Sonderdruck aus: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14 (3), 95–105 Hogrefe Verlag Göttingen 2006

Psychosoziale Unterstützung von älteren Menschen mit einer chronischen Sehbeeinträchtigung

Pilotartige Anwendung und Überprüfung einer problemlöse- und einer emotionsfokussierten Kurzintervention

Annette Kämmerer[1], Hans-Werner Wahl[1], Stefanie Becker[2], Roman Kaspar[2], Ines Himmelsbach[3], Frank Holz[4] und Daniel Miller[5]

[1]Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
[2]Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
[3]Universität Frankfurt, [4]Augenklinik der Universität Bonn
[5]Augenklinik der Universität Heidelberg

Zusammenfassung. Ziel der vorliegenden Arbeit war die empirische Prüfung einer psychosozialen Kurzintervention bei Menschen mit altersabhängiger Makuladegeneration, der primären Ursache von Sehverlust im höheren Alter. Gegenüber den bisher in der Literatur vorgelegten Interventionsansätzen war die Intervention der vorliegenden Studie in stärkerem Maße gesundheitspsychologisch fundiert. Sie umfasste insgesamt drei Sitzungen auf der Basis eines Gruppenansatzes mit je 4 bis 6 Patienten. Unterschieden wurde ferner zwischen einem emotions-orientierten und problemlöse-orientierten Vorgehen. In die Studie einbezogen wurden n = 23 Personen mit emotions-orientiertem, n = 22 Personen mit problemlöse-orientiertem Vorgehen und n = 22 Personen ohne Behandlung (Altersmittelwerte zwischen 76.1 und 77.3 Jahren). Die Behandlungsgruppen wurden vor und nach der Intervention mit eingeführten Skalen zur Depressivität, zu problemorientiertem Coping und Anpassung an den Sehverlust untersucht. Die Vergleichsgruppe wurde entsprechend nach einem vergleichbaren Zeitintervall ohne Intervention ein zweites Mal befragt. Die Befunde zeigen leicht verbesserte Depressivitätswerte speziell in der emotionsorientierten Gruppe, während sich in der problemlöse-orientierten Gruppe vor allem Verbesserungen hinsichtlich des problemorientierten Copings und der Anpassung an den Sehverlust ergaben. Die Ergebnisse unterstreichen insgesamt die Notwendigkeit einer stärkeren gesundheitspsychologischen Beachtung von chronischen Erkrankungen im Alter.
Schlüsselwörter: Altersabhängige Makuladegeneration, psychosoziale Intervention, chronische Erkrankungen im Alter

Psychosocial support of older people with chronic vision loss. First application and investigation of a problem-solving oriented and an emotion-oriented short-term intervention

Abstract. The present research empirically tested a short psychosocial intervention applied to individuals with age-related macular degeneration, the major cause of vision loss in later life. Compared to intervention programs suggested in the literature so far, the intervention used in the current study was more strongly based on health psychology insights. The intervention took a group approach each with 4 to 6 patients distributed across three sessions. Furthermore, a differentiation was made between an emotion-oriented versus problem-solving-oriented approach. The study included n = 23 persons in the emotion-oriented, n = 22 persons in the problem-solving-oriented, and n = 22 in an untreated comparison group (mean ages varied between 76.1 and 77.3 years). At the same intervals, intervention groups and the comparison group were measured before and after treatment by the use of proven scales assessing depression, problem-oriented coping, and adaptation to vision loss. Findings revealed tentative improvement in terms of depression particularly in the emotion-oriented approach, while an increase in problem-oriented coping and adaptation to vision loss was found in the problem-solving-oriented treatment. In sum, results support the notion that health psychology should consider age-related chronic conditions more strongly.
Key words: age-related macular degeneration, psychosocial intervention, chronic conditions in old age

Die Durchführung der Studie wurde ermöglicht durch Verleihung des Förderpreises der Wilhelm Woort-Stiftung für Altersforschung 2002 an Hans-Werner Wahl, Frank Holz und Annette Kämmerer. Dafür sei der Wilhelm Woort-Stiftung für Altersforschung herzlich gedankt.

DOI: 10.1026/0943-8149.14.3.95

In Deutschland erreichen – ähnlich wie in vielen anderen Ländern weltweit – immer mehr Menschen ein höheres Lebensalter (BMFSFJ, 2002). Mit dieser Verlängerung der Lebenserwartung steigt allerdings auch das Risiko chronischer Erkrankungen. Hierzu zählen in einem nicht unerheblichen Maße Sehbeeinträchtigungen, die als prototypische Kennzeichen des Alternsprozesses angesehen werden können (Tesch-Römer & Wahl, 2000).

Ein besonders prägnantes Beispiel einer im Alter auftretenden Seheinbuße ist die „Altersbedingte Makuladegeneration" (AMD). Erkrankungen der Makula betreffen die Stelle des schärfsten Sehens auf der Netzhaut (Bellmann & Holz, 2001; Holz, Pauleikhoff, Spaide & Bird, 2003). Epidemiologischen Angaben zufolge ist etwa jeder fünfte ältere Mensch zwischen 65 und 74 Jahren davon betroffen; ab dem 75. Lebensjahr steigt die Prävalenzrate auf etwa 35 % an. AMD ist damit die Hauptursache von Sehverlust im höheren Lebensalter. Die medizinische Behandlung der AMD hat bis heute zu keinem substantiellen Durchbruch geführt. Zwar können medikamentöse, lasertherapie-gestützte, ernährungsbezogene oder auch chirurgische Eingriffe die Progredienz des Krankheitsverlaufs verzögern, aber sie können diese bislang in den meisten Fällen nicht wirklich aufhalten (Age-related Eye Disease Study Research Group, 2001; Holz et al., 2003).

Die gesundheitspsychologische Forschung zu chronischen Erkrankungen hat überzeugend zeigen können, dass Angstzustände, depressive Symptome, Hoffnungslosigkeit und auch Suchtverhalten als psychische Sekundärerscheinungen chronischer Krankheiten auftreten (Herrmann, 1997; Rieckmann, 2002; Seiffge-Krenke, 1996). Diese Befundlage zeigt sich auch bei chronischen Seheinbußen im Alter: Ältere Menschen mit Sehbeeinträchtigung zeichnen sich durch eine niedrigere Lebenszufriedenheit, eine erhöhte Depressionsrate, ein niedriges Selbstwertgefühl, sowie eine negative Tönung der Zukunftsperspektive aus (z. B. Bazaragan & Hamm-Baugh, 1995; Carabellese et al., 1993; Horowitz & Reinhardt, 2000; Reinhardt, 1996; Wahl, 1997, 1998; Wahl, Heyl, Oswald & Winkler, 1998; vgl. auch Wahl, Becker, Burmedi & Schilling, 2004). Insgesamt ist demnach davon auszugehen, dass schwere und spät im Leben eintretende Seheinbußen mit vielen negativen Auswirkungen im Verhalten und Erleben verbunden sind. Im Sinne einer umfassenden sekundären und auch tertiären Prävention erscheint es dringend geboten, die betroffenen alten Menschen in der Aufrechterhaltung noch vorhandener Kompetenzen und Ressourcen zu unterstützen und sie bei der Bewältigung der Erkrankung psychologisch zu begleiten (Jerusalem, 2001, 2002). Während es bei anderen alterstypischen Erkrankungen, beispielsweise bei Schlaganfall, bereits gut evaluierte Maßnahmen der Begleitung und Rehabilitation in Form von Mobilitätstrainings oder dem Trainieren kognitiver Fähigkeiten gibt (Zank, 2003), sind vergleichbare Ansätze bei alten Menschen mit gravierenden Seheinbußen bisher noch rar, sodass insgesamt von einer psychosozialen Unterversorgung dieser Personengruppe ausgegangen werden kann.

Wenn psychologische Interventionen mit älteren Sehbehinderten, speziell AMD-Patientinnen und -Patienten, durchgeführt wurden, so kamen hauptsächlich strukturierte Selbstmanagement-Programme zum Einsatz, die im wesentlichen Problemlösefähigkeiten vermittelten und hauptsächlich eine medizinische Aufklärung über die biologischen Prozesse der altersbedingten Makuladegeneration umfassten. Ihre Anwendung hat zu verringertem Stresserleben und zu einer Erhöhung des Selbstwerts beitragen können (Brody, Williams, Thomas, Kaplan, Chu & Brown, 1999). Auch die Stimmung und die Alltagskompetenzen ließen sich durch ein solches Training kurz- und längerfristig verbessern (Brody, Roch-Levecq, Gamst, Maclean, Kaplan & Brown, 2002; Brody, Roch-Levecq, Thomas, Kaplan & Brown, 2005). Dahlin-Ivanoff (2000; Dahlin-Ivanoff, Sonn & Svensson, 2002) entwickelte ein sog. „Health Education Program" für Ältere mit AMD, das primär an ergotherapeutischen Überlegungen ausgerichtet ist. Dieses aktivitätsorientierte Programm zielt auf Verbesserungen in Bereichen wie Selbstpflege, Orientierung und Mobilität, Kommunikation und Nahrungszubereitung. Auch hiermit konnten kurz- und längerfristig Verbesserungen in wichtigen psychologischen Parametern wie dem subjektiven Wohlbefinden und der wahrgenommenen Handlungssicherheit erreicht werden (vgl. auch Eklund, Sonn & Dahlin-Ivanoff, 2004).

Was bei diesen bisherigen Interventionsansätzen weniger in den Fokus der Behandlung gerückt wurde, waren genuin gesundheitspsychologische Zielsetzungen, mit denen eine Kompetenzstärkung bei den Betroffenen angestrebt wird. Insbesondere das *individuelle Eingehen* auf die vorhandenen Fähigkeiten und Coping-Strategien der AMD-Betroffenen, und die darauf aufbauende gezielte Aktivierung von Ressourcen sind in der bisherigen Interventionsforschung vernachlässigt worden.

So haben beispielsweise eigene Studien mit AMD-Betroffenen, die sich an der Lebenslauftheorie der Kontrolle von Heckhausen und Schulz (1995) orientierten, gezeigt, dass ein höheres Maß an selektiver primärer Kontrolle (aktives Einwirken auf Umweltgegebenheiten) kurzfristig mit höherer Funktionsfähigkeit und höherem positivem Affekt verbunden ist (Wahl et al., 2004). Längerfristig fanden wir allerdings ebenso, dass kompensatorische selektive Strategien (Veränderung des Selbst, z. B. durch Zielaufgabeprozesse) bei AMD-Personen zunehmen und Prozesse der hartnäckigen Zielverfolgung (Brandtstädter & Renner, 1990) abnehmen (Wahl, Becker, Burmedi, Schilling & Himmelsbach, 2005). Besondere Aufmerksamkeit verdient ferner die Unterscheidung zwischen emotionsfokussiertem und problemfokussiertem („kognitivem") Coping, die in Bezug auf chronische Erkrankungen viel Beachtung gefunden hat (Filipp, 1999; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1991). Die wenigen Studien mit älteren Sehbeeinträchtigten, welche auf diese bzw. ähnliche Unterscheidungen zurückgegriffen haben, lassen allerdings keine eindeutigen bzw. differenzierenden Aussagen dahingehend zu, welche der beiden Coping-Formen in stärkerer Weise die psychosoziale Anpassung fördert; vielmehr scheinen beide eher im Zusammenspiel die Anpassung zu

fördern (Wahl, 1997). Es finden sich schließlich auch Belege dafür, dass im Kontext von Sehbeeinträchtigung Coping-Strategien nicht völlig auf Persönlichkeitsmerkmale zu reduzieren sind, sondern eigenständige Anteile der Varianz in Adaptationskriterien wie positivem und negativem Affekt erklären können (Knoll, Rieckmann & Schwarzer, 2005).

Der hier vorgestellte Trainingsansatz will die auf AMD-Patientinnen und -Patienten abzielende psychosoziale Forschungslage im deutschen Sprachraum verbessern. Zu diesem Zweck wurde ein psychosoziales Interventionsprogramm entwickelt, das direkt auf die Bedürfnisse und Kompetenzen der einzelnen Personen zugeschnitten ist und der generellen Zielsetzung Aufrechterhaltung von Lebensqualität dient. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass in der Grundlagenforschung als relevant identifizierte Anpassungsstrategien wie emotions- und problemfokussiertes Coping bei AMD-Betroffenen mittels Training beeinflussbar sind, und dass solche Trainings die psychosoziale Anpassung bedeutsam verbessern können.

In einer Pilotstudie (Birk, Hickl, Wahl, Miller, Kämmerer, Holz, Becker & Völcker, 2004) entwickelten wir ein entsprechendes psychosoziales Interventionsprogramm, das mit insgesamt $N = 14$ Personen mit AMD (mittleres Alter: 73.1 Jahre; fünf Männer, neun Frauen), verteilt auf drei Gruppen von jeweils drei bis fünf Personen, durchgeführt wurde. Als Vergleichsgruppe konnte eine Stichprobe von acht ebenfalls an AMD erkrankten Probanden und Probandinnen herangezogen werden (mittleres Alter: 72.6 Jahre; drei Männer, fünf Frauen).

Dieses psychosoziale Interventionsprogramm wurde in fünf wöchentlich stattfindenden Sitzungen durchgeführt und bestand aus sechs Modulen, die u. a. Progressive Muskelentspannung, Übungen zur Beeinflussbarkeit von Gefühlen und die Aktivierung von Ressourcen enthielten (zu Details siehe Birk et al., 2004). Die Ergebnisse waren insofern ermutigend, als sich im Vergleich zu der Kontrollgruppe ein Rückgang negativer Emotionen, eine leichte Verbesserung der Alltagskompetenz, eine deutliche Verbesserung in der subjektiv erlebten Selbstständigkeit, sowie eine Zunahme der aktiven Problembewältigung zeigten.

Es blieben aber auch Fragen offen: Im Sinne einer differentiellen Wirksamkeit therapeutischer Interventionen (z. B. Grawe, 2000, S. 580 f.) konnte nicht geklärt werden, welche Bestandteile des Interventionsangebots den größten Einfluss auf die Verbesserung in einzelnen Parametern hatten. Um dieser Frage nachzugehen, schien es insbesondere im Anschluss an die entsprechende Coping-Forschung (Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1991; Wahl, 1997) sinnvoll, eine an „Problemlösen" orientierte von einer an „Emotionsorientierung" ausgerichteten Interventionskomponente zu unterscheiden und diese miteinander zu vergleichen. Bei der Durchführung des Pilotprogramms stellte sich die Festlegung auf fünf Sitzungen als unpraktikabel heraus, denn für die meisten Teilnehmenden war es schwierig, die notwendigen Begleitpersonen für die jeweilige An- und Abreise zu finden. Wir wollten vor diesem Erfahrungshintergrund in einem nächsten Forschungsschritt versuchen, eine – im Sinne des Zeitaufwandes – „Minimal"-Version einer psychosozialen Intervention für die betroffenen älteren Menschen zu realisieren, weswegen wir das Interventionsprogramm auf *drei* Sitzungen reduzierten. Schließlich war die Aussagekraft der ersten Studie auch durch die geringe Stichprobengröße eingeschränkt. Entsprechend sollte in der Folgestudie die Fallzahl deutlich erhöht werden.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden für die vorliegende Studie die folgenden Hypothesen formuliert:

1. Die verschiedenen inhaltlichen Schwerpunktsetzungen des Interventionsprogramms sollten zu differentiellen Effekten führen: Der Grad erlebter Depressivität sollte sich eher in der Intervention mit dem Fokus „Emotionsorientierung" reduzieren, während Verbesserungen in problemorientiertem Coping vorwiegend in der Intervention mit dem Fokus auf „Problemlöseorientierung" erreicht werden sollten.

2. Es wird erwartet, dass sich darüber hinaus die allgemeine Anpassung an die Sehbehinderung sowohl durch eine Interventionskomponente mit dem Schwerpunkt auf einem handlungsorientierten Problemlöseansatz („Problemlöseorientierung"), als auch durch eine stärker an der Bewältigung negativer und der Förderung positiver Emotionen ausgerichteten Art der Intervention („Emotionsorientierung") fördern lässt.

Methode

Beschreibung der Interventionskonzepte „Problemlöseorientierung" und „Emotionsorientierung"

Tabelle 1 zeigt überblicksartig die wichtigsten Ziele und Inhalte der beiden Interventionskonzepte. In dem Interventionskonzept „Problemlöseorientierung" stand die Bewältigung konkreter Alltagsprobleme im Vordergrund. Es hat sich in vielen Studien gezeigt, dass die Verbesserung der Problemlösekompetenz zu einem Rückgang von Hilflosigkeitserfahrungen und einem Zugewinn an Selbstständigkeit und Handlungsorientierung beiträgt (Funke, 2003; Kämmerer, 1983, 1987, 2004). Während kognitive Therapieansätze in aller Regel mit schriftlich abgefassten, manualisierten Formen des Problemlösekonzepts arbeiten (z. B. Kämmerer, 1983; Wilken, 2003), waren wir in der konkreten Durchführung vor die Herausforderung gestellt, die vielfältigen Facetten des Problemlösens, z. B. die Unterscheidung zwischen Wegen und Zielen oder die Auswahl alternativer Handlungsstrategien, in einer Form zu präsentieren, die den Seheinbußen der Teilnehmenden Rechnung trug. Dabei nutzten wir bereits in der Vorstudie entwickelte taktile Materialien, die gewissermaßen spielerisch über zu ertastende symbolische Gegenstände problemlösendes Handeln unterstützen (Birk & Hickl, 2004).

Tabelle 1. Ziele und Inhalte der Interventionskonzepte „Problemlöseorientierung“ und „Emotionsorientierung“

Ziele	Inhalte
	„Problemlöseorientierung“
Kennenlernen des Problemlösekonzepts, Anwendung von Problemlösestrategien auf verschiedene Alltagsprobleme.	Ausdifferenzierung der individuellen Probleme: Es gibt einen unerwünschten Ausgangszustand und einen erwünschten Zielzustand. Um diesen zu erreichen, wird aus den verschiedenen Möglichkeiten die für das jeweilige Problem passende ausgewählt. Folgende Möglichkeiten stehen zur Auswahl: 1. Die Umgebung wird verändert (z. B. Telefon mit großen Ziffern anschaffen). 2. Die gewohnte Ausführung wird verändert (z. B. der tägliche Spaziergang wird von den Abendstunden in Zeiten mit der größten Helligkeit verlegt). 3. Andere Sinne werden eingesetzt (Hörbücher statt Lesen). 4. Eigene Einstellungen, Bewertungen werden verändert (z. B. ist es keine Katastrophe, für die Kinder nicht mehr kochen zu können, vielmehr macht es auch Freude, mit ihnen etwas anderes zu unternehmen). 5. Es wird um Hilfe gebeten (z. B. beim Bezahlen um Unterstützung beim Suchen nach Münzen bitten).
Ein strukturiertes, lösungsorientiertes Vorgehen wird realisiert.	Es steht jeweils ein Problem im Vordergrund, die Gruppe beteiligt sich an der Lösungsfindung, es wird auf Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen Problemen geachtet (Synergieeffekte).
Hausaufgaben sollen die gefundenen Lösungsansätze in die Tat umzusetzen helfen.	Drei Schwerpunkte: 1. Selbstbeobachtung der eingesetzten Problemlösestrategien. 2. Kennenlernen kritischer Punkte im Umgang mit Problemen (z. B. fehlender Mut, neue Hindernisse, die auftauchen können). 3. Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten bei den Problemlösestrategien.
	„Emotionsorientierung“
Bewusstmachung und Exploration verschiedener Gefühle, die im Zusammenhang mit der AMD-Erkrankung stehen.	Es wird für jede Sitzung ein „emotionales Motto“ gewählt. Dieses wird als Denkanstoß in die Gruppe gegeben und dient dazu, die eigenen Gefühle zu erkunden und zu benennen. Ein emotionales Motto lautete zum Beispiel: „Trauer und Enttäuschung“, ein anderes „Zorn und Angst“.
Raum für Gefühle geben, diese zulassen und miteinander teilen können.	Die emotionalen Erlebnisinhalte der einzelnen Teilnehmenden werden thematisiert, paraphrasiert und verdeutlicht. Die Gefühle werden auf Anlässe bezogen; es besteht eine Haltung der emotionalen Unterstützung und der Ermunterung zum Zulassen der Gefühle.
„Veränderungstheorie“ für emotionales Erleben bewusst machen.	Gefühle sind das Ergebnis einer Bewertung, die über eine Situation gelegt wird; eine Veränderung der Bewertung führt auch zu einer Veränderung des emotionalen Erlebens.
Hausaufgaben	Hausaufgaben werden auch hier personennah zugeschnitten: 1. Zusammenhang von Bewertung und Gefühl im Alltag erkunden. 2. Überlegungen anstellen, wie negative Gefühle beendet und positive Gefühle intensiviert werden können (z. B. was tut gut, was macht Freude).

Was Problemlöse-Trainings nur nachgeordnet behandeln, ist die emotionale Auseinandersetzung mit der chronischen Erkrankung, die in dem Interventionskonzept „Emotionsorientierung“ im Vordergrund stand. Die Bewältigung der Angst vor der völligen Abhängigkeit von anderen, der schmerzhafte Verlust von Selbstständigkeit und der Abschied von lieb gewordenen und zur eigenen Identität gehörenden Gewohnheiten findet in der medizinischen „Standard“-Behandlung kaum Raum und wird auch in einem handlungsorientierten Interventionskonzept wie den beschriebenen Selbstmanagement-Programmen weitgehend vernachlässigt. Gleichzeitig hat unsere Pilotstudie (Birk et al., 2004) gezeigt, dass das Bedürfnis der Betroffenen nach einer emotionalen Auseinandersetzung mit der AMD-Erkrankung nicht nur sehr gewünscht, sondern auch als hilfreich und entlastend beurteilt wurde. Auch

die differentielle Psychotherapieforschung liefert vielfältige Hinweise darauf, dass die Bewältigung negativer Gefühle, wie Depressivität, Angst oder Trauer, ein wesentlicher Bestandteil von psychotherapeutischer oder psychoedukativer Veränderung ist (z. B. Kämmerer, 2002).

Beide Interventionsformen wurden in Gruppensitzungen mit je vier bis sieben Teilnehmenden in den Räumen der Universitätsaugenklinik Heidelberg realisiert. Sie umfassten insgesamt je drei etwa zweistündige Sitzungen und wurden von jeweils zwei zuvor in der Durchführung der Intervention und in der Moderation von Gruppenprozessen geschulten Fachkräften (eine mit einem psychologischen, eine mit einem erziehungswissenschaftlichen Ausbildungshintergrund) durchgeführt.

Während in der „problemlöseorientierten Intervention“ die Struktur und die Inhalte der einzelnen Gruppensitzungen anhand eines durch die Problemlösekonzeption vorgegebenen Schemas festgelegt waren (siehe Tabelle 1), war die Intervention „Emotionsorientierung“ in weitaus stärkerem Maße auf die emotionalen Anliegen der einzelnen Gruppenteilnehmer und Gruppenteilnehmerinnen zugeschnitten. In der Problemlösegruppe wurden konkrete Bewältigungsstrategien anhand alltäglicher Problemstellungen erarbeitet – z. B. beim Einkaufen das Wechselgeld nicht mehr erkennen zu können, die Zeitung nicht mehr lesen zu können etc. In der emotionsfokussierten Gruppe lag der Schwerpunkt auf den erlebten Gefühlen von Trauer, Wut, Angst und Verzweiflung. Sie wurden in der Gruppensitzung erlebbar gemacht, indem sie thematisiert wurden und es wurden über die Veränderung von Bewertungsprozessen Möglichkeiten der Emotionsregulation erarbeitet (siehe Tabelle 1).

Stichprobe und Forschungsdesign

Die Patientinnen und Patienten der beiden Interventionsgruppen wurden über die Sprechstunden der Universitätsaugenklinik in Heidelberg gewonnen. Voraussetzung für die Teilnahme war neben der grundlegenden Teilnahmebereitschaft, die anhand eines Formblattes durch Unterschrift dokumentiert wurde, die Erkrankung an AMD mit einem Sehverlust von 40 % oder weniger auf dem besseren Auge, ein Lebensalter von mehr als 60 Jahren und das Wohnen in einem privaten Haushalt. Ausschlusskriterien waren terminale oder andere, schwerwiegende Erkrankungen sowie gravierende kognitive Defizite. Auch massive Einbußen der Hörfähigkeit, zumal dann, wenn sie nicht durch entsprechende Hörhilfen kompensiert werden konnten, waren ein Kriterium für den Ausschluss von der Studie.

Die Aufteilung der Patientinnen und Patienten in die beiden Interventionsgruppen „Emotionsorientierung“ („EmG“) oder „Problemlöseorientierung“ („PrG“) erfolgte, indem die Patienten „anfallend“ abwechselnd der EmG und PrG zugeordnet wurden, bis eine angezielte Gruppengröße von je ca. 20 Personen erreicht war. Insgesamt konnten im Rahmen der für die Studie zur Verfügung stehenden Zeit von 12 Monaten $n = 23$ Personen in das Interventionsmodul „EmG“ und $n = 22$ Personen in das Interventionsmodul „PrG“ einbezogen werden. Hierbei wurden jeweils vier Gruppen mit vier bis sechs Teilnehmern pro Behandlungsansatz durchgeführt. Als Vergleichsgruppe ohne Behandlung („VG“) diente eine bezüglich Art und Schwere der Augenerkrankung vergleichbare Stichprobe von $n = 22$ Personen, die aus zufällig gezogenen Patienten einer von der Augenklinik der Universität Mannheim zur Verfügung

Tabelle 2. Stichprobenbeschreibung

Variable	**Emotions-orientierte Gruppe (EmG)** $N = 23$	**Problemlösungs-orientierte Gruppe (PrG)** $N = 22$	**Vergleichsgruppe (VG)** $N = 22$
Alter (J.), *M* (*SD*) Range	76.1 (6.8) 65–92	76.6 (7.1) 63–88	77.3 (6.4) 84–84
%-Anteil Frauen	90 %	68 %	77 %
Dauer der Sehbeeinträchtigung[a], %-Anteil > 1 Jahr	43 %	29 %	48 %
Subjektives Sehvermögen[b] *M* (*SD*) 1 = „sehr gut“ bis 5 = „sehr schlecht“	3.4 (0.8)	3.6 (0.7)	3.1 (0.6)
Subjektive Gesundheit[b] *M* (*SD*), 1 = „sehr gut“ bis 5 = „sehr schlecht“	2.3 (0.7)	2.4 (0.7)	2.6 (0.8)

Anmerkungen: [a]Diese Information wurde im Erstinterview offen erfragt. [b]Diese Information wurde im Erstinterview in 1-Item-Form erhoben.

gestellten Liste von teilnahmebereiten Patienten gewonnen wurde. Eine im strengen Sinne zufällige Aufteilung auf die drei Gruppen konnte nicht durchgeführt werden. Da auf Grund der zur Verfügung stehenden Mittel keine Wartekontrollgruppe mit späterer Behandlung durchgeführt werden konnte, sprechen wir im Folgenden von einer Vergleichsgruppe und nicht von einer Kontrollgruppe.

Tabelle 2 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung sowie krankheitsbezogene Daten der gesamten Stichprobe im Überblick.

Wie aus Tabelle 2 zu ersehen ist, waren die drei Gruppen hinsichtlich Alter, subjektivem Sehvermögen und subjektiver Gesundheit vergleichbar. Auch in Bezug auf Geschlecht und Dauer der Sehbeeinträchtigung ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Selektivitätsanalysen – soweit nach den Datenschutzbestimmungen möglich – sprechen für eine Tendenz zur positiven Selektierung bei den Teilnehmern im Vergleich zu den Verweigerern bzw. Ausfällen.

Erhebungsmethoden

Die Befragung wurde als telefonische Befragung durchgeführt, um den Betroffenen einen weiteren Weg in die Augenklinik zu ersparen. Die Interviewer waren gegenüber den jeweiligen Designbedingungen blinde Psychologiestudenten, die ein Training im Umgang mit älteren Sehbehinderten absolviert hatten.

Zur Überprüfung der Interventionseffekte wurden sowohl solche Erhebungsinstrumente eingesetzt, die erwartete differentielle Effekte der beiden Interventionskonzepte erfassen, als auch solche, die eine globale Einschätzung der gesundheitspsychologisch relevanten Veränderung unabhängig von den beiden Interventionsmodulen erlauben sollten.

Zur Überprüfung der *Reduzierung der Depressivität* (Erwartung: besonders stark in EmG) diente die 15-Item-Version der „Geriatrischen Depressionsskala“, eine international häufig genutzte Skala zur Erfassung der aktuellen Depressivität (Sheik & Yesavage, 1986). Die jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantwortenden Items umfassen Aspekte der Lebenszufriedenheit und der Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Typische Items lauten: „Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?“ oder „Fühlen Sie sich oft hilflos?“ Möglich ist ein Wertebereich zwischen 0 und 15 Punkten, wobei höhere Werte höhere Depressivität bedeuten. Die interne Konsistenz der Skala (Cronbachs α) lag in der vorliegenden Studie unter Einbezug aller 67 Teilnehmer (T1) bei $\alpha = .82$.

Zur Überprüfung des *Anstiegs in problemlösenden Verhaltensweisen* (Erwartung: besonders stark in PrG) wurde auf die 5-Item-Skala „Aktives problemorientiertes Coping“ des „Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung“ (Muthny, 1989) zurückgegriffen, einem Standardinstrument zur Erfassung von krankheitsbezogenen Copingstilen. Die fünfstufig likert-skalierten Items (1, „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5, „trifft völlig zu“) lauten beispielsweise: „Einen Plan machen und danach handeln“ oder „Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen“. Es ergibt sich eine Punktvariation zwischen 1 und 25 Punkten, wobei höhere Werte eine höhere Ausprägung an problemorientiertem Coping indizieren. Die interne Konsistenz der Skala (Cronbachs α) lag in der vorliegenden Studie unter Einbezug aller 67 Teilnehmer (T1) bei $\alpha = .75$.

Eine eher allgemeine – nicht unmittelbar auf die differentielle Wirksamkeit der beiden Interventionskonzepte zielende – Veränderung in der *allgemeinen Anpassung an den Sehverlust* (Erwartung: Verbesserung in beiden Interventionskonzepten) wurde mit Hilfe der Skala „Anpassung an den Sehverlust“ geprüft. Hierbei handelt es sich um die ins Deutsche übertragene und gekürzte Version (Wahl et al., 2004) der „Adaptation to Vision Loss Scale“ (Horowitz & Reinhardt, 1998). Anhand von 14 vierstufig likert-skalierten Items (0, „trifft überhaupt nicht zu“ bis 3, „trifft völlig zu“) kann die Anpassung an einen im Alter erlittenen Sehverlust erfasst werden. Dabei werden sowohl kognitive als auch emotionale Aspekte der Sehbeeinträchtigung erfasst. Typische Items lauten: „Die Sehbeeinträchtigung ist die Ursache meiner ganzen Probleme“ oder „Es gibt schlimmere Dinge, die mir passieren können, als meine Sehfähigkeit zu verlieren“. Möglich sind Testscores zwischen 0 und 42 Punkten, wobei höhere Werte bessere Anpassung anzeigen. Die interne Konsistenz der Skala (Cronbachs α) lag in der vorliegenden Studie unter Einbezug aller 67 Teilnehmer (T1) bei $\alpha = .74$.

Zusätzlich fand bei der Erhebung zu T2 eine *Evaluation der Intervention* aus der Sicht der Teilnehmenden statt. Hierzu wurden eine Reihe von Bewertungsdimensionen (z. B. Qualität des Trainings- und Beratungsangebots) vorgelegt, die auf einer 4-stufigen Skala einzuschätzen waren (z. B. von 1, „schlecht“ bis 4, „sehr gut“). Die Auswahl der Bewertungsdimensionen orientierte sich an dem von Schmidt, Lamprecht und Wittmann (1989) vorgeschlagenen Patientenzufriedenheitsfragebogen.

Darstellung des Untersuchungsablaufs

Die Prä- und Postbefragungen fanden jeweils eine Woche vor Beginn und eine Woche nach Abschluss der Intervention statt. Bei der Vergleichsgruppe wurde ein entsprechender Zeitabstand eingehalten. Die Befragungen wurden ausschließlich auf telefonischem Wege durchgeführt. Die Erhebungen erfolgten durch trainierte studentische Hilfskräfte, die nicht über den Designstatus der einzelnen Personen informiert und in keiner Form in die Intervention involviert waren. Die Erhebung dauerte durchschnittlich 20 Minuten.

Statistische Auswertung

Auf Grund der nicht streng zufälligen Zuweisung der Teilnehmenden zu den Interventionsgruppen und zur Ver-

Tabelle 3. Ergebnisse zu Outcome-Maßen

Out-come-Maß	Gruppe[a]	*M* (*SD*) T1	Test auf Gruppenunter-schied zu T1[b]	*M* (*SD*) T2	Diffe-renz T2-T1[c]	Unter-schieds-testung der Differenz-werte[d]	Trennung von Kontrasten[e]	Effekt-größe[f]	Gruppen-gewinn[g]	BESD[h]
Depressivität	EmG	3.5		2.9	–0.55		EmG vs. VG:		52.17 %	Differenz
		(2.8)		(2.2)			*F* = 0.79;			EmG-VG:
	PrG	4.1	*F* = 0.19;	4.1	0.15	*F* = 2.81;	n.s.		31.82 %	15.02
		(3.8)	n.s.	(4.0)		*p* < .05	PrG vs. VG:	2.7 %		Differenz
	VG	3.7		3.6	–0.06		*F* = 0.14;		40.91 %	PrG-VG:
		(3.1)		(3.2)			n.s.			13.64
Problem-orientiertes Coping	EmG	15.1		13.7	–0.39		EmG vs. VG:		26.09 %	Differenz
		(4.6)		(4.5)			*F* = 1.00;			EmG-VG:
	PrG	12.4	*F* = 6.59;	14.6	2.14	*F* = 10.08;	n.s.		71.43 %	23.91
		(4.9)	*p* < .005	(5.4)		*p* < .001	PrG vs. VG:	15.9 %		Differenz
	VG	10.0		9.5	–1.56		*F* = 10.88;		50.00 %	PrG-VG:
		(4.5)		(3.5)			*p* < .01			21.43
Anpassung an Sehverlust	EmG	25.9		25.8	0.18		EmG vs. VG:		34.78 %	Differenz
		(6.9)		(6.8)			*F* = 0.30;			EmG-VG:
	PrG	22.4	*F* = 1.84;	26.4	3.51	*F* = 5.72;	n.s.		76.19 %	2.96
		(6.1)	n.s.	(8.3)		*p* < .005	PrG vs. VG:	11.1 %		Differenz
	VG	25.6		24.7	–0.64		*F* = 7.01;		31.82 %	PrG-VG:
		(6.6)		(6.1)			*p* = .01			44.37

Anmerkungen: [a]EmG = Emotions-orientierte Gruppe (*n* = 22); PrG = Problemlöse-orientierte Gruppe (*n* = 22); VG = Vergleichsgruppe (*n* = 22). [b]*F*-Test; *df* = 2,64. [c]Um Unterschiede im jeweiligen Ausgangsniveau (T1) bereinigte Differenzwerte (T2–T1). [d]ANCOVA-Test der Veränderungswerte T1–T2; F-Test; *df* = 3,63. [e]Geplante Kontraste; *F*-Test, *df* = 1. [f]Effektstärkenberechnung für den Interventionseffekt (overall) unter Berücksichtigung der Unterschiede im Ausgangsniveau nach Cohen (1988); 2 % = kleiner Effekt; 13 % = mittlerer Effekt; 26 % = großer Effekt. [g]Personenanteile in den Designgruppen, die jeweils unter (Depressivität) bzw. über (problem-orientiertes Coping; Anpassung an Sehverlust) dem Median der Veränderungswerte in der Gesamtgruppe aller Studienteil-nehmer liegen (nach Rosenthal & Rubin, 1982). [h]BESD = Binomial Effect Size Display nach Rosenthal und Rubin (1982); .20–.50 kleiner Effekt, .50–.80 mittlerer Effekt; > .80 großer Effekt nach Cohen (1988).

gleichsgruppe musste mit bedeutsamen Unterschieden im Ausgangsniveau der Outcome-Maße gerechnet werden, die sich auch in systematischer Weise auf die beobachteten Veränderungen durch die Interventionen auswirken könnten. A-priori Unterschiede zwischen den Designgruppen wurden deshalb zunächst mit einem globalen *F*-Test überprüft. Zur Abschätzung differentieller Interventionseffekte wurden anschließend einfaktorielle Varianzanalysen der T1-T2-Differenzwerte mit dem Faktor „Gruppe" für alle Outcome-Maße berechnet und dabei das T1-Ausgangsniveau als Kovariate mitkontrolliert (Kovarianzanalyse; ANCOVA). Anschließend berechneten wir paarweise Kontraste zur Abschätzung der Wirksamkeit jeder Interventionsform gegenüber der unbehandelten Vergleichsgruppe. Zusätzlich wurden nach den Empfehlungen von Cohen (1988, S. 407 ff.) die errechneten Determinationskoeffizienten als Effektgrößen interpretiert, wobei wir uns an die für diese Auswertungsstrategie vorgeschlagenen Schwellenwerte von mindestens 2% für kleine Effekte, mindestens 13% für mittlere Effekte und mindestens über 26% für große Effekte der durch den Interventionsfaktor aufgeklärten Varianz, nachdem der Effekt der Kovariate auspartialisiert wurde, orientierten. Schließlich berechneten wir auch das von Rosenthal und Rubin (1982) vorgeschlagene „Binomial Effect Size Display" (BESD). Dieses pragmatische Maß erlaubt den Vergleich der Personenanteile in Kontroll- und Interventionsgruppen, die jeweils über einem definierten Erfolgskriterium liegen (Median der Veränderungswerte in der Gesamtgruppe aller Studienteilnehmer).

Die beiden speziell auf die jeweiligen Interventionskonzepte bezogenen Outcome-Maße (Depressivität und problemorientiertes Coping) korrelierten zu T2 in der Gesamtstichprobe nicht miteinander ($r = -.16$; n.s.). Die konzeptuell als übergreifend angesehene Variable Anpassung an den Sehverlust korrelierte nicht mit dem problemorientierten Coping ($r = .10$; n.s.), jedoch mit der Depressivität ($r = -.58$; $p < .001$).

Die Ergebnisse der Evaluation berichten wir schließlich auf rein deskriptivem Niveau für die beiden Interventionsgruppen (Mittelwert, *SD*).

Ergebnisse

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse zu den drei Outcome-Maßen zusammengestellt. Im Hinblick auf die Gruppenmittelwerte zu T1 zeigen sich Unterschiede in Bezug auf die Variable problemorientiertes Coping. Zum anderen enthält Tabelle 3 Angaben zur T1-T2-Differenz (nach statistischer Kontrolle des T1-Ausgangsniveaus), den globalen ANCOVA-Signifikanztest (*F*-Wert), die Ergebnisse der geplanten Kontraste sowie die Effektgrößenberechnungen im Hinblick auf die Interventionseffekte.

Depressivität

Die Depressionswerte in der EmG liegen im Sinne unserer Hypothese zum zweiten Messzeitpunkt auf deskriptiver Ebene deutlich niedriger und die mittlere Gruppenveränderung im Sinne eines Rückgangs der Depressivität ist diesbezüglich relativ zu den anderen Gruppen am deutlichsten ausgeprägt. Auch die entsprechende ANCOVA führt „overall" zu einem signifikanten Ergebnis, wenngleich der Einzelkontrast EmG-VG nicht signifikant wird, was auch für den Kontrast PrG-VG gilt. Die berechneten Effektgrößen zeigen auf der Ebene der einbezogenen Determinationskoeffizienten zumindest einen „kleinen" Interventionseffekt an. Auch sind – dem Berechnungsvorschlag von Rosenthal und Rubin (1982) folgend – die erzielten Gewinne in EmG (Reduktion von Depressivität) relativ am größten, jedoch liegt der hier als Effektgröße interpretierte BESD-Wert für den Unterschied der Erfolgsraten zwischen EmG und VG unterhalb der Schwelle für einen „kleinen" Effekt, was auch für den Vergleich PrG-VG gilt. Insgesamt sind damit die Befunde in Bezug auf Depressivität durchaus in der erwarteten Richtung, insgesamt jedoch nur schwach ausgeprägt.

Problemorientiertes Coping

Hypothesenkonform veränderte sich das problemorientierte Coping am stärksten in der Gruppe, die speziell die Verbesserung der Problemlösekompetenz zum Ziel hatte und der „overall"-Effekt der Intervention ist auch nach Kontrolle des signifikant unterschiedlichen Ausgangsniveaus hoch signifikant. Gemäß dem berechneten Determinationskoeffizienten weist dieser Effekt eine mittlere Stärke auf. Ebenso ist der geplante Kontrast PrG-VG hoch signifikant, während der Kontrast EmG-VG nicht signifikant ist. Entsprechend ist auch der am BESD gemessene relative Gewinn in Bezug auf problemorientiertes Coping in der PrG deutlich höher als in VG und EmG. So ist die Erfolgsrate in der PrG nahezu dreimal-, in der VG schließlich immer noch doppelt so hoch wie in der EmG, womit die differenzielle Wirksamkeit der PrG mit Blick auf das problemorientierte Coping nochmals unterstützt wird. Insgesamt unterstreichen damit die Befunde einen relativ deutlichen Effekt nur der problemorientierten Intervention im Hinblick auf problemorientiertes Coping.

Anpassung an den Sehverlust

Die erwartete, gleichsinnig positive Wirkung beider Interventionsarten auf die Variable Anpassung an den Sehverlust ließ sich nicht bestätigen, wenngleich der „overall"-Interventionseffekt statistisch hoch signifikant war. Die geplanten Kontraste wiesen lediglich die Problemlöseintervention als der Vergleichsgruppe überlegen aus. Auch der durch den BESD eingeschätzte relative Interventionsgewinn bezüglich der Anpassung an den Sehverlust unterstreicht die differentielle Wirksamkeit der PrG. Beide Effektgrößenberechnungen beschreiben den Interventionseffekt als „klein", jedoch relativ nahe an der Schwelle zu „mittel". Insgesamt zeigt sich hier also nur in der PrG der an sich in beiden Interventionsgruppen erwartete positive Effekt der Intervention, wobei die Größe des Effekts als relativ bedeutsam eingestuft werden kann.

Tabelle 4. Ergebnisse der Evaluation

Variable	Bewertungsformat	Emotions-orientierte Gruppe	Problemlösungs-orientierte Gruppe
Qualität des Trainings- und Beratungsangebots	Von 1 („schlecht“) bis 4 („sehr gut“)	3.4 (0.5)	3.2 (0.8)
Art der Unterstützung und Hilfe erhalten, die man wollte	Von 1 („eindeutig ja“) bis 4 („eindeutig nein“)	2.1 (1.0)	2.0 (1.2)
Zufriedenheit mit dem Ausmaß an erhaltener Hilfe	Von 1 („sehr zufrieden“) bis 4 („unzufrieden“)	1.7 (0.5)	1.9 (0.9)
Zufriedenheit mit persönlichen Gewinnen insgesamt	Von 1 („sehr zufrieden“) bis 4 („unzufrieden“)	2.0 (0.4)	1.9 (0.8)
Teilnahme hat sich gelohnt	Von 1 („gar nicht“) bis 4 („sehr“)	3.5 (0.6)	3.1 (1.1)
Erneute Teilnahme denkbar	Von 1 („eindeutig ja“) bis 4 („eindeutig nein“)	1.3 (0.6)	1.7 (1.0)
Weiterempfehlung an andere AMD-Patienten/innen	Von 1 („eindeutig ja“) bis 4 („eindeutig nein“)	1.2 (0.4)	1.5 (0.9)

Evaluation der Interventionen aus Patientensicht

Die Bewertungen der beiden Interventionskomponenten durch die Teilnehmenden weisen durchweg in eine positive Richtung (Tabelle 4). Sie sind zudem in beiden Interventionsgruppen relativ ähnlich, d. h. es finden sich keine Hinweise auf eine systematisch unterschiedliche Bewertung.

Diskussion

Insgesamt kommen wir vor dem Hintergrund der Befunde zu dem Resümee, dass eine psychosoziale Kurzintervention von nur drei Gruppensitzungen bei AMD-Patienten und -Patientinnen positive Wirkungen zeigt. Allerdings waren die Effekte der eigenen Studie insgesamt im Vergleich zu den in den bisherigen Outcome-Studien berichteten Effekten (Brody et al., 2002; Dahlin-Ivanoff, 2000) deutlich schwächer, was wahrscheinlich an der kürzeren Interventionsdauer lag. In diesen anderen Studien wurde die Intervention über sechs bis zehn Wochen mit einer Sitzung pro Woche durchgeführt. Man könnte deshalb die auf Grund unserer Kurzintervention gefundenen, wenngleich schwachen Effekte, auch als durchaus bemerkenswert qualifizieren. Allerdings fanden wir in einer Nachbefragung zwei Monate nach T2 mit gegenüber den hier vorgestellten T1-T2-Vergleichen deutlich reduzierten (und deshalb nur mit großer Interpretationsvorsicht zu behandelnden) Stichprobengrößen Hinweise darauf, dass die erzielten positiven Veränderungen wieder weitgehend verschwanden, und es im Falle der PrG sogar zu einem leichten Anstieg in der Depressivität kam. Dies könnte daran gelegen haben, dass eine Kurzintervention zwar gute Anstöße zum besseren Umgang mit der AMD geben kann, jedoch eine nicht genügende Übungs- und Bearbeitungszeit für Problemlösen zu Frustrationen und Enttäuschungen führen kann. Die Fokussierung auf Gefühle, so wie sie in der emotionsorientierten Gruppe vorgenommen wurde (Tabelle 1), könnte zu einer Intensivierung des emotionalen Erlebens beigetragen haben, die dann nicht mehr weiter bearbeitet werden konnte und damit die zumindest tendenziell erzielten Gewinne hinsichtlich Depressivität längerfristig wieder in Frage stellte.

Es ist unmittelbar evident, dass unsere Studie mit Mängeln behaftet war. Zu nennen ist insbesondere die relativ geringe Stichprobengröße und die unzureichende Zufallszuteilung der Studienteilnehmer. Auch wäre die Realisierung eines kombinierten Vorgehens mit Elementen aus EmG und PrG eine wichtige Ergänzung des Designs gewesen. Aus diesen Gründen haben wir die vorgelegte Studie im Titel der Arbeit auch als „pilotartig“ qualifiziert. Der von uns gewählte Vergleich zwischen zwei Interventionsarten führt jedoch trotz dieser Mängel und der begrenzten Ergebnisstärke zu Einsichten, die für zukünftige Interventionsüberlegungen konstruktiv genutzt werden können. So hat sich in der Variable „Anpassung an den Sehverlust“ insbesondere in der problemlöseorientierten Gruppe eine Verbesserung ergeben, was darauf hindeutet, dass

ein unmittelbar an der Lösung von Alltagsproblemen ausgerichtetes Training auch zu einer Verbesserung der verhaltensbezogenen Anpassung an den Sehverlust führt. Das steht im Einklang mit bereits berichteten Befunden von Brody et al. (1999, 2002), die in „Selbstmanagement-Programmen" zu ähnlichen Ergebnissen kamen. Andererseits waren Verbesserungen in der depressiven Stimmungslage, wenn auch in geringem Maße, so doch ausschließlich in der emotionsfokussierten Gruppe zu beobachten. Das stärkt die Überzeugung, dass die Veränderung emotionalen Erlebens ebenfalls eine wichtige Aufgabe in der sekundären und tertiären Prävention chronisch verlaufender Seheinbußen darstellt, die allerdings nicht als impliziter Bestandteil eines eher handlungsorientierten Vorgehens angesehen werden sollte, sondern einer eigenständigen Bearbeitung im Gesamtgeschehen bedarf (Greenberg, 2002).

Insgesamt scheint uns ein kombiniertes Vorgehen die sinnvollere Interventionsstrategie zu sein, die sowohl eine auf Problemlösetechniken basierende Vermittlung von Fertigkeiten beinhaltet, als auch zu einer angemessenen Beachtung und Verbesserung des emotionalen Erlebens der von AMD betroffenen Menschen beiträgt. Hier sind in Zukunft weitere Studien notwendig, um zu gegenüber dem Ist-Zustand besser gesicherten Aussagen und Interventionsempfehlungen zu gelangen. Vieles spricht auf Grund der bislang mit unterschiedlichen Interventionsansätzen durchgeführten Studien (Birk et al., 2004; Brody et al., 2002, 2005; Dahlin-Ivanoff, 2000; Dahlin-Ivanoff, et al., 2002) dafür, dass ein solches Programm nicht zu kurz angelegt und etwa fünf bis sieben Wochen mit einer Sitzung pro Woche umfassen sollte.

Nicht zuletzt anhand der positiven subjektiven Bewertungen der beiden Interventionen durch die Teilnehmenden hat sich die Wichtigkeit psychosozialer Intervention bei AMD deutlich gezeigt. Das Beispiel der AMD zeigt dabei stellvertretend für viele andere chronische Erkrankungen im Alter, dass sich die gesundheitspsychologische Forschung und Praxis in Zukunft in verstärktem Maße Fragen der Intervention und Prävention in Bezug auf alternde Menschen zuwenden sollte (Wahl & Zank, 2004; Zank, 2003).

Literatur

Age-related Eye Disease Study Research Group (2001). A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zine for Age-related macular degeneration and vision loss. *Archives of Ophthalmology, 119*, 1417–1436.

Baltes, P. B. & Willis, S. L. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age. In F. I. M. Craik & S. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353–389). New York: Plenum Press.

Bazaragan, M. & Hamm-Baugh, V. P. (1995). The relationship between chronic illness and depression in a community of black elderly people. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 50B*, 119–127.

Bellmann, C. & Holz, F. G. (2001). Visual impairment and functional deficits in age-related macular degeneration. In H.-W. Wahl & H.-E. Schulze (Eds.), *On the special needs of blind and low-vision seniors* (pp. 49–57). Amsterdam, Netherlands: IOS Press.

Birk, T. & Hickl, S. (2004). *Zum psychosozialen Versorgungsbedarf von Menschen mit altersabhängiger Makuladegeneration. Konzeption, Durchführung und Evaluation einer modellhaften Intervention.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologisches Institut, Universität Heidelberg.

Birk, T., Hickl, S., Wahl, H.-W., Miller, A., Kämmerer, A., Holz, S., Becker, S. & Völcker, H. E. (2004). Development and pilot evaluation of a psychosocial intervention program for patients with age-related macular degeneration. *The Gerontologist, 44*, 836–843.

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: BMFSFJ.

Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging, 5*, 58–67.

Brody, B. L., Roch-Levecq, A. C., Gamst, A. C., Maclean, K., Kaplan, R. M. & Brown, S. I. (2002). Self-management of age-related macular degeneration and quality of life: A randomized controlled trail. *Archives of Ophthalmology, 120*, 1477–1483.

Brody, B. L., Roch-Levecq, A.-C., Thomas, R., Kaplan, R. M. & Brown, S. I. (2005). Self-management of Age-related Macular Degeneration at the 6-month follow-up. *Archives of Ophthalmology, 123*, 46–53.

Brody, B. L., Williams, R. A., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., Chu, R. M. & Brown, S. I. (1999). Age-related macular degeneration: A randomized clinical trial of a self-management intervention. *Annals of Behavioral Medicine, 21*, 322–329.

Carabellese, C., Appollonio, I., Rozzini, R., Bianchetti, A., Frisoni, G. B., Frattola, L. et al. (1993). Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *Journal of the American Geriatrics Society, 41*, 401–407.

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

Dahlin-Ivanoff, S. (2000). *Development and evaluation of a health education programme for elderly persons with Age-Related Macular Degeneration*. Gothenburg, Sweden: Göteburg University.

Dahlin-Ivanoff, S., Sonn, U. & Svensson, E. (2002). A health education program for elderly persons with visual impairments and perceived security in the performance of daily occupations: A randomized study. *American Journal of Occupational Therapy, 56*, 322–330.

Eklund, K., Sonn, U. & Dahlin-Ivanoff, S. (2004). Long-term evaluation of a health education programme for elderly persons with visual impairment. A randomized study. *Disability and Rehabilitation, 26*, 401–409.

Filipp, S.-H. (1999). A three-stage model of coping with loss and trauma: Lessons from patients suffering from severe and chronic disease. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Salomon (Eds.), *Post-traumatic stress disorder. A lifesan developmental perspective* (pp. 43–80). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745–774.

Funke, J. (2003). *Problemlösendes Denken*. Stuttgart: Kohlhammer

Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington: American Psychological Association.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. korr. Aufl). Göttingen: Hogrefe.

Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review, 102*, 284–304.

Herrmann, M. (1997). Chronische Krankheiten als Thema öffentlicher Gesundheit. In R. Weitkunat, J. Haisch & M.

Kessler (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik* (S. 322–337.) Bern: Huber.

Holz, F. G., Pauleikhoff, D., Spaide, R. F. & Bird, A. C. (2003). *Age-related Macular Degeneration*. Heidelberg: Springer.

Horowitz, A. & Reinhardt, J. P. (1998). Psychosocial adjustment to vision impairment among the elderly: Development of the Adaptation to Age-Related Vision Loss (AVL) Scale. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 92*, 30–41.

Horowitz, A. & Reinhardt, J. P. (2000). Mental health issues in vision impairment. In B. Silverstone, M. A. Lang, B. Rosenthal & E. Faye (Eds.), *The lighthouse handbook of vision loss and vision rehabilitation, Vol. 2* (pp. 1089–1109). New York: Oxford University Press.

Jerusalem, M. (2001). Empirisch evaluierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 9*, 67–83.

Jerusalem, M. (2002). Präventionsprogramme, gesundheitliche. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 400–404). Göttingen: Hogrefe.

Kämmerer, A. (1983). *Die therapeutische Strategie „Problemlösen" – Theoretische und empirische Perspektiven ihrer Anwendung in der Kognitiven Psychotherapie.* Münster: Aschendorff.

Kämmerer, A. (1987). Die therapeutische Strategie „Problemlösen" in der therapeutischen Beratung. In H. Neber (Hrsg.), *Angewandtes Problemlösen* (S. 287–318). Münster: Aschendorff.

Kämmerer, A. (2002). Gefühle mit Gefühlen behandeln. *Psychotherapie im Dialog, 3*, 112–119.

Kämmerer, A. (2004). Allgemeinpsychologische Grundlagen der Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.; S. 54–63). Stuttgart: Thieme Verlag.

Knoll, N., Rieckmann, N. & Schwarzer, R. (2005). Coping as a mediator between personality and stress outcomes: A longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality, 19*, 229–247.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV).* Göttingen: Hogrefe.

Reinhardt, J. P. (1996). The importance of friendship and family support in adaptation to chronic vision impairment. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 51B*, 268–278.

Rieckmann, N. (2002). Chronische Krankheiten. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch* (S. 56–59). Göttingen: Hogrefe.

Rosenthal, R. & Rubin, D. B. (1982). A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology, 74*, 166–169.

Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie und medizinische Psychologie, 39*, 248–255.

Seiffge-Krenke, I. (1996). *Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien: Belastung, Bewältigung und psychosoziale Folgen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Sheik, J. & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165–173). New York: Hawthorn Press.

Tesch-Römer, C. & Wahl, H.-W. (2000). Seh- und Höreinbußen. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 314–318). Stuttgart: Kohlhammer.

Wahl, H.-W. (1997). *Ältere Menschen mit Sehbeeinträchtigung: Eine empirische Untersuchung zur Person-Umwelt-Transaktion*. Frankfurt: Peter Lang.

Wahl, H.-W. (1998). „Der Raum ist eingefallen" – Alterskorrelierte Sehbeeinträchtigung als Lebenskrise und Herausforderung an Bewältigungsressourcen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27*, 111–117.

Wahl, H.-W., Becker, S., Burmedi, D. & Schilling, O. (2004). The role of primary and secondary control in adaptation to age-related vision loss: A study with macular degeneration. *Psychology and Aging, 19*, 235–239.

Wahl, H.-W., Becker, S., Schilling, O., Burmedi, D. & Himmelsbach, I. (2005). Primäre und Sekundäre Kontrolle versus Hartnäckige Zielverfolgung und Flexible Zielanpassung. Das Beispiel Sehbeeinträchtigung im Alter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 27*, 57–68.

Wahl, H.-W., Heyl, V., Oswald, F. & Winkler, U. (1998). Sehbeeinträchtigung im Alter: Eine doppelte Belastung? Der *Ophthalmologe, 95*, 389–399.

Wahl, H.-W. & Zank, S. (2004). Befunde und Potentiale der Interventionsgerontologie: Ein Überblick. *Internistische Praxis, 44*, 815–824.

Wilken, B. (2003). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Zank, S. (2003). Prävention im Alter. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 433–444). Göttingen: Hogrefe.

PD Dr. Annette Kämmerer

Psychologisches Institut
Universität Heidelberg
Hauptstraße 47–51
69117 Heidelberg
E-Mail: annette.kaemmerer@psychologie.uni-heidelberg.de