber et al. 1991	1. Realitäts-Orientierungs-Training (R) 2. Soziale Interaktionen (S)	24	Alzheimer Krankheit	40x1h	Mentaler Status: KDRS	1. + 2. +	Nach 10 Wochen: -	ja	?	nein
Granholm et al. 2002	Kognitiv- behaviorales soziales Fertigkeitstraining	15	Schizophrenie	12x1,5h	Depression: HAM-D Psychiatrische Symptome: BPRS SAPS SANS	+ + + +	nein	ja	2 Psychologen	nein
Haight 1992	Life review	35	verschiedene Symptome (Angst, Einsamkeit...)	6x1h	Lebenszufriedenheit: LSI-A Depression: SDS Alltagsaktivitäten: ADL Wohlbefinden: ABS	Nach 8 Wochen + +/- +/- +	Nach 1 Jahr - - - +	ja nein	Krankenschwester	nein
Haight et al. 1998/2000	Life review	256	verschiedene Symptome (Angst, Einsamkeit)	6x?	Prävention vor Depression: BDI, HS, SI Forderung von Integrität: ABS, LSI-A, SES	Nach 8 Wochen: + + +/-	Nach einem bzw. 5 Jahren: + + ++	ja	Krankenschwester	nein

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Haupt et al. 2000	Paartherapeutisch-psychoedukative Gruppenintervention	64	Demente Patienten + deren pflegende Angehörige	20x2-2,5h	Alltagsinstrumente: NOSGER Verhaltensveränderungen: BEHAVE-AD Gefühle der Angehörigen: BFS	+ + +	nein	nein	?	nein
Haupt et al. 2000	Paartherapeutisch-psychoedukative Gruppenintervention	28	demente Patienten + deren pflegende Angehörige	12x1,5h	Hauptkriterien: Verhalten: BEHAVE-AD: Agitation Aggression Angst	+ +/- +	nein	nein	Sozialarbeiter, Ergo-Therapeut, Ärzte	nein
Hautzinger & Weiz 2001	Kognitiv-behaviorale Gruppen-Therapie	79	Depression	?	?	+	nein	ja	Psychologen	d=1.26
Hautzinger 2000	1. Kognitiv - behaviorale Gruppentherapie in Psychiatrie 2. " in Altenheim (stationär)	32	Depression	12x2h	Depression: IDS BDI BL ADS	1. ++ 2. + + + + +	Nach drei Monaten: +	ja	?	nein
Hautzinger 2000	Kognitiv - behaviorale Gruppentherapie (ambulant)	33	Depression	12x2h	Depression: IDS BDI ADS	+ + +	nein	ja	Psychologen	Prä-post: .84 im Vergleich zu Kontrollgruppe .57
Hautzinger 2000	Kognitiv - behaviorale-Gruppentherapie	100	Depression	12x2h	Depression: IDS GDS Dysfunktionalen Kognitionen: HR Symptombelastung: SCL	+ + +/- +	Nach 36 Wochen: +	ja	?	nein
Hautzinger 2000	Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie (Tagesklinik)	26	Depression	12x1h	Depression: IDS GDS ADS	+ + +	nein	ja	?	nein

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Head et al. 1990	Reminiscence Therapie 1. Innerhalb eines Tagescenters einer Gemeinde 2. Innerhalb einer geriatrischen Tagesambulanz	10	Demenz	6x1h	verbale Beiträge, zu Personal u. Mitgliedern (Numerisch gezählt)	1. - 2. +	nein	ja	A: 2 Psychologen B: 3 erfahrene Reminiscence Therapeuten	nein
Hyer et al. 1990	Kognitiv- behaviorale Gruppentherapie	20	PTSD od. vor kurzem aufgetretene Stressfaktoren	12x1h	Hauptkriterien: Depression: GDS Gedächtnis: MC Verhalten: FIRO-B Angst TA	+/- +/- +/- +/-	nein	ja	Klinischer Psychologe	nein
Jones 2003	Reminiscence Therapie	30	Depression	6x3/4h	Depression: GDS	+	nein	ja	Sozialarbeiter, Krankenschwester	nein
Jonsdottir et al. 2001	Reminiscence Therapie	12	Chronische Lungenerkrankung im Endstadium	13x1h	Depression: BDI Selbstbewusstsein: RSES	+/- +/-	nein	nein	Krankenschwester	nein
Kemp et al. (1991/2)	Kognitiv- behaviorale Gruppentherapie	51	a) Depression ohne zusätzliche chronische Krankheit b) Depression mit zusätzlicher chronischer Krankheit	12x2h	Depression: GDS Alltagsaktivitäten: ADL	a) + b) + + +	Nach 6 Monaten + - +	nein	Psychologen	nein
Klausner 1998	1. Ziel- orientierte Gruppenpsychotherapie (G) 2. Reminiscence Therapie (RT)	13	Depression, fkt. Eingeschränktheit	11x1h	Hauptkriterien: Depression: HDRS MGA Familien Interaktion: MAI Hoffnung: HS	G ++ + + + +	nein	ja zw. 1+2	Arzt(?)	2.51 2.10 1.22 0.083
Lantz et al. 1997	Gruppentherapie- programm: "Wellness group"	14	Demenz	12x1h	Agitation: CMAI	+	nein	ja	Psychiater, Sozialarbeiter	nein

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Lee et al. 2002	Gruppentherapie	5	Psychose: Das Hören von Stimmen	12x1h	Hauptkriterien: Depression: HAD Angst: HAD Selbstbewusstsein: RSE Verhalten: BAVQ-R	+/- +/- +/- +/-	Nein	nein	Klinischer Psychologe, Dramatherapeut, Krankenschwester	0.047 0.165 0.27 in Untergruppen aufgeteilt nein
Leung & Orell 1993	Kognitiv- behaviorale Gruppen-therapie	27	a) Depression, b) Andere Störungen	7x1,5h	Allgemeine Lebens-zufriedenheit: GHQ-28- A-D Depression: BDI Moral: PCG	a) b) + + + +/- +/- +/-	Nach 1 Jahr: +	nein	Klinischer Psychologe	nein
Lynch et al. 2003	Kombination aus einer dialektisch- behaviorale Gruppen-therapie+ Antidepressiva + Individuelle Therapie am Telefon	34	Depression	28x2h	Hauptkriterien: Depression: BDI Ham-D Hoffnungslosigkeit: BHS Ambivalenz bei Gefühlsexpressionen: AEQ Coping Stile: CSSQ Persönlichkeit/Autonomie PSI Gedankenkontrolle: WBSI	++ ++ + + ++ + +/-	Nach 6 Monaten: +	ja(AD+IT)ja	2 Klinische Psychologie Studenten, 4 Klinische Psychologen	nein
McCrone 1991	1. "Resocialisation- group" 2. Aufmerksamkeits- gruppe	80	Verwirrte, institutionalisierte Patienten	12x0,5h	Soziale Unzugängigkeit: ANOVA Kognitive Unzugängigkeit: SPMSQ	1. 2. +/- ++	nein	ja	Krankenschwester, Krankenschwester- schülerin	

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Rejeski et al. 2003	Kognitiv- behaviorale Gruppenintervention + Lektüren	147	Kardio- vaskuläre Krankheit	Monat 1-3: 2x1h pro Woche Monat 4-9: 1h Sitzungen + nachher 0,5h Beratungen	Hauptkriterien: Physische Aktivität: PAR Metabolische Kapazität: MET	+ +	Nach 3, 12 Monaten: +	ja ja	? 	0.36 0.48
Robichaud et al. 1994	Sensorisches Integrationsprogramm	40	Demenz	30x3/4h	Gedächtnis und Verhaltensprobleme: RMBPC Alltagsaktivitäten: PSBADL	+/- +/-	nein	ja	Medizin- student	1
Rokke et al. 2000	1. Selbstmanagement Gruppe (S) 2. Erziehungs- gruppe (E)	34	Depression	10x1,5h	Hauptkriterien: Depression: BDI GDS HRSD Angenehme Ereignisse: PES Selbst- Wiederverstärkung: FSRQ Nutzen von Ressourcen: LRS Selbstkontrolle: SCQ	S + +/- +/- +/- + + + +	Nach 1 Jahr: +	ja	1 Klinische Psychologin, 2 Studenten der Klinischen.Psyc hologie, 1 Student der Beratungs- Psychologie	nein
Rybarczyk et al. 2001	"classroom mind/body wellness intervention"	243	Chronische Krankheit	8x 2h	Hauptkriterien: Schmerz: SF-MPQ Schlafschwierigkeiten: MSCL Depression: CES-D Lebenszufriedenheit: LSI Angst: BAI	+ + + +/- +	Nach 1 Jahr: - +	ja	? 	nein

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Scanland & Emershaw 1993	1. Validations Therapie (V) 2. Reality Orientation (RO)	34	Demenz	80x0,5h	Mentaler Status: MMSE Fkt. Status: Kaiz Depression: BDI	V +/- RO +/- +/- +/-	nein	ja	Krankenschwester	nein
Schonfeld et al. 2000	Kognitiv-behaviorale Gruppen-Therapie	110	Veteranen mit Drogenabhängigkeit	16x1,15h	Hauptkriterien: Abstinenzraten, nach Therapie, abgezählt: Missbrauchsverhalten: CAGE SCQ AUDIT	+ + + + +	Nach 6 Monaten: +	nein	?	nein
Scogin et al. 1992	1. Progressives Erleichterungstraining 2. Imaginäres Entspannungstraining	54	Angststörung	4x?	Psychische Symptome: SCI-90-R State (STAI) Trait (STAI)	1. + + +/-	Nach 1 Monat: + +/- +/-	ja	?	?nein
Stanley 1996	1. Kognitiv - behaviorale - gruppentherapie (KB) 2. "support group"	31	Generalisierte Angststörung	14x1,5 h	Ärger: PSWQ WS Angst: STAI HAMA Depression: BDI HAMID	KB + + + + + + +	1 und 3 Monate: +	nein	4 Studenten, fortgeschrittenes Level+PT Erfahrung	nein
Stevens-Ratchford 1992	Life review Reminiscence Aktivitäten	24	Depression	6x2h	Depression: BDI Selbstvertrauen: RSES	+/- +/-	nein	ja	Ergo-therapeut	nein
Stuhlmann 1992	Selbst-Sicherheits-Training	31	Angststörung	10x1,5h	Alltagsaktivitäten: NAA Angst: STAI-X1 Klinisches Urteil: GKU	+ ++ +	nein	ja	1 Psychologe	nein

Anhang

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße
Toseland 1990	1. Gruppenintervention (G) 2. Individuelle Interventionen (I)	149	Pflegende Angehörige von Demenzen	8x2h	Emotionales Verhalten: BABS ZBI Psychiatrische Symptome: BSI Persönliche Veränderung: PCS Soziale Unterstützung: SSM	G +/- + ++ + + ++ +	nein	ja	MS degree in geronto-logical services, Master's of social work degree	nein
Toseland 1997	1. Validations-Therapie (V) 2. Soziale Kontaktgruppe (S)	66	Demenz	20x0,5h	Verhalten: CMAI Emotionaler Status: MOSES Alltagsaktivitäten: MOSES Kognitiver Status: MOSES	V + + + + +	nein	ja	2 Graduierte + zusätzliches Training von Naomi Feil	ja, aber nur subtotal
Vaccaro 1992	"Social skill-training"	6	Schizophrenie mit physisch aggressivem Verhalten	12x1h	Hauptkriterien: Aggressives Verhalten: Einheiten/Frequenz an aggressivem Verhalten	+ +	Nach 5 Monaten: +	nein	"Experiment-leiter", 2 Psychologen	nein
van den Heuvel et al. 2000	1. Gruppenunterstützungsprogramm (G) 2. Individuelles Unterstützungsprogramm (I)	212	Pfleger von Patienten mit Schlaganfall	8x2h	Hauptkriterien: allg. Wohlbefinden: SF-36 Coping Strategien: UCL	G + + +	nein	ja	Krankenschwester	nein
Weiss 1994	1. Kognitive Gruppentherapie (K) 2. Life review Therapie (L)	48	verschiedene Symptome (Angst, Einsamkeit..)	8x1,5 h	Lebenszufriedenheit: LSES Depression: BDI	K + +/-	nein	ja	2 Master's Degree in Counseling + 6h Extra Training(L/C)	nein
Young & Reed 1995	Gruppen-psychotherapie	6	verschiedene psychiatrische Symptome	52x1,5h	Selbst-Transzendenz: Matrix Analyse	+ a)	nein	nein	Krankenschwester	nein
Youssef 1990	Reminiscence Therapie	60	Depression: a) 64-75 Jahre b) über 75 Jahre	6x3/4h	Depression: BDI	+ b) +/-	nein	ja	? (Geronto-logical practices)	nein

Verfasser	Therapien	n	Diagnose	Dauer	Outcome Kriterien und Messinstrumente	Ergebnis	Nachuntersuchung	Kontroll- Randomisiert	Leiter	Effektgröße	
Zanetti et al. 1995	Reality Orientation	28	Demenz	80x3/4h	Hauptkriterien: Mentaler Status: MMSE Alltagsaktivitäten: ADL IADL Depression: GDS	+ +/- +/- +/-	nein	ja	nein	Ergotherapeut	nein
Zerhusen et al. 1991	1. Kognitive Gruppentherapie 2. Musik Therapie	40	Depression	20x1h	Depression: BDI	K + M +/-	nein	ja	?		nein

B Messinstrumente

ADS Allgemeine Depressions Skala
ACQ Agoraphobic Cognitions Questionnaire
ADL Stewart's Activity of Daily Living
AEQ Ambivalence over emotional Expressiveness Questionnaire
AIMS Arthritis Impact Measurement Scale
AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test
BABS Bradburn Affect Balance Scale
BAI Beck Anxiety Scale
BAVQ-R Revised Beliefs about Voices Questionnaire
BDI Beck Depression Inventory
BEHAVE-AD The Behavioral Abnormalities in Alzheimer's Disease Rating Scale
BfS Befindlichkeitsskala
BHS Beck Hopelessness Scale
BPRS Brief Psychiatric Rating Scale
BSI Brief Symptom Inventory
BSQ Body Sensations Questionnaire
BWSQ Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire
CAGE Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener
CAPE Behavioral Rating Scale
CAQ Cognitive Anxiety Questionnaire
CES-D The Center for Epidemiological Study Depression
CMAI Cohen Mansfield Agitation Inventory
CMAI The Cohen-Mansfield Agitation Inventory
CS Consistency Scores among pre und post treatment
CSDD Cornell Scale for Depression in Dementia
CSQ Coping Style Questionnaire
ELI The Effects on Life Inventory
FI Fear Inventory
FIRO-B Fundamental Interpersonal Orientations-Behavior
FQ Fear Questionnaire
FSRQ The Frequency of Self-Reinforcement Questionnaire
GAS Generalised Anxiety Scale
GCPS The graded Chronic Pain Scale
GDS Geriatric Depression Scale
GHQS General Health Questionnaire Score
GI Global Intensity
GKU Globales Klinisches Urteil
HAD Hospital Anxiety and Depression Scale
HAD-Angst/Depression Hospital Anxiety and Depression Scale
HAMA Hamilton Rating Scale for Anxiety
HAM-D The Hamilton Depression Rating
HAS Hamilton Anxiety Scale
HRSD Hamilton Rating Scale for Depression
HS Hopelessness
IADL Instrumental Activities of Daily Living
IDS Inventar Depressiver Symptome, Fremdurteil
IES Impact of Events Scale
Katz Katz Index of ADL Evaluation Form

KDS Kingston Dementia Rating Scale
LIS Life Integration Scale
LRS The Learned Resourcefulness Scale
LSFS Life Satisfaction in the elderly Scale
LSI-Z Life Satisfaction Index
MAACL Multiple Affect Adjective Checklist
MAG Montgomery Asberg Scale
MAI Family Interaction
Matrix Analyse nach Miles & Huberman
MC Memory Checklist
MET Measure of Energy Expenditureoder Metabolic Equivalents by Treatment Group
MGPQ Mc Gill Pain Questionnaire(Melzack)
MHCL Multidimensional Health Locus of Control Scale
MI Mobility Inventory
MMSE Mini Mental State Examination
MOSES Multi Observational Scale for Elderly Subjects
MSCL Medical Symptoms Checklist
MUMS Memorial University Mood Scale
MUNSH Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness
NAA Nürnberger Alters-Alltagsaktivitäten-Skala
NOSGER Nurses Observation Scale for Geriatric Patients
NOSIE-D Depression Scale of Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation
OAHMI The Older Adult Health and Mood Inventory
OME Object Memory Evaluation
OSGP Berg's Orientation Scale for Geriatric Patients
PAR The Physical Activity Recall
PCG Philadelphia Geriatric Center
PCS Personal Change Scale
PES-E The Pleasant Events Schedule-Elderly Format
PGCM The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale
PKPCT,V2 Power as Knowing Participation in Change Test Version
POMS The Profile of Mood States
PSI Physical Symptoms Inventory
PSI Personal Style Inventory
PSWQ Penn State Worry Questionnaire
QWS Quality of Well-Beeing Scale
RDC Research Diagnostic Criteria
RSES Rosenberg's Self-esteem Survey
SAD Sleep Assesment Device
SADS Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
SANS Scale for the Assesment of negative Symptoms
SAPS Scale for the Assesment of positive Symptoms
SCL-90 Symptoms Checklist-90-R
SCQ The Self-Control Questionnaire
SCQ Situational Confidence Questionnaire
SDS Self-Rating Depression Scale
SDS Sheehan Disability Scale
SDS Social Disability Scale
SEIQoL Schedule for the Individualized Quality of Life
SF-36 The Short Form-36
SF-MPQ Short Form McGill Pain Questionnaire

SIP Sickness Impact Profile
SOPA The Survey of Pain Attitudes
SP Social Support Scale
Sp/Trait,State Spielberg Trait/State Anxiety
SPS Social Problem Solving Inventory
SSM Social Support Measures
STAI The State-Trait anxiety Inventory Scale
STAXI State-Trait Anger Expression Inventory
TA Trait Anxiety
TPRPS Texas Panic-Related Phobia Scale
WCCL-R Ways of Coping Checklist-Revised
WS Worry Scale
ZBI Zarit Burden Interview

Danksagung

Eine Doktorarbeit ohne die Hilfe und Unterstützung Anderer zu schreiben, dürfte geradezu unmöglich sein. Auch an meiner Dissertation haben einige Menschen Anteil gehabt, deswegen möchte ich zum Abschluß meiner Arbeit die Gelegenheit nutzen, diesen Personen zu danken, die deren Entstehung erst ermöglicht haben.

Großer Dank gebührt Herrn Prof. Heuft für die Anregung zu diesem Thema, der damit verbundenen inhaltlichen Ratschläge und der stets ausgesprochen freundlichen und zuvorkommenden Betreuung. Besonderer Dank gebührt ihm darüber hinaus für die sehr arbeitsintensive kritische Lektüre dieser umfangreichen Arbeit.

Ich bedanke mich ganz ausdrücklich bei meinen Eltern, die mir das mit dieser Arbeit abgeschlossene Studium der Medizin ermöglichten und mich immer in jeder Hinsicht und in den mitunter auch schwierigeren Situationen dabei unterstützt haben. Besonders möchte ich noch betonen, dass ich meiner Mutter sehr für die viele Zeit danke, die sie in die unermüdliche Korrektur meiner Arbeit investiert hat.

Meiner Schwester Greta, Oma Margret und meinen engen Freundinnen bin ich sehr verbunden für ihre kontinuierliche Anteilnahme und moralische Unterstützung bei der Entstehung dieser Arbeit.

Außerdem bedanke ich mich sehr bei Martin Stumpe, der nicht nur meine gesamte Arbeit Korrektur gelesen hat, sondern auch die ganze Zeit während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit mir unermüdlich zur Seite stand.

Münster, Juli 2007

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name: Ann-Kathrin Seeberg
Geburtsdatum: 25.7.1980
Geburtsort: Bielefeld
Staatsangehörigkeit: deutsch
Anschrift: Badestraße 17, 48149 Münster
Familienstand: ledig
Konfession: katholisch
Vater: Hans-Albert Seeberg
Mutter: Claudia Seeberg

Ausbildung

1987 – 1991 Grundschole „Am Bühlbusch, Verl“
1991 – 2000 Gymnasium Verl
2000 Abitur
Oktober 2000 – März 2001 Ausbildungszeit innerhalb der Krankenpflege an der
Universitätsklinik Münster
April 2001 – Juni 2007 Studium der Humanmedizin an der
Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster
1.4.2003 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung an der WWU Münster
2006 – 2007 Praktisches Jahr
Universitätsklinik Basel, Psychiatrie
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup, Chirurgie
Raphaelsklinik Münster, Klinik für Innere Medizin
14.6.2007 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung an der WWU Münster
2.7.2007 Approbation