

Nadine Becker-Hingst

Depression im Alter – Eine Frage der Emotionsregulation

Längsschnitt zum Zusammenhang
von Emotionsregulationskompetenz
und Depression

OPEN ACCESS

 Springer

Depression im Alter – Eine Frage der Emotionsregulation

Nadine Becker-Hingst

Depression im Alter – Eine Frage der Emotionsregulation

Längsschnitt zum Zusammenhang
von Emotionsregulationskompetenz
und Depression

 Springer

Nadine Becker-Hingst
Krummesse, Deutschland

Dissertation Universität Rostock, 2022



Die Open Access-Veröffentlichung dieser Publikation wurde durch die Universität Rostock gefördert.

ISBN 978-3-658-41448-1 ISBN 978-3-658-41449-8 (eBook)
<http://doi.org/10.1007/978-3-658-41449-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2023. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation. **Open Access** Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten. Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Marija Kojic

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Das vorliegende Buch stellt die überarbeitete Fassung meiner Dissertation dar, die 2022 an der Universität Rostock unter dem Titel „Depression im Alter – Eine Frage der Emotionsregulation? Kontrollierte Längsschnittstudie zum Zusammenhang von Emotionsregulationskompetenz und depressiver Psychopathologie“ angenommen wurde. Das Interesse an diesem Thema entwickelte sich während meiner klinisch-praktischen Tätigkeit (PT 1), die ich im Rahmen meiner Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik des Ameos Klinikums Lübeck absolvieren durfte. Die wertvollen Erfahrungen in der Arbeit mit den vielen unterschiedlichen Patient:innen, aber teilweise auch die Grenzen in der Behandlung waren der Auslöser Emotionsregulationsprobleme als möglichen Bestandteil der Depression im höheren Erwachsenenalter genauer zu untersuchen.

Diese Untersuchung wäre allerdings ohne die wunderbare, außergewöhnliche und keineswegs selbstverständliche Unterstützung von so vielen helfenden Händen nicht umsetzbar gewesen. Daher danke ich an erster Stelle den Menschen, die an dieser Untersuchung teilgenommen und damit einen Einblick in ihre Erfahrungs- und Erlebenswelt ermöglicht haben. Ein großer Dank geht an die Patient:innen der gerontopsychiatrischen Tagesklinik des Ameos Klinikums Lübeck und an das gesamte Team der Tagesklinik – besonders an Magdalena Wegner, Zita Giesen und Arno Range. Ohne sie wäre diese Untersuchung nicht denkbar gewesen.

Meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. Eva Stumpf, danke ich für ihre Bereitschaft dieses Thema zu betreuen. Ich bin ihr dankbar für den gelassenen Freiraum aber besonders für die Zeit, die sie sich für die vielen konstruktiven und präzisen Rückmeldungen und für ihre freundlichen und wohlwollenden Ermutigungen genommen hat. PD Dr. med. Philipp Klein und Prof. Dr. Stefan Schulz

danke ich für die Bereitschaft, diese Arbeit zu begutachten sowie für die vielen konstruktiven Hinweise in ihren Gutachten.

Ebenso danke ich Prof. Dr. Christoph Perleth und meinen Kolleginnen vom Institut für Pädagogische Psychologie. Ich bedanke mich von Herzen für die besondere Zusammenarbeit bei Dr. Claudia Patricia Bueno Castellanos, Ana Costa, PD Dr. Dorothee Doerfel-Baasen, Josephine Gherairi, Angelika Haase, Dr. Daniela Hoese, Dr. Rosina Neumann und Marit Schmidt. Ein besonders großer Dank an Eileen Hage für das geduldige Korrekturlesen, aber vielmehr für ihr freundliches Schupsen auf den letzten Metern.

Für die hilfreichen Fragen und vielen sortierenden Gespräche danke ich meiner Schwester Vanessa Becker und meinen Freunden Claudia Pahl, Stefan Frühbuß, Colin Kudsk und Philip Lietz. Sie standen mir mit Rat, Tat und den richtigen Worten zur Seite. Ein herzlicher Dank geht auch an Carolin Wendt und nach Namibia an Almuth Styles für die wertvollen und konstruktiven Rückmeldungen zu dieser Arbeit. Von unschätzbarem Wert waren auch Klara Luise Kawasch und Silke Lange. Beiden danke ich für ihre tatkräftige Unterstützung beim Zähmen der Daten.

Meinen Eltern, Manfred und Renate Becker, danke ich, weil sie mir zu verstehen gegeben haben, dass sie keinen Zweifel daran hatten, dass ich auch dieses Vorhaben zu einem guten Ende bringen werde. Für dieses Vertrauen und das Gefühl von Sicherheit, egal welchen unerwarteten Weg ich eingeschlagen habe, bin ich zutiefst dankbar. Sie haben mir von Beginn an geholfen für alle Herausforderungen, die das Leben so mit sich bringt, genügend Mut zu finden und haben mir damit an so vielen Stellen Flügel verliehen. Meinem Mann, André Hingst, danke ich für seine unkonventionelle Art meinen Blick immer wieder auf das zu lenken, was wichtig ist und dafür, dass er wie eine Feuerwehr immer dann da ist, wenn er am dringendsten gebraucht wird.

Ein besonderer Dank zum Schluss an meine Patentante Rita Schlüter und ihren Mann Chris Schlüter. Sie hat mir und dieser Arbeit nicht nur ihre Zeit geschenkt, sondern hat mir durch ihre Neugier und ihre Freude an dieser Arbeit, ihre Klarheit und ihr Engagement so viel mehr hinterlassen als eine Korrektur. Ich denke, sie wäre sehr stolz.

Krummesse, Deutschland
März 2023

Nadine Becker-Hingst

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung und Abstract	1
1.1 Zusammenfassung	1
1.2 Abstract	4
2 Einleitung	7
3 Theoretischer und empirischer Hintergrund	11
3.1 Alter und Altern	12
3.1.1 Alter – Begriffsdefinition und Ansätze zur Abgrenzung von Altersklassen	14
3.1.2 Altern – Ein Prozess über die Lebensspanne	18
3.1.3 Konzepte und Theorien des (emotionalen) Alterns	21
3.1.4 Psychisches Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit im Alter	32
3.1.4.1 Einflüsse auf das Wohlbefinden der jungen Alten	33
3.1.4.2 Einflüsse auf das Wohlbefinden der Hochaltrigen	35
3.2 Depression im Alter	36
3.2.1 Psychopathologie – Das Störungsbild der Depression ...	37
3.2.1.1 Altersspezifische Besonderheiten der Psychopathologie	39
3.2.2 Klassifikation und Diagnostik	45
3.2.3 Differentialdiagnosen	48
3.2.3.1 Depression und Demenz	49
3.2.3.2 Depression und Suizidalität	50
3.2.4 Epidemiologie	51

3.2.5	Ätiologie	52
3.2.6	Therapie und Behandlung	60
3.3	Emotionen und Emotionsregulation	63
3.3.1	Emotionen	64
3.3.1.1	(Arbeits-) Definition von Emotionen	65
3.3.1.2	Komponenten von Emotionen	67
3.3.2	Emotionsregulation	72
3.3.2.1	Theoretische Modelle der Emotionsregulation	74
3.3.2.2	Emotionsregulationsstrategien	89
3.3.2.3	Adaptiv vs. maladaptiv? Klassifikation von Emotionen und Emotionsregulationsstrategien	97
3.3.2.4	Emotionsregulation im Alter	102
3.3.2.5	Emotionsregulation in der Selbst- und Fremdbeurteilung	112
3.3.3	Aktueller Forschungsstand zum Zusammenhang von Emotionsregulation und Depression über die Lebensspanne	115
3.3.4	Aktueller Forschungsstand zum Zusammenhang von Emotionsregulation und Depression im Alter	122
3.4	Herleitung der Fragestellungen	129
3.5	Zielsetzung	134
3.6	Fragestellungen und Hypothesen	135
3.6.1	Fragestellung 1 – Emotionsregulation und Wohlbefinden	135
3.6.2	Fragestellung 2 – Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen Menschen mit und ohne Depression	137
3.6.3	Fragestellung 3 – Emotionsregulation und Depression	138
3.6.3.1	Explorative Untersuchung zur Selbst- und Fremdbeurteilung von Emotionsregulation	139
4	Methode	141
4.1	Studiendesign	141
4.2	Studienablauf	143
4.3	Psychologische Messverfahren	150
4.4	Stichprobe	159

4.4.1	Rekrutierung der Stichproben	159
4.4.2	Ein- und Ausschlusskriterien	160
4.4.3	Beschreibung der Stichproben	163
4.5	Statistische Auswertung	170
5	Ergebnisse	177
5.1	Fragestellung 1: Untersuchung des Zusammenhangs von Emotionsregulation und Wohlbefinden	178
5.2	Fragestellung 2: Vergleich der Emotionsregulation von Menschen mit und ohne Depression	190
5.3	Fragestellung 3: Untersuchung des Einflusses der Emotionsregulation auf den Erfolg einer Depressionsbehandlung	196
6	Diskussion und Ausblick	207
6.1	Diskussion der Befunde	207
6.1.1	Fragestellung 1: Emotionsregulation und Wohlbefinden	207
6.1.2	Fragestellung 2: Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen Menschen mit und ohne Depression	218
6.1.3	Fragestellung 3: Emotionsregulation und Depression	224
6.2	Zusammenfassung der Befunde	237
6.3	Stärken und Limitationen	239
6.4	Theoretische und klinisch-praktische Implikationen	247
	Literaturverzeichnis	259

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1	Kriterien zur diagnostischen Entscheidungsfindung bei depressiven Störungen nach ICD-10 in Anlehnung an Hautzinger (2000)	38
Abbildung 3.2	Ebenen einer depressiven Störung mit den spezifischen Symptomen in Anlehnung an Hautzinger (2000)	40
Abbildung 3.3	Vulnerabilitäts-Stress-Modell zur Entstehung einer psychischen Störung in Anlehnung an Wittchen und Hoyer (2011)	53
Abbildung 3.4	Verstärker-Verlust-Modell zur Entstehung depressiver Störungen nach Lewinsohn (1974)	57
Abbildung 3.5	Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata nach Aaron T. Beck (1970, 1974)	59
Abbildung 3.6	Das erweiterte Prozessmodell der Emotionsregulation in Anlehnung an Gross (2015). Der Regulationsprozess ist dynamisch und läuft in sequenziellen Phasen (Identifikation, Selektion und Implementierung) ab. Innerhalb dieser Phasen kommt es wiederholt zu Feedbackschleifen, in denen die äußere/innere Welt (world; W) und die Emotionen, die damit einhergehen, wahrgenommen (perception; P), bewertet (valuation; V) und ggf. mit gegensteuernden Handlungen (action; A) verändert werden. Auf die Darstellung der sich wiederholenden Feedbackschleifen, während der sequenziellen Phasen, wurde verzichtet	80

Abbildung 3.7	Das Modell adaptiver Emotionsregulation in Anlehnung an Berking (2017). Die Abbildung zeigt die einzelnen Emotionsregulationskompetenzen eines konstruktiven Umgangs mit belastenden Emotionen und deren Abfolge	87
Abbildung 3.8	Zusammenführung des erweiterten Prozessmodells der flexiblen Emotionsregulation (Gross, 2015) und des Modells der adaptiven Emotionsregulation (Berking, 2017) in Anlehnung an Barnow, Pruessner & Schulze (2020)	88
Abbildung 5.1	Mittelwerte der Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) in der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe; $n = 46$; Fehlerbalken: ± 1 Standardfehler	191
Abbildung 5.2	Mittelwerte der Emotionsregulationsstrategien (CERQ) in der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe; $n = 45$; Fehlerbalken: ± 1 Standardfehler	192
Abbildung 5.3	Durchschnittlichen Ausprägung depressiver Symptome (GDS) der beiden Gruppen ERKNiedrig ($n = 18$) und ERKHoch ($n = 23$) an drei Messzeitpunkten (T1, T2, T3)	199
Abbildung 5.4	Durchschnittlichen Ausprägung depressiver Symptome (GDS) der beiden Gruppen ERKNiedrig ($n = 18$) und ERKHoch ($n = 23$) an zwei Messzeitpunkten (T1, T2) in der Fremdbeurteilung	201

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1	Übersicht zu Messzeitpunkten, Gruppen, erhobenen Variablen und eingesetzten Testverfahren	158
Tabelle 4.2	Rekrutierungsveranstaltungen für die Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2) sortiert nach Bundesländern	160
Tabelle 4.3	Soziodemografische Merkmale der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (N = 684)	163
Tabelle 4.4	Psychopathologische Merkmale der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (N = 684)	165
Tabelle 4.5	Soziodemografische Merkmale der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe	166
Tabelle 4.6	Psychopathologische Merkmale der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe	169
Tabelle 5.1	Emotions- und Affektskalen (EMO-Check I) der Personen aus der Allgemeinbevölkerung	179
Tabelle 5.2	Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) der Personen aus der Allgemeinbevölkerung	180
Tabelle 5.3	Strategien der kognitiven Emotionsregulation (CERQ) der Personen aus der Allgemeinbevölkerung	181
Tabelle 5.4	Zusammenhänge von Affektvariablen und Emotionsregulationskompetenzen der Personen aus der Allgemeinbevölkerung (N = 684)	183
Tabelle 5.5	Multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage des Wohlbefindens durch Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) (N = 684)	185

Tabelle 5.6	Zusammenhänge von Affektvariablen und Emotionsregulationsstrategien (CERQ) der Personen aus der Allgemeinbevölkerung (N = 684)	187
Tabelle 5.7	Bivariate Zusammenhänge und blockweise sequenzielle Regression zur Vorhersage des Wohlbefindens der Personen aus der Allgemeinbevölkerung (N = 684)	189
Tabelle 5.8	Logistische Regressionsanalyse zur Identifikation von Emotionsregulationskompetenzen zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit (depressiv vs. nicht depressiv) (n = 92)	193
Tabelle 5.9	Logistische Regressionsanalyse zur Identifikation von Emotionsregulationsstrategien zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit (depressiv vs. nicht depressiv) (n = 86)	195
Tabelle 5.10	Zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit drei Messwiederholungen, der Schwere der depressiven Symptomatik (GDS) als Innersubjektfaktor und Emotionsregulationskompetenz (ERK) als Zwischensubjektfaktor	197
Tabelle 5.11	Zusammenhänge von depressiver Symptomatik (GDS) mit Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) und Emotionsregulationsstrategien (CERQ) der klinischen Stichprobe zum Messzeitpunkt T1 (n = 46)	202
Tabelle 5.12	Schrittweise multiple Regressionsanalyse: Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27), Emotionsregulationsstrategien (CERQ) und Therapieeffekt (n = 45)	204
Tabelle 5.13	Beurteilungsübereinstimmung zwischen den Patient:innen und Behandelnden. Intraklassenkorrelationen der depressiven Symptomatik (GDS) und Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) zum Messzeitpunkt T1 und T2	206
Tabelle 6.1	Übersicht über die Entscheidung zum Eintreffen der getesteten Hypothesen	240



Zusammenfassung und Abstract

1

1.1 Zusammenfassung

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Erwachsenenalter (Blazer, 2003; Linden et al., 1998; Naismith, Norrie, Mowszowski & Hickie, 2012; Soeder, 2002; Teresi, Abrams, Holmes, Ramirez & Eimicke, 2001). Bei manchen Patient:innen entwickelt sich die Depression bereits in jüngeren Jahren und setzt sich im Alter fort. Bei vielen anderen Betroffenen tritt die depressive Störung allerdings erstmals im höheren Alter auf. In beiden Fällen geht die Erkrankung mit einem massiven Verlust an Lebensqualität, starken funktionellen Beeinträchtigungen und einem hohen Suizidrisiko einher. Dennoch werden depressive Störungen im Alter häufig nicht erkannt oder nicht adäquat behandelt. Bei einer bedeutsamen Anzahl der über 60-jährigen Patient:innen kommt es nach einer Behandlung zu keiner vollständigen Remission und eine erhebliche Residualsymptomatik bleibt erhalten. Die dadurch resultierenden Rückfälle begünstigen die Entwicklung chronischer Krankheitsverläufe. Zudem gelten depressive Störungen besonders im höheren Erwachsenenalter als Hauptrisikofaktor für einen Suizid (Müller-Pein & Lindner, 2020).

Die Gründe für die problematische Versorgungsrealität älterer Erwachsener sind vielschichtig. Ein Grund liegt in der vergleichsweise geringen Anzahl an kontrollierten Studien, die spezifische Faktoren identifiziert haben, welche an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im Alter beteiligt sind. Kenntnisse über diese altersspezifischen Faktoren sind allerdings notwendig, um die Effektivität psychotherapeutischer Interventionen zu verbessern und um gezielte Behandlungsansätze zu entwickeln, die an die Bedürfnisse von älteren Erwachsenen angepasst sind.

Aus anderen Altersgruppen ist bereits der Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und depressiver Symptomatik bekannt. Es konnte gezeigt werden, dass Emotionsregulationsdefizite mit einer erhöhten depressiven Symptomatik assoziiert sind und einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Episoden darstellen (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Berking, Ebert, Cuijpers & Hofmann, 2013; Berking, Wirtz, Svaldi & Hofmann, 2014; Campbell-Sills, Barlow, Brown und Hofmann, 2006a; Garnefski et al., 2002a; Goodman, 2007; Klemanski, Curtiss, McLaughlin und Nolen-Hoeksema, 2017; Radkovsky, McArdle, Bockting & Berking, 2014). Für das höhere Erwachsenenalter besteht derzeit allerdings ein Mangel an kontrollierten Studien, die den Einfluss von emotionsregulativer Kompetenz auf die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression untersucht haben. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit dem Zusammenhang von Emotionsregulation und Depression im Alter und geht der Frage nach, ob Emotionsregulation auch in dieser Altersgruppe eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression spielt. Die Ziele dieser Arbeit bestehen darin, einen Beitrag zu Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlung von Depressionen von älteren Erwachsenen zu leisten und Emotionsregulationskompetenzen und -strategien zu identifizieren, die in der Behandlung eine Rolle spielen und deren Förderung fokussiert werden sollte.

Um Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und depressiver Symptomatik im höheren Erwachsenenalter zu gewinnen, wurde schrittweise vorgegangen und sowohl Emotionsregulationskompetenzen wie auch verschiedene Emotionsregulationsstrategien untersucht. Im ersten Schritt wurden Zusammenhänge zwischen der Emotionsregulationskompetenz und verschiedenen Affektvariablen bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung anhand von Korrelationskoeffizienten nach Pearson untersucht. Hier zeigte sich, dass emotionsregulative Kompetenz einen relevanten Einfluss auf das Wohlbefinden hatte und einen protektiven Faktor bezüglich der Depression im Alter darstellte. Kompetenzen, die dabei eine wichtige Rolle spielten, waren Akzeptanz, Regulationskompetenz und Resilienz. Bei den Emotionsregulationsstrategien hatten positive Refokussierung, Neubewertung und Relativieren den stärksten positiven Einfluss auf das Wohlbefinden.

Im zweiten Schritt wurden Patient:innen in klinischer Depressionsbehandlung mit gesunden Kontrollpersonen bezüglich ihrer Emotionsregulationskompetenz und der Nutzung spezifischer Emotionsregulationsstrategien anhand von t-Tests für abhängige Stichproben verglichen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigten die Befunde aus anderen Altersgruppen und zeigten, dass auch bei depressiven älteren Erwachsenen im Vergleich zu älteren Erwachsenen ohne

Depression Kompetenzdefizite auf allen Ebenen des adaptiven Regulationsprozesses vorlagen (Berking et al., 2014; Catanzaro, Wasch, Kirsch & Mearns, 2000; Ehret, 2014; Ehring, Fischer, Schnülle, Bösterling & Tuschen-Caffier, 2008; Hofmann, Grossmann & Hinton, 2011; Honkalampi, Saarinen, Hintikka, Virtanen & Viinamäki, 1999; Kahn & Garrison, 2009; Radkovsky et al., 2014; Rude & McCarthy, 2003; Shallcross, Troy, Boland & Mauss, 2010). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen machte sich besonders in der geringeren Resilienz und Akzeptanz der depressiven älteren Erwachsenen sowie in der gesteigerten Nutzung von Rumination und Katastrophisieren bemerkbar.

Abschließend wurde der Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und Depression in einer klinischen Stichprobe mit Menschen im höheren Lebensalter untersucht. Die Beurteilung der depressiven Symptomatik und der Emotionsregulationskompetenz fand im Längsschnitt und anhand von Selbst- sowie zusätzlich anhand von Fremdbeurteilungen durch die psychotherapeutisch Behandelnden statt. Dafür wurde ein varianzanalytisches Analysemodell für Messwiederholungen (ANOVA) eingesetzt. Es zeigte sich, dass eine höhere Regulationskompetenz einen positiven Einfluss auf die Reduktion der depressiven Symptomatik und den Outcome einer Depressionsbehandlung in der Selbst- sowie in der Fremdbeurteilung hatte. Akzeptanz und emotionale Selbstunterstützung stellten Kompetenzen dar, die möglicherweise zur Steigerung der Effektivität einer Behandlung beitragen können. Das Relativieren, allerdings in Form von systematischer und übermäßiger emotionaler Vermeidung, scheint zudem eine relevante Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im Alter zu spielen.

Die vorliegende Arbeit liefert erste Hinweise darauf, dass auch im höheren Erwachsenenalter ein Zusammenhang zwischen Emotionsregulationsdefiziten und Depressivität in klinischen sowie nicht klinischen Stichproben vorliegt. Defizite der emotionalen Kompetenzen scheinen die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression im Alter zu begünstigen. Bei Patient:innen, bei denen ein emotionales Regulationsdefizit eine auslösende und aufrechterhaltende Bedingung darstellt, könnte demnach eine individuelle Zusatzbehandlung zur Förderung der emotionalen Kompetenz den Therapieerfolg erhöhen. Die systematische Förderung emotionaler Kompetenzen kann ein relevantes Therapieziel darstellen, das die konventionelle Depressionsbehandlung als *add-on* Baustein oder in Form eines spezifischen Programms ergänzt und die Wirksamkeit der aktuellen Standardbehandlung steigert.

Zukünftige Studien müssen allerdings den spezifischen Einfluss der verschiedenen Regulationskompetenzen und -strategien klären. Randomisiert kontrollierte

Interventionsstudien sind notwendig, um zu untersuchen, ob die gezielte Förderung der emotionalen Kompetenz zu einer Verbesserung des Therapieerfolgs und zu einer langfristigen Abnahme der depressiven Symptomatik auch bei älteren Erwachsenen beitragen kann.

1.2 Abstract

Depression is one of the most common mental illnesses in older adulthood (Blazer, 2003; Linden et al., 1998; Naismith, Norrie, Mowszowski & Hickie, 2012; Soeder, 2002; Teresi, Abrams, Holmes, Ramirez & Eimicke, 2001). Some patients develop depression at a younger age and it continues as they age. In many other cases, the depressive disorder first appears in older age. In both cases, the disease is accompanied by a massive loss of quality of life, severe functional impairments and a high risk of suicide. Nevertheless, depressive disorders in the old age are often not recognized or not adequately treated. A significant number of patients over 60 years do not achieve complete remission after treatment, and considerable residual symptomatology remains. The resulting relapses favor the development of chronic courses of the disease. In addition, depressive disorders are considered as a major risk factor for the increase in suicides, especially in older adulthood (Müller-Pein & Lindner, 2020).

The reasons for the problematic reality of care for older adults are manifold. One reason is the comparatively small number of controlled studies that have identified specific factors involved in the development and maintenance of depression in older adults. However, knowledge about these age-specific factors is necessary to improve the effectiveness of psychotherapeutic interventions and to develop targeted treatment approaches adapted to the needs of older adults.

The relationship between emotion regulation and depressive symptomatology is already known from other age groups. This has shown that emotion regulation deficits are associated with an increased depressive symptomatology and represent a significant risk factor for the development and maintenance of depressive episodes (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Berking, Ebert, Cuijpers & Hofmann, 2013; Berking, Wirtz, Svaldi & Hofmann, 2014; Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006a; Garnefski et al., 2002a; Goodman, 2007; Klemanski, Curtiss, McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2017; Radkovsky, McArdle, Bockting & Berking, 2014). However, for the older adulthood, there is currently a dearth of controlled studies that have examined the impact of emotion regulation competence on the development and maintenance of depression. The present study therefore addresses the relationship between emotion regulation

and depression in the advanced age and investigates whether emotion regulation plays a role in the development and maintenance of depression in this age group as well. The aim of this work is to contribute to the improvement of psychotherapeutic depression treatment of older adults and to identify emotion regulation skills and strategies that play a role in treatment and whose support should be focused on.

To gain knowledge of the relationship between emotion regulation competence and depressive symptomatology in older adulthood, a stepwise approach was taken. In the first step, Pearson correlation coefficients between emotion regulation competence and various affect variables were examined in individuals from the general population. It was shown that emotion regulation competence had a relevant influence on well-being and was a protective factor with regard to depression in old age. Emotion regulation skills that played an important role were acceptance, modification and resilience. Among the emotion regulation strategies, positive refocusing, positive reappraisal and putting into perspective had the strongest influence on well-being.

In a second step, patients in clinical depression treatment were compared with healthy controls regarding their emotion regulation competence and the use of specific emotion regulation strategies by using t-tests for dependent samples. The results of this study confirmed findings from other age groups and showed that depressed elderly people compared to healthy elderly people also had competence deficits at all levels of the adaptive regulation process (Berking et al., 2014; Catanzaro et al, 2000; Ehret, 2014; Ehring et al, 2008; Hofmann et al, 2011; Honkalampi, Saarinen, Hintikka, Virtanen & Viinamäki, 1999; Kahn & Garrison, 2009; Radkovsky et al, 2014; Rude & McCarthy, 2003; Shallcross, Troy, Boland & Mauss, 2010). The difference between the two groups was particularly noticeable in the depressed elders' lower resilience and acceptance, as well as their increased use of rumination and catastrophizing.

Finally, the relationship between emotion regulation competence and depression was examined in a clinical sample. The assessment of depressive symptoms and emotion regulation competence took place in a longitudinal section and on the basis of self-evaluations and additionally on the basis of external evaluations by the psychotherapists. For this purpose, a analysis of variance for repeated measures (ANOVA) was used. This showed that a higher level of regulation competence had a positive influence on depressive symptomatology and the outcome of depression treatment in the self-assessment as well as in the external assessment. Acceptance and self-support represented emotion regulation skills that may contribute to increasing the effectiveness of treatment. Putting into perspective,

albeit in the form of systematic and excessive emotional avoidance, seems to play a relevant role in the development and maintenance of depression in old age.

The present work provides first evidence that even in older adulthood there is an association between emotion regulation deficits and depressivity in clinical as well as nonclinical samples. Deficits in emotional emotion regulation skills seem to favor the development and maintenance of depression in old age. Thus, for patients in whom an emotional regulation deficit is a precipitating and maintaining condition, individualized additional treatment to support emotional competence could improve treatment success. The systematic support of emotion regulation skills may represent a relevant therapeutic goal that complements conventional depression treatment as a component or in the form of a specific program and increases the effectiveness of current standard treatment.

Future studies need to clarify the specific influence of different regulatory emotion regulation skills and strategies. Randomized controlled trails are needed to investigate whether the targeted support of emotional competence can contribute to an improvement in the treatment success and to a long-term decrease in depressive symptomatology also in older adults.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Einleitung

2

Im Jahr 2004 veröffentlichte Morley im *Journal of Gerontology* eine Auflistung von Erkrankungen, die im Bereich der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie für Wissenschaft, Forschung und Praxis in den kommenden Jahren eine relevante Rolle spielen sollten. Depressionen nahmen, nach den dementiellen Erkrankungen, Platz 2 ein. Die Relevanz und das Interesse an dem Thema sind berechtigt. Depressionen gehören neben der Demenz mit Prävalenzraten von bis zu 50 % zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Erwachsenenalter (Blazer, 2003; Linden et al., 1998; Naismith et al., 2012; Soeder, 2002; Teresi et al., 2001). Sie beeinflussen die Lebensqualität der Betroffenen und häufig auch die der Angehörigen und stellen für die Behandelnden eine besondere Herausforderung in Diagnostik und Therapie dar (Heser et al., 2013).

Derzeit gibt es nur eine vergleichsweise geringe Anzahl an kontrollierten Studien zur Therapie und Behandlung der Depression im höheren Erwachsenenalter (Areán & Cook, 2002). Von besonderem Interesse sollte die Frage nach der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung und der Dauer symptomfreier Intervalle sein (Unützer et al., 2001). Denn trotz evaluierter Interventionsprogramme und standardisierter Behandlungsleitlinien sprechen nicht alle Patient:innen auf die derzeitigen therapeutischen Interventionen an. Ein relevanter Anteil, nicht nur der älteren Patient:innen, erlebt kurz- bis mittelfristig einen Rückfall in die depressive Symptomatik (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, 2017; Härter et al., 2010). Zur Verbesserung der Effektivität der therapeutischen Interventionen sollten daher Determinanten identifiziert werden, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung beteiligt sind (Frank et al., 2002; Hollon, Munoz, Barlow & Beardslee, 2002).

In diesem Zusammenhang wurde in den vergangenen Jahren ein wesentlicher Wirkfaktor psychotherapeutischer Interventionen besonders intensiv untersucht: Eine Reihe empirischer Studien konnte zeigen, dass Emotionsregulationsdefizite

an der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver und anderer psychischer Störungen über die gesamte Lebensspanne maßgeblich beteiligt waren und dass die Förderung emotionsregulatorischer Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen einen relevanten Beitrag zum Therapieerfolg leisten konnte (Aldao et al., 2010; Berking et al., 2013; Berking et al., 2014; Campbell-Sills et al., 2006a; Garnefski et al., 2002a; Goodman, 2007; Klemanski et al., 2017; Radkovsky et al., 2014).

Vergleichsweise wenig ist allerdings über den Zusammenhang von emotionsregulativer Kompetenz und depressiver Psychopathologie im höheren Erwachsenenalter bekannt. Einige wenige Studien, die das höhere Lebensalter fokussiert haben, konnten zeigen, dass die Überzeugung, belastende Emotionen nicht ausreichend regulieren zu können, Auswirkungen auf die Entstehung sowie die Schwere einer bereits bestehenden Depression hatten (Orgeta, 2011; Phillips, Scott, Henry, Mowat & Bell, 2010; Steixner et al., 2015). Bezüglich des Einsatzes spezifischer Emotionsregulationsstrategien konnte zudem gezeigt werden, dass der vermehrte Einsatz maladaptiv klassifizierter Strategien wie Rumination (Grübeln), Vermeidung oder Unterdrückung im mittleren wie auch im höheren Erwachsenenalter mit depressiver Symptomatik assoziiert war (Aldao et al., 2010; Kraaij, Pruymboom & Garnefski, 2002b). Der Zusammenhang zwischen dem Einsatz adaptiver Strategien wie kognitiver Neubewertung oder aktivem Problemlösen und Depression ist in dieser Altersgruppe noch weitgehend unklar (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Aus diesen Erkenntnissen lassen sich bereits erste Implikationen für die Behandlung der Depression im Alter ableiten. Möglicherweise ist die Reduktion maladaptiver Regulationsstrategien ein guter Ansatzpunkt für Interventionen und präventive Maßnahmen. Inwieweit die Förderung adaptiver Strategien auch bei der Behandlung der Depression im Alter eine Rolle spielt, muss noch geklärt werden.

Die Erkenntnisse zur Emotionsregulation im höheren Erwachsenenalter basieren fast ausschließlich auf vereinzelt Studien, in denen ausschließlich Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt wurden. Retrospektive Selbstbeurteilungsmaße sind bei der Beurteilung emotionaler Vorgänge nicht grundsätzlich valide (Shiota & Levenson, 2009), da soziale Erwünschtheit und Verzerrungen durch Erinnerungseffekte einen Einfluss auf die Beurteilung haben (Feldman Barrett, 1997; Klumper, 2008; Matt, Vázquez & Campbell, 1992). Zudem konnten Mabe und West (1982) in einer Metaanalyse die geringe Validität von Selbsteinschätzungen und die Probleme bei der objektiven Selbsteinschätzung persönlicher Kompetenzen zeigen. Der zusätzliche Einsatz von Fremdbeurteilungsverfahren würde einen Beitrag zur Erhöhung der Objektivität bei der Erfassung emotionsregulativer Kompetenzen leisten.

Bei den aktuellen Studien, die den Einfluss der Emotionsregulation auf das Krankheitsbild der Depression im Alter untersucht haben, handelt es sich zudem größtenteils um korrelative Querschnittuntersuchungen. Diese liefern zwar erste Anhaltspunkte über den Zusammenhang von emotionsregulativer Kompetenz und depressiver Symptomatik, sollten aber um Längsschnittuntersuchungen ergänzt werden. Durch Längsschnittstudien können Fragen zur Kausalität beantwortet und Aussagen über Entwicklungsverläufe gemacht werden.

Insgesamt besteht derzeit ein Mangel an kontrollierten Studien, die den Einfluss von emotionsregulativer Kompetenz auf die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression im höheren Erwachsenenalter untersucht haben. Für das frühe und mittlere Erwachsenenalter konnte dieser Zusammenhang bereits gezeigt werden (Aldao et al., 2010; Berking et al., 2013; Berking et al., 2014; Campbell-Sills et al., 2006a; Garnefski et al., 2002a; Radkovsky et al., 2014). Offen bleibt die Frage, ob dieser Zusammenhang auch im höheren Erwachsenenalter vorliegt. Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, einen Beitrag zur Beantwortung dieser Fragestellung zu leisten und damit zur Verbesserung der Effektivität therapeutischer Interventionen beizutragen. Dafür werden zunächst die Begriffe *Alter* und *Altern* definiert. Verschiedene Theorien des (emotionalen) Alterns werden vorgestellt und das Krankheitsbild der Depression im Alter mit seinen spezifischen Besonderheiten erläutert (siehe Abschnitt 3.1 & 3.2). Des Weiteren erfolgt eine Definition der Begriffe *Emotionen* und *Emotionsregulation* und es werden bisherige Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Emotionsregulation und Depression über die gesamte Lebensspanne dargestellt (siehe Abschnitt 3.3). Dabei werden unter dem Oberbegriff Emotionsregulation zum einen Emotionsregulationskompetenzen wie bewusstes Wahrnehmen, Erkennen und Benennen von Emotionen, emotionale Selbstunterstützung, gezielte Regulation, Akzeptanz und Toleranz sowie Konfrontationsbereitschaft unterschieden (siehe Abschnitt 3.3.1.1). Zum anderen werden Emotionsregulationsstrategien wie Selbstbeschuldigung, Akzeptanz, Rumination, positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positive Neubewertung, Relativieren, Katastrophisieren und Andere Beschuldigen unterschieden (siehe Abschnitt 3.3.2.2).

Um zu untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Depression bei Menschen höheren Lebensalters besteht, werden drei Teilstudien mit unterschiedlichen Untersuchungsdesigns und Stichproben durchgeführt. Um einen ersten Eindruck über den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Depression von Menschen höheren Lebensalters zu erhalten, erfolgt zunächst eine Untersuchung in der Allgemeinbevölkerung (siehe Abschnitt 5.1). Des Weiteren werden ältere Patient:innen, die sich in einer klinischen Depressionsbehandlung

befinden, mit einer gesunden Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer Emotionsregulationskompetenz und der Nutzung verschiedener Emotionsregulationsstrategien verglichen. Dadurch werden Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen älteren Menschen mit Depression und älteren Menschen ohne Depression identifiziert (siehe Abschnitt 5.2). Um sich der Frage nach der Kausalität anzunähern, wird bei den älteren Patient:innen, die sich in einer Depressionsbehandlung befinden, ein Längsschnitt anhand von Selbst- und Fremdbeurteilungsmaßen durchgeführt. Dafür werden die Emotionsregulationskompetenz sowie spezifische Emotionsregulationsstrategien und die Schwere der depressiven Symptome zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung betrachtet (siehe Abschnitt 5.3). Die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen werden abschließend diskutiert und theoretische sowie klinisch-praktische Implikationen abgeleitet (siehe Kapitel 6).

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Theoretischer und empirischer Hintergrund

3

Die Lebenserwartung in Deutschland ist im Verlauf der letzten Jahrzehnte gestiegen. Im Jahr 2014 betrug der Anteil der Personen über 60 Jahre 27 % an der Gesamtbevölkerung. Schätzungsweise wird der Anteil im Jahr 2030 auf 35 % und im Jahr 2050 auf 38 % ansteigen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2018). Damit wird auch der Anteil der Hochaltrigen, also der Personen über 85 Jahre und älter, zunehmen. Die Zahlen in Österreich und in der Schweiz sind ähnlich (Statistisches Bundesamt, 2016). Der Altersaufbau der Bevölkerung verändert sich. Es wird von einem demografischen Wandel gesprochen, der sich zum einen aus der steigenden Lebenserwartung sowie aus den niedrigen Geburtenraten ergibt. Ursachen für die steigende Lebenserwartung liegen in einer Erhöhung des Lebensstandards, der Verbesserung der hygienischen und medizinischen Bedingungen und in den Fortschritten der präventiven und kurativen Medizin. Zudem werden akute und zumeist tödliche Krankheiten besser diagnostiziert und therapiert und Infektionskrankheiten erfolgreicher bekämpft (Adam, 1998). Die Bevölkerung wird tendenziell älter und im Zuge dessen erfährt das höhere Lebensalter im Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden zunehmend Beachtung. Das Interesse am Thema „gesundes Altern“ und somit auch an der Psychotherapie im höheren Lebensalter ist gestiegen. Ein Zeichen dafür ist die wachsende Anzahl von Veröffentlichungen im Verlauf der letzten Jahre (Supprian & Hauke, 2017)

Wie jede Lebensphase geht auch der Prozess des Alterns mit Veränderungen einher. Verschiedene empirische Studien konnten zeigen, dass es Menschen im höheren Lebensalter in der Regel gut gelingt, sich an die veränderten Gegebenheiten anzupassen (Carstensen, Pasupathi, Mayr & Nesselrode, 2000). Einem Großteil gelingt es durch Kompensation und Anpassung, die eigenen Fähigkeiten und Potentiale weiterhin zu nutzen und damit einen stabilen Zustand psychischen Wohlbefindens aufrechtzuerhalten (Kessler & Staudinger, 2009; Kunzmann,

Little & Smith, 2000; Mroczek & Kolarz, 1998). Bestimmte Veränderungen, die mit dem Alterungsprozess einhergehen, werden allerdings als Belastung erlebt. Als besonders belastend werden gesundheitliche Probleme, psychosozialer Stress durch Verlusterlebnisse, kognitive und motorische Einschränkungen und psychische Erkrankungen wie Depressionen erlebt (Baltes, 1997).

Depressionen gehören neben der Demenz zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Erwachsenenalter (Blazer, 2003). Sie haben Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebensfreude, sie verringern die Eigenständigkeit der Betroffenen und sind Hauptrisikofaktor für Suizide (Juurink, Herrmann, Szalai, Kopp & Redelmeier, 2004; Waern et al., 2002). Depressive Störungen stellen ein gutes Beispiel dafür dar, dass belastende Emotionen, wie Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit, Hauptsymptome einer depressiven Episode, von den Betroffenen nicht wirksam reguliert und beeinflusst werden können. Die Art und Weise wie Emotionen während einer depressiven Episode reguliert werden, scheint in Anbetracht der Symptomatik problematisch zu sein. Probleme entstehen beispielsweise dann, wenn Niedergeschlagenheit an mehr als der Hälfte des Tages erlebt wird und über eine gewisse Dauer bestehen bleibt, was ein Diagnosekriterium einer depressiven Episode darstellt. Das aktive Gegensteuern gegen die belastende Emotion misslingt, was mit Antriebslosigkeit und sozialem Rückzug verbunden sein kann. Eine depressive Episode geht somit mit massiven Problemen auf individueller, sozialer oder beruflicher Ebene einher. Bereits zu Beginn der Störung scheint die Fähigkeit zur aktiven Regulation und Veränderung der depressiven Stimmung stark beeinträchtigt zu sein. Offenbar handelt es sich bei der Depression um eine Störung, bei der belastende emotionale Zustände nicht aktiv und wirksam reguliert werden können. Zur Untersuchung dieser Annahme bei älteren Erwachsenen werden im Folgenden zunächst Begriffsdefinitionen zum *Alter* und *Altern* (siehe Abschnitt 3.1) gegeben und das Störungsbild der Depression im höheren Lebensalter vorgestellt (siehe Abschnitt 3.2). Die Konstrukte *Emotionen* und *Emotionsregulation* werden definiert und aktuelle Befunde zum Zusammenhang von Emotionsregulation und Depression in den verschiedenen Altersgruppen vorgestellt (siehe Abschnitt 3.3).

3.1 Alter und Altern

Der Begriff *Alter* stellt einen Lebensabschnitt dar und beschreibt das Resultat des Altwerdens. Das *Altern* wiederum kann als Prozess verstanden werden, bei dem sich Menschen über die Lebensspanne hinweg individuell verändern. Dabei stehen Prozesse und Mechanismen im Vordergrund, die zum Alter führen und die

das Altwerden bedingen (Baltes & Baltes, 1994). Das Alter und der Prozess des Alterns sind Bestandteil verschiedener Fachdisziplinen. Neben der Psychologie, der Soziologie und der Medizin beschäftigen sich auch die Pflege-, Gesundheits- und Politikwissenschaften mit den Prozessen des Alterns.

Ein Wegbereiter für die Untersuchung von Alter und Alterungsprozessen stellt die Gerontologie (Altersforschung) dar. Dabei handelt es sich um ein eigenständiges und inhaltlich klar abgegrenztes Fachgebiet. Die Gerontologie beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns. Im Fokus stehen dabei Menschen ab 60 Jahre und älter (Martin & Kliegel, 2014).

In den letzten Jahren wurde dieses Fachgebiet mit deutlich mehr Aufmerksamkeit betrachtet. Zum einen hat dies mit der Erhöhung der Lebenserwartung im Verlauf des letzten Jahrhunderts zu tun, aber auch mit theoretischen und methodischen Fortschritten in der Soziologie, Sozialmedizin und Entwicklungspsychologie (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2018).

Gerontopsychologie und -psychotherapie sind Teile der Gerontologie, die sich mit der Beschreibung und Erklärung von verändernden Strukturen und Prozessen über die gesamte Lebensspanne befassen. Sie beschäftigen sich mit der Verarbeitung und Bewältigung der mit dem Älterwerden assoziierten Einschränkungen und Defizite. Die Erforschung des Entwicklungsprozesses erfolgt mit praktischem Bezug und fokussiert Prävention und Intervention. Damit bilden diese medizinisch-psychologischen Fachrichtungen die Grundlage für die praktisch-psychologische und psychotherapeutische Arbeit (Wahl, Diehl, Kruse, Lang & Martin, 2008).

Einer der wichtigsten Bereiche der Gerontopsychologie ist die Betrachtung der unterschiedlichen und interindividuellen Verläufe des Alterns. Es wird davon ausgegangen, dass die Gruppe der über 60-jährigen Menschen nicht am Ende ihrer Entwicklung angekommen und somit starr und unflexibel ist. Stattdessen besteht die Annahme, dass über die gesamte Lebensspanne hinweg und somit bis ins hohe Alter Anpassung und Veränderung möglich sind. Personen sind auch im hohen Alter in der Lage, sich in der Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt zielgerichtet und ressourcenorientiert zu verändern und bestimmte Verhaltens- und Sichtweisen zu optimieren oder ggf. zu modifizieren (Martin & Kliegel, 2014).

3.1.1 Alter – Begriffsdefinition und Ansätze zur Abgrenzung von Altersklassen

Die Definition des Begriffs Alter ist weniger eindeutig als häufig angenommen wird. Wann gilt eine Person als alt? Wann beginnt der Lebensabschnitt, in dem Menschen sich als alt bezeichnen und spielen subjektive Vorstellungen vom Alter eine Rolle? Angesichts dieser Fragen wird die Festlegung von starren Altersgrenzen erschwert. Zudem stellt sich die Frage, ob eine exakte Festlegung angesichts der hohen Variabilität und Individualität unserer Gesellschaft heute überhaupt noch zeitgemäß und sinnvoll ist. Im Folgenden werden daher verschiedene Definitionsansätze vorgestellt.

In der Biologie wird Alter als die Abnahme der Anpassungsfähigkeit von Organismen definiert. Dabei werden die verschiedenen Entwicklungsstadien des Organismus zwischen der Geburt und dem Tod unterschieden (Kohli, 2013). Das Alter und die damit verbundenen körperlichen Veränderungen beginnen mit der Geschlechtsreife und sind durch einen fortschreitenden körperlichen Abbau gekennzeichnet (Austad, 2001). Damit stehen bei der biologischen Definition körperliche, biophysische und biochemische Veränderungen im Vordergrund. Problematisch an dieser Definition ist, dass trotz der Universalität des Alterns Individuen biologisch unterschiedlich schnell altern. Die Unterschiede sind zum einen geschlechterspezifisch; so unterscheidet sich z. B. der Abbau der Muskelkraft bei Frauen und Männern deutlich voneinander. Zum anderen gibt es gravierende Unterschiede auch innerhalb der Geschlechter (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014).

Ein weitaus größeres Problem des biologischen Definitionsansatzes liegt allerdings in einer für den psychologischen Kontext eher eindimensionalen Betrachtungsweise und der Defizitorientierung. Es wird in diesem Ansatz die Grundannahme vertreten, dass es im Alter durch den Abbau der physischen Funktionsfähigkeit auch zu einem Abbau von entwicklungsregulatorisch relevanten Ressourcen kommt (Lehr, 2007). Nach diesem Ansatz entsteht mit dem Alter eine immer größer werdende Kluft zwischen den schwindenden Ressourcen einer Person und ihren individuellen Zielen. Der stetige Abbau von kompensatorischen Ressourcen, die Personen zur Zielerreichung einsetzen, führt in der Folge zu einer Verringerung der Lebensqualität (Martin & Kliegel, 2014).

In der Soziologie wird das Alter in einen sozialen, gesellschaftlichen und historischen Kontext eingebettet. Die mit dem Alter verbundenen Prozesse werden z. B. von der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen oder sozialpolitischen Situation maßgeblich beeinflusst. Die einzelnen Phasen des Alters werden in Form von Lebensabschnitten betrachtet. Die geläufigste Einteilung wird anhand der

Phasen des Berufslebens vorgenommen: Es wird unterschieden zwischen der Bildungsphase, der Erwerbstätigkeits- und Familienphase und dem Ruhestand. Die Bildungsphase findet meist in Kindheit und Jugend statt, die Erwerbstätigkeits- und Familienphase im Erwachsenenalter und der Ruhestand wird dem Alter zugeordnet (Wurm, Wiest & Tesch-Römer, 2010). Die einzelnen Phasen werden durch bestimmte Lebensereignisse oder Statuspassagen markiert bzw. eingeleitet. So wird z. B. die Phase des Ruhestands mit dem Übertritt von der Erwerbstätigkeit in die Rente eingeleitet (Scherger, 2007).

Wichtige Übergänge oder Ereignisse im Lebenslauf als Altersgrenzen zu betrachten, kann aufgrund einer hohen gesellschaftlichen Variabilität allerdings problematisch sein. Dies zeigt sich am Beispiel des Übertritts in den Ruhestand. Trotz gesetzlicher Regelungen ist das Alter, in dem Personen in den Ruhestand eintreten, individuell sehr verschieden. Konzepte wie Altersteilzeit oder andere Modelle zur Arbeitszeitverkürzung vor der Rente machen einen individuellen Eintritt in den Ruhestand möglich, erschweren dadurch aber die Definition einer eindeutigen Altersangabe bei Übertritt in den Ruhestand. Es besteht seit einigen Jahren ein Trend frühzeitig, also noch vor dem 67. Lebensjahr, in den Ruhestand einzutreten. Dadurch sind heute weniger als 50 % der 55–64-jährigen Deutschen erwerbstätig (Brussig & Wojtkowski, 2008). Ein weiteres definitorisches Problem liegt darin, dass die subjektive Vorstellung vom Alter nicht mehr mit dem Eintritt in die Rente beginnt. Ein Großteil der Menschen im Übergang von der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand bezeichnet sich heute nicht mehr als klassischerweise „alt“ (Kohli, 2013). Das Alter bzw. die Vorstellung alt zu sein, beginnt somit nicht mehr zwangsläufig mit dem Eintritt in die Rente.

Aufgrund dieser gesellschaftlichen Veränderungen und der gestiegenen Lebenserwartung ist eine exakte Altersangabe zum Beginn der Phase des Alters, die durch den Beginn des Ruhestandes gekennzeichnet werden soll, nicht mehr möglich. Zudem konnte gezeigt werden, dass der Eintritt in den Ruhestand bereits vor dem eigentlichen Tag der Verrentung beginnt. Personen entwickeln individuelle Vorstellungen und Erwartungen vom Ruhestand, die zu unterschiedlichen emotionalen Reaktionen wie Freude, Angst oder Skepsis führen (Atchley, 1989).

In der gängigsten Definition wird der Lebensabschnitt Alter meist als kalendarisches oder chronologisches Alter erfasst. Das kalendarische Alter entspricht der Anzahl der Lebensjahre bzw. dem Zeitraum zwischen dem Geburtsdatum und dem heutigen Datum (Martin & Kliegel, 2014). Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden die einzelnen kalendarischen oder chronologischen Lebensspannen des Alters wie folgt definiert:

- 51 bis 60 Jahre: alternde Menschen
- 61 bis 75 Jahre: ältere Menschen
- 76 bis 90 Jahre: alte Menschen
- 91 bis 100 Jahre: sehr alte Menschen
- > 100 Jahre: Langlebige

Da zwischen Personen gleichen Alters aber häufig große Unterschiede in den verschiedenen Funktionsbereichen bestehen, wird der Begriff des Alters mittlerweile nicht mehr als eindimensional bzw. als einheitliche Zeitspanne verstanden. Das chronologische Alter wird durch das Konzept des funktionalen Alters erweitert. Dieses Konzept ermöglicht es, die sozialen, psychischen und körperlichen Unterschiede zwischen gleichaltrigen Menschen zu berücksichtigen. Nach dem Konzept des funktionalen Alters werden das biologische, das subjektive, das psychologische und das soziale Alter unterschieden.

Das biologische Alter ergibt sich aus dem Vergleich zu Gleichaltrigen im Hinblick auf die körperliche Konstitution. Parameter wie Stoffwechsel, Nährstoffversorgung, Gewicht und Energieverbrauch spielen bei der Beurteilung eine Rolle. Das subjektive Altersempfinden wird von Vergangenheits- („Was habe ich geleistet?“), Gegenwarts- („Bin ich privat, beruflich und finanziell zufrieden?“) und Zukunftsaspekten („Welche Ziele und Wünsche habe ich noch?“) beeinflusst. Großen Einfluss auf das psychologische Alter haben die Lebensführung und die erworbene Bildung in der Jugend und im Erwachsenenalter. Die erworbene Bildung hilft bei Anpassungsprozessen im höheren Alter, z. B. beim Finden neuer Aufgaben und Strukturen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben. Motivation und Interesse am lebenslangen Lernen wirken sich deutlich positiv auf das psychologische Alter aus. Das soziale Alter wird durch die bestehende Gesellschaftsstruktur bedingt: Wie wird das eigene Alter im Vergleich zur Gesellschaft, zum sozialen Umfeld oder zu den Mitmenschen gesehen? Zudem wird das soziale Alter von der Funktion und dem Umfang der sozialen Beziehungen bestimmt. Regelmäßiger Kontakt zu Freund:innen und Bekannten hat – je nachdem, ob er im Verlauf des Lebens als bereichernd erlebt wurde – einen positiven Einfluss auf das soziale Alter (Engeln, 2003).

Das Konzept des funktionalen Alterns erlaubt es, die Prozesse des Alterns und die individuellen Auswirkungen auf die jeweiligen Funktionsbereiche personenspezifisch zu betrachten. Zwei Personen mit dem gleichen kalendarischen Alter können sich bezüglich ihrer Funktionalität deutlich unterscheiden. Sogar auf intraindividuellem Ebene kann es zu Unterschieden im psychologischen und

biologischen Alter kommen, da der Alterungsprozess bei verschiedenen Organen oder Organsystemen ungleichmäßig ablaufen kann (Perrig-Chiello, Stähelin & Perrig, 1999).

Die gerontologischen Wissenschaften beschäftigen sich mit dem Lebensabschnitt ab 60 Jahren. Die Spanne zwischen dem höheren Erwachsenenalter (ab 60 Jahre) und dem extremen Alter (> 100 Jahre) ist allerdings sehr hoch. Da innerhalb dieser Zeitspanne weitreichende Veränderungen stattfinden, ist es sinnvoll, weitere Abgrenzungen vorzunehmen. Aus forschungspragmatischen Gründen hat sich in den letzten Jahren die folgende Einteilung etabliert: Es wird unterschieden zwischen den *jungen Alten*, die sich im dritten Lebensalter bzw. im höheren Erwachsenenalter (ab 60 Jahre) befinden und den *Hochaltrigen*, im vierten Lebensalter bzw. im hohen Erwachsenenalter (ab 80 Jahre; Baltes, 2003; Wahl & Rott, 2002). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung kann davon ausgegangen werden, dass in der Zukunft weitere Einteilungen vorgenommen werden. Zusätzlich zum dritten und vierten Lebensalter ist vorstellbar, dass diese Kategorisierung um ein fünftes Lebensalter, die *sehr Alten* oder *Hochbetagten*, erweitert wird. Die Probleme, das Alter klar zu definieren und Altersphasen exakt zu bestimmen, werden damit nicht gelöst. Zumindest aber wird dadurch der Fokus auf die Vielfalt und Heterogenität des Alters und die Individualität von Altersverläufen gelegt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass allgemeingültige Aussagen zum Begriff des Alters und eine exakte Definition der Altersphasen mit einer Reihe von Schwierigkeiten verbunden sind. Der Prozess des Alterns wird von Person zu Person sehr unterschiedlich wahrgenommen und verläuft individuell. Das Alter stellt eine vielseitige und heterogene Phase im Lebensverlauf dar und wird u. a. beeinflusst von intraindividuellen Fähigkeiten und Ressourcen, der allgemeinen körperlichen Konstitution, wirtschaftlichen und sozialpolitischen Einflüssen sowie von individuellen Lebensbedingungen und -situationen (Martin & Kliegel, 2014). Aufgrund dessen wird in dieser Arbeit davon abgesehen, chronologische oder kalendarische Faktoren bezüglich des Alters als Ein- oder Ausschlusskriterien zu definieren.

In dieser Arbeit liegt der Fokus auf dem höheren Erwachsenenalter. Dies entspricht in etwa einer Altersspanne von 55 bis 85 Jahren. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Darstellung der in dieser Altersphase stattfindenden Entwicklungsaufgaben und -prozesse. Dadurch sollen relevante Faktoren, die Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden im höheren Erwachsenenalter betreffen, genauer beschrieben werden.

3.1.2 Altern – Ein Prozess über die Lebensspanne

Altern kann als lebenslanger Entwicklungsprozess verstanden werden, in dem Menschen jeweils aktuelle Aufgaben und Herausforderungen bewältigen. Diese Entwicklungsaufgaben entstehen im gesamten Lebensverlauf und es ist eine fortwährende Anpassung an Veränderungen notwendig. Dieser Ansatz ist die Grundlage für die Theorie der Entwicklungsaufgaben von Havighurst (1948) und für das Konzept der Lebensspannenpsychologie (Baltes & Baltes, 1990; Thomae, 1979). Beide werden im Folgenden beschrieben.

Ein Ansatz zur Theorie von Entwicklungsaufgaben wurde von Robert J. Havighurst (1948) vorgelegt. Havighurst (1948, 1972) definiert eine Entwicklungsaufgabe als

Eine Aufgabe, die zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einer Phase im Leben eines Individuums auftritt, deren erfolgreiche Bewältigung zur Zufriedenheit und zu Erfolg mit späteren Aufgaben führt, während Misserfolg in der Unzufriedenheit des Individuums, der Missbilligung der Gesellschaft und Schwierigkeiten mit späteren Aufgaben resultiert. (S.2)

Nach der Theorie von Havighurst (1948, 1972) wird der Lebenslauf eines Individuums als eine Folge von Herausforderungen dargestellt, die als Entwicklungsaufgaben bezeichnet werden. Jeder Lebensphase werden spezifische Entwicklungsaufgaben zugeordnet, deren Bewältigung Entwicklung bedeutet. Zu diesen Entwicklungsaufgaben gehören z. B. die Kontrolle von Ausscheidungen, Trennung von wichtigen Bezugspersonen, Einschulung, Ablösung vom Elternhaus, Berufswahl, Familiengründung, berufliche Karriere, Ruhestand, Anpassung an abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit und Auseinandersetzung mit Verlust und Tod. Entwicklungsaufgaben werden im Allgemeinen von biologischen, gesellschaftlichen, politischen, wirtschaftlichen und persönlichen Faktoren beeinflusst. So haben z. B. sozialpolitische Einflussfaktoren, wie die Höhe des Elterngeldes oder die Festlegung des Einschulungsalters, einen entscheidenden Einfluss auf die gegenwärtige Ausgestaltung einer Entwicklungsaufgabe. Zu den Entwicklungsaufgaben, die eher dem höheren Erwachsenenalter zugeordnet werden, gehört beispielsweise die Anpassung an den beruflichen Ruhestand. Diese Entwicklungsaufgabe kann durch die folgenden Faktoren beeinflusst werden:

1. Biologische Faktoren, wie kognitive und körperliche Gesundheit
2. Soziale Faktoren, wie Berufstätigkeit des Partners oder der Partnerin
3. Psychologische Faktoren, wie Selbstwirksamkeitserwartungen oder Intelligenz

4. Gesellschaftliche Faktoren, wie gesetzliches Rentenalter und Höhe der Renten
5. Gesellschaftliche Faktoren, wie Ansehen von Rentenstatus

Nach Havighurst (1948, 1972) ergeben sich durch Entwicklungsaufgaben spezifische Entwicklungsziele. Bestimmte Entwicklungsaufgaben sind plan- und vorhersehbar, wie z. B. die Einschulung, Pubertät, Heirat oder der Ruhestand. Eine Vorbereitung auf diese Entwicklungsaufgabe ist somit möglich und Entwicklungsziele sind klar definierbar. Allerdings sind nicht alle Entwicklungsaufgaben planbar, wie beispielweise der Umgang mit einer schweren Erkrankung. Des Weiteren werden bestimmte Entwicklungsaufgaben und ihre Relevanz interindividuell unterschiedlich bewertet, woraus sich verschiedene, individuelle Entwicklungsziele ergeben.

Entwicklungsziele, die nach Havighurst (1948, 1972) eher im höheren Erwachsenenalter verfolgt werden, sind sogenannte Anpassungsziele. Dazu gehören beispielsweise die Anpassung an die sich verringernde körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und Prozesse der Auseinandersetzung und Akzeptanz mit Verlust und Tod nahestehender Bezugspersonen sowie mit dem eigenen Tod. Eine weitere wichtige Rolle spielen auch individuelle und gesellschaftliche Erwartungen darüber, welche Entwicklungsschritte in welchem Alter angemessen und vorzunehmen sind. Historisch und gesellschaftlich verändern sich diese Vorstellungen (Martin & Kliegel, 2014). Ein Beispiel dafür ist der seit einigen Jahren zu beobachtende Trend, vor dem eigentlichen gesetzlichen Rentenalter in den Ruhestand einzutreten. Während dieses Vorgehen vor etwa 50 Jahren ungewöhnlich war, sind heute lediglich 50 % der Deutschen zwischen 55 und 64 Jahren erwerbstätig. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass der frühe Eintritt in den Ruhestand mittlerweile ein gesellschaftlich adäquater und akzeptierter Entwicklungsschritt ist (Brussig & Wojtkowski, 2008).

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst (1948, 1972) zeigt, dass menschliche Entwicklung zum einen durch unterschiedliche Faktoren, wie individuelle Fähigkeiten und Ressourcen, das soziale Netzwerk sowie Kultur und Gesellschaft beeinflusst wird. Zum anderen zeigt es, ganz im Sinne moderner Konzeptionen, dass Menschen ihre Entwicklung aktiv beeinflussen, indem sie sich Ziele setzen und diese verfolgen. Dazu nutzen sie persönliche Ressourcen oder wählen bestimmte soziale Settings.

Der Grundsatz, dass sich Menschen vom Tage der Empfängnis bis hin zum Tod verändern, wird auch von einem anderen entwicklungspsychologischen Konzept aufgegriffen: dem Konzept der Lebensspannenpsychologie. Dieses Konzept wurde besonders von Paul B. Baltes und seiner Frau Margret M. Baltes (Baltes &

Baltes, 1990) sowie von Hans Thomaе (Thomaе, 1979) geprägt. Der Grundgedanke dieses Konzeptes ist, dass sich Menschen über die gesamte Lebensspanne entwickeln und dass dieser Entwicklungsprozess zu jeder Zeit entweder von Veränderungen oder Stabilität geprägt ist. Das Konzept der Lebensspanne hebt sich von älteren Theorien dadurch ab, dass die Entwicklung nicht mit der Adoleszenz endet, sondern bis ins hohe Alter verläuft (Montada, Lindenberger & Schneider, 2008). Das Konzept der lebenslangen Entwicklung wurde zu Beginn stark kritisiert. Es wurde diskutiert, ob die Qualität der Veränderung im Kindes- und Jugendalter mit denen im Alter überhaupt vergleichbar ist. Zudem wurde kritisiert, dass biologische Wachstumsprozesse maßgeblich an der Entwicklung beteiligt, diese aber im mittleren oder höheren Erwachsenenalter größtenteils abgeschlossen sind (Flavell, 1970). Das Konzept der Lebensspannenpsychologie ist heute Grundlage und fester Bestandteil gerontopsychologischer Entwicklungsforschung. Es konnte gezeigt werden, dass sich Veränderungen im Alter zwar quantitativ reduzieren, dass die vorhandenen Veränderungen aber eine intraindividuell stärkere Bedeutung erlangen (Thomaе, 1990). Zudem konnte gezeigt werden, dass Veränderungen oder Herausforderungen im Alter nicht automatisch gleichzusetzen sind mit stetigem Abbau, sondern dass auch Wachstumsprozesse eine Rolle spielen (Rohr & Lang, 2012).

Ohne Zweifel überwiegen mit fortschreitendem Alter Verluste auf neurobiologischer Ebene (Sinnesfunktionen, Mobilität, Motorik, Reproduktionsfähigkeit, Muskelkraft) und häufig auch auf sozialer Ebene (Partnerschaft, nahe Angehörige, gesellschaftliche Aufgaben). Allerdings stehen diesen Verlusten Wachstumsmöglichkeiten gegenüber, beispielsweise bezüglich des Expertenwissens (Ericsson, 1985; Weiner, Schneider & Knopf, 1988), der Lebensweisheit und -erfahrung (Baltes & Smith, 1990) und der emotionalen Kompetenz (Scheibe & Carstensen, 2010).

Beim Umgang mit Verlusten und beim Wachstum spielen kognitive Bewertungsprozesse eine entscheidende Rolle. Bewertungen und die daraus resultierenden motivationalen Veränderungen und Handlungen haben Einfluss auf die Bewältigung der veränderten Lebenssituation. Der Prozess des Alterns wird daher sehr unterschiedlich erlebt und Alterungsprozesse laufen individuell ab (Baltes, 1997). Personen im höheren Erwachsenenalter nehmen demnach nicht automatisch eine passive Rolle ein, sondern können auf die Gestaltung des persönlichen Alterungsprozesses aktiv Einfluss nehmen. Dabei orientieren sie sich an individuellen Zielen und Bedürfnissen (Rohr & Lang, 2012).

Die Theorie der Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1948/1972) sowie das Konzept der Lebensspannenpsychologie (Baltes & Baltes, 1990; Thomaе, 1979) zeigen, dass Menschen in jeder Lebensphase spezifischen Veränderungen und

Herausforderungen gegenüberstehen. Über den gesamten Lebensverlauf findet Entwicklung statt und kontinuierliche Anpassungsprozesse sind bis ins hohe Alter notwendig und möglich. Weiterhin zeigen diese Konzepte, dass in jeder Altersphase alterstypische Anforderungen vorliegen und dass diese mit altersspezifischen Ressourcen bewältigt werden können. Die vorliegenden Ressourcen sind im Alter sehr individuell. Damit individuelle Bedürfnisse weiterhin befriedigt werden, werden Ressourcen überwiegend zur Kompensation von Verlusten eingesetzt. Der Einsatz und die Nutzung von Ressourcen sind allerdings bis ins hohe Alter trainierbar. Zwar verringert sich das Trainingspotential mit fortschreitendem Alter, aber dennoch sind ressourcenorientierte Entwicklungsveränderungen zur Bewältigung alterstypischer Herausforderungen grundsätzlich erlernbar (Rohr & Lang, 2012).

Abschließend kann festgehalten werden, dass der Prozess des Alterns von Verlusten geprägt ist. Allerdings stehen diesen Verlusten auch Gewinne gegenüber. Überwiegen die Gewinne die Verluste, ist der Erwerb neuer Ressourcen bis ins hohe Alter möglich. Der Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit stehen beispielsweise Zuwächse in intellektuellen, motivationalen oder interpersonellen Fähigkeiten gegenüber, die die körperlichen Einschränkungen ausgleichen oder diesen entgegenwirken. Der Erwerb von Ressourcen führt demnach zu entsprechenden Verhaltensweisen, die zur Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben eingesetzt werden. Altern stellt einen Balanceakt zwischen Verlusten und Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und Teilhabe am sozialen Leben dar. Die gerontopsychologischen Wissenschaften verfolgen einen kompensatorischen Ansatz, nach dem Menschen auch im hohen Alter fähig sind, Entwicklungsaufgaben ressourcen- und bedürfnisorientiert zu begegnen. Konzepte und Theorien, die erklären, wie Entwicklungsaufgaben speziell im Alter bewältigt werden, werden im nächsten Kapitel vorgestellt. In diesem Zusammenhang wird außerdem die Rolle emotionsregulativer Prozesse erläutert.

3.1.3 Konzepte und Theorien des (emotionalen) Alterns

Die im Alter stattfindende Entwicklung im Allgemeinen und die damit verbundenen emotionsregulativen Prozesse im Speziellen stehen erst seit einigen Jahren im Fokus der Wissenschaft. Wissenschaftler:innen wie Adelman (1994), Cumming und Henry (1961), Atchley (1989), Baltes und Baltes (1989) oder Carstensen (1992) untersuch(t)en, wie sich individuelles Verhalten auf die Bewältigung von alterstypischen Entwicklungsaufgaben auswirkt und welche Rolle psychisches Wohlbefinden dabei spielt. Aus dieser Forschung gingen zum einen Ansätze

hervor, die entwicklungsregulatorische Prozesse betrachten und zum anderen Ansätze, die Prozesse der Emotionsregulation in die Entwicklung integrieren und diese als relevanten Faktor identifizieren, der im Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden steht.

Im Folgenden werden zunächst Theorien vorgestellt, die dem Konzept der Lebensspannenpsychologie zugeordnet werden und Entwicklungsprozesse im Alter erklären. Zu diesen Theorien gehören die *Aktivitätstheorie* (z. B. Adelman, 1994; Tartler, 1961), die *Disengagementtheorie* (Cumming & Henry, 1961) und die *Kontinuitätstheorie* (Achtley, 1989). Zudem wird das *Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation* (SOK-Modell; Baltes & Baltes, 1989) vorgestellt, das an die vorhergehenden Theorien anknüpft und praktische sowie interventive Implikationen bietet. Im nächsten Schritt wird die *sozioemotionale Selektivitätstheorie* (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999) dargestellt, die den emotionalen Alterstheorien zugeordnet werden kann. Diese Theorie stellt emotionsregulative Prozesse in den Mittelpunkt und beschreibt Zusammenhänge zwischen Entwicklungsprozessen, Emotionsregulation und psychischem Wohlbefinden.

Vertreter der Aktivitätstheorie wie Adelman (1994) oder Tartler (1961) gehen davon aus, dass im Alter ein positiver Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und einem hohen sozialen Aktivitätsniveau besteht. Die Grundannahme dieser Theorie ist, dass Menschen, die im Alter aktiv sind und ein hohes Maß an sozialer Interaktion haben, eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen, die so lange wie möglich an sozialen Aktivitäten und sozialer Interaktion teilnehmen, altersbedingte Verluste, z. B. durch den Wegfall der beruflichen Tätigkeit, kompensieren und damit alte Gewohnheiten aufrechterhalten (Havighurst, Neugarten & Tobin, 1964). Empirisch konnten Longino und Kart (1982) zeigen, dass bei Menschen im höheren Lebensalter aus verschiedenen Bevölkerungsschichten soziale Aktivitäten (z. B. Freunde treffen oder Unternehmungen in Gruppen) mit Lebenszufriedenheit positiv korrelierten. Unternehmungen, die alleine im heimischen Umfeld durchgeführt wurden, korrelierten vergleichsweise nur schwach mit Lebenszufriedenheit.

Diese Form der aktiven Teilhabe, wie sie im Alter angestrebt werden soll, entspricht allerdings dem Ideal des mittleren Erwachsenenalters und dem Gedanken einer Leistungsgesellschaft. Kritisiert wird an diesem Ansatz, dass soziale Interaktionen für jeden Menschen gleichsam eine hohe Relevanz und Notwendigkeit haben. Das Bedürfnis nach sozialer Interaktion wird generalisiert und für die Gesamtheit der älteren Menschen angenommen. Weiterhin sind soziale Interaktion und soziale Aktivitäten nicht durchgängig möglich und auch nicht in jeder

Situation gewünscht, wie beispielsweise beim bewussten sozialen Rückzug unmittelbar nach dem Tod des Partners oder der Partnerin oder einer nahestehenden Bezugsperson (Backes & Clemens, 2008).

Ein komplementärer Ansatz zur Aktivitätstheorie ist die Disengagementtheorie von Cumming und Henry (1961). Nach diesem Ansatz kommt es mit Fortschreiten des Alters zu einem selbstbestimmten Rückzug (disengagement) aus sozialen Kontakten und Verpflichtungen. Dieser Rückzug wird von der Person in eigener Initiative angestrebt und von der Gesellschaft erwünscht, sogar gefordert. Der Rückzug ist damit nicht Ausdruck von Desinteresse, sondern das Ergebnis der abnehmenden Lebenskräfte. Dadurch entsteht der Wunsch, auch ohne aktive Teilhabe ein Teil der Gesellschaft zu sein (Hirsch, 1996). Vom Rückzug aus der sozialen Rolle hängen auch die Zufriedenheit und das Wohlbefinden ab, da sich durch den Rückzug ein neues Gleichgewicht zwischen der Person und ihrer Umwelt einstellt. Zum einen dient er der Auseinandersetzung mit Themen wie Verlust und Endlichkeit, zum anderen kann er als ein Prozess der Akzeptanz, bezogen auf den Prozess des Alterns, interpretiert werden. Aufgrund der sich entwickelnden Akzeptanz gegenüber den altersbedingten Veränderungen entstehen Zufriedenheit und Wohlbefinden. Der Disengagementansatz konnte bisher empirisch nicht bestätigt werden (Faltermaier et al., 2014). Kritik erfährt dieser Ansatz durch den Einwand, dass aus einem Rückzug nicht unbedingt auf den dahinterstehenden Wunsch geschlossen werden kann und dass der Rückzug möglicherweise auch andere Gründe haben kann (z. B. geringe finanzielle Mittel, negatives öffentliches Selbstbild aufgrund des Alters). Zudem wird die Beziehung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft nicht ausreichend berücksichtigt. Der interaktionelle Prozess zwischen dem alternden Menschen und seinem sozialen Umfeld wird als nicht mehr relevant betrachtet, da er entgegen der Aktivitätstheorie keine Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden haben soll (Lehr, 2007).

Aktivitäts- sowie Disengagementtheorie beschreiben den Entwicklungsprozess, von dem psychisches Wohlbefinden und Zufriedenheit im Alter abhängen, sehr unterschiedlich. Dabei berücksichtigen beide Ansätze die Heterogenität zwischen einzelnen Personen und die sich daraus ergebenden individuellen Bedürfnisse und Ziele nicht ausreichend. Aufgrund prototypischer Annahmen werden Überlegungen generalisiert und für den Entwicklungsprozess älterer Menschen verallgemeinert. Beide Ansätze gehören jedoch zu den ersten gerontologischen Ansätzen, die nicht von einem reinen Defizitmodell des Alterns ausgehen. Sie erklären altersspezifische Entwicklungsprozesse unter Einbezug von Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit. Weiterführende Überlegungen zu diesen Ansätzen zeigen, dass der Prozess des erfolgreichen Alterns offensichtlich ein sehr individueller Prozess ist. Sozialer Rückzug wie auch die Erhöhung des

sozialen Aktivitätsniveaus werden von älteren Menschen eigenständig angestrebt und haben Auswirkungen auf psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit (Backes & Clemens, 2008). Auf der Basis unterschiedlicher Grundannahmen liefern beide Ansätze Erkenntnisse darüber, wie Anpassungsprozesse im Verlauf des Alterns gelingen.

Als vermittelnder Ansatz zwischen diesen beiden Modellen gilt die Kontinuitätstheorie von Achtle (1989). Diese Theorie berücksichtigt die Individualität von Menschen und die Heterogenität von Lebensverläufen. Der Grundgedanke ist, dass der Prozess einer gelungenen Anpassung nicht standardisiert oder normiert ist und nicht bei jedem Menschen identisch abläuft. Stabilität und Kontinuität im Entwicklungsprozess stehen im Vordergrund. Das bedeutet, dass beim Prozess des Alterns ein Vergleich mit Entwicklungsprozessen im gesamten Lebensverlauf vorgenommen wird. Profitierten Personen im Verlauf ihres Lebens von einem hohen Aktivitätsniveau, sind sie bestrebt, dieses Niveau auch im Alter aufrechtzuerhalten. Wird diese Kontinuität trotz alterstypischer Veränderungen aufrechterhalten, steigern bzw. stabilisieren sich das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit. Die relevanten Faktoren sind hierbei die erlebte Authentizität und Selbstkonsistenz. Dies bezieht sich zum einen auf die *innere Konsistenz* (Stabilität in Persönlichkeitseigenschaften oder persönlichen Vorstellungen) und zum anderen auf die *äußere Konsistenz* (Stabilität in Abläufen und Strukturen).

Wird Kontinuität bewusst angestrebt und als sinnhaft erlebt, wirkt sich dies positiv auf das psychische Wohlbefinden aus. Kommt es zu Diskontinuität, falls diese nicht erwünscht ist, wird sich das mit hoher Wahrscheinlichkeit negativ auf das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit auswirken. Diskontinuität kann sich z. B. durch körperliche oder kognitive Funktionseinschränkungen wie Mobilitätseinbußen oder eine verringerte Aufmerksamkeit sowie Merkfähigkeit ergeben (Erlemeier, 2002).

Entwicklungsprozesse, auch im hohen Alter, werden durch die Idee der erlebten Kontinuität nicht abgesprochen. Personen brauchen allerdings die Möglichkeit, Einstellungen und Verhalten durch kompensatorische und selektierende Maßnahmen anzupassen (Tesch-Römer, 2010). Rantanen et al. (2019) untersuchten 235 Frauen und Männer im Alter zwischen 60 und 94 Jahren und befragten sie zu ihren Lebensbedingungen, Interessen und Vorlieben. Im Sinne der Kontinuitätstheorie konnten sie zeigen, dass Wohlbefinden dann aufrechterhalten blieb, wenn die Befragten nicht rigide den gängigen Empfehlungen zum gesunden Altern, wie Kontakte pflegen, gesund essen und viel Bewegung folgten, sondern das taten, was den persönlichen und ureigenen Interessen, Zielen und Fähigkeiten entsprach. Die gängigen Empfehlungen gesund und glücklich zu altern, sind zwar richtig und wichtig, aber noch bedeutsamer scheint es zu sein, den persönlichen

Eigenarten, Zielen und Vorlieben gerecht zu werden. Ob durch Wanderungen in der Natur, die Pflege des Hauses und des Gartens oder ein Engagement in der Gemeinde, es spielt prinzipiell keine Rolle wodurch das Aktivitätsniveau aufrechterhalten wird. Es geht vielmehr darum, das Niveau durch Aktivitäten aufrechtzuerhalten, die als authentisch und selbstkonsistent erlebt werden.

Einen weiteren Erklärungsansatz, wie Menschen sich auch im hohen Alter den eigenen Bedürfnissen und Zielen entsprechend verhalten, liefert das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation von Baltes und Baltes (1989). Danach haben Menschen auch im Alter die Möglichkeit, ihr Leben aktiv und selbstbestimmt zu gestalten und sich an altersbedingte Veränderungen, die persönliche, soziale und strukturelle Faktoren betreffen, erfolgreich anzupassen. Eine erfolgreiche Anpassung kennzeichnet sich durch die Aufrechterhaltung oder die Steigerung des psychischen Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit.

Als zentral wird in diesem Modell angesehen, dass sich mit fortschreitendem Alter die körperliche, kognitive und soziale Leistungsfähigkeit verringert. Demgegenüber stehen individuelle Ressourcen und Fähigkeiten, die sich im Verlauf des Lebens entwickelt haben und vorhanden sind oder erlernt werden können. Das kann z. B. durch das Erlernen von Strategien oder durch ein bestimmtes Training erreicht werden. Grundsätzlich ist Lernen bis zum Ende des Lebens möglich, wobei es mit Fortschreiten des Alters schwieriger wird und die Hürden immer größer werden. Gelingt allerdings der Anpassungsprozess an alterstypische Veränderungen, kann das Funktionsniveau aufrechterhalten werden, was sich positiv auf das Selbstbild, auf soziale Beziehungen und letztlich auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit auswirkt.

Bei diesem Anpassungsprozess sind drei Teilkomponenten relevant, die sich gegenseitig bedingen und im Verhältnis zueinanderstehen (Faltermaier et al., 2014). Diese drei Teilkomponenten sind Selektion, Optimierung und Kompensation. Die Selektion beinhaltet die Auswahl oder (Neu-)Formulierung von persönlich relevanten Zielen. Dabei geht es um die adaptive Leistung, sich auf solche Bereiche zu konzentrieren, die eine hohe persönliche Priorität haben. Ziele mit geringerer Relevanz werden nicht mehr verfolgt, um Ressourcen zu sparen. Eine erfolgreiche Selektion bedarf motivationaler Bereitschaft, kognitiver Flexibilität und Handlungsorientierung (Kruse, 1998). Prozesse der Selektion werden z. B. beim Verlust des Partners oder der Partnerin erforderlich. Um weiterhin ein gewisses Maß an Autonomie aufrechtzuerhalten, was ein persönlich relevantes Ziel darstellen kann, verändern Menschen z. B. ihre bisherige Wohnsituation und ziehen in eine kleinere Wohnung oder eine betreute Wohneinrichtung.

Bei der Optimierung geht es um die Nutzung bereits vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten, um Ziele zu erreichen. Zusätzlich werden Ressourcen neu

erworben, die für das Erreichen der selektierten Ziele relevant sind. Kraft und Energie werden in den Erwerb einer neuen Fähigkeit investiert, um das bestehende Funktionsniveau zu erhalten oder ggf. zu verbessern. Für den Erwerb ist ein Investment von Mühe, Anstrengung, Zeit und Übung notwendig. Zur Optimierung gehört allerdings auch an geeigneter Stelle auf die Unterstützung von Dritten zurückzugreifen. Durch den Einsatz externer Hilfen (Haushaltshilfe, Pflege- oder Essensdienst) oder Hilfsmitteln (Geh- oder Aufstehhilfen, Hilfsmittel zur Körperpflege, barrierefreies Wohnen) bleiben Handlungs- und Kontrollspielräume aufrechterhalten (Hautzinger, 2000).

Bei der Kompensation werden Maßnahmen eingeleitet, die Defizite oder Funktionseinbußen ausgleichen. Ziel dabei ist es, bewusst oder unbewusst auf Defizite zu reagieren, um das ursprüngliche Funktionsniveau so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Ein typisches Beispiel für eine Kompensation wäre die Nutzung eines Hörgerätes beim Nachlassen des Hörvermögens (Baltes & Baltes, 1993).

Eines der bekanntesten Beispiele zur Verdeutlichung des Modells der selektiven Optimierung und Kompensation ist der Pianist Arthur Rubinstein. Aus dem Wunsch heraus, die Qualität seiner Darbietungen auch mit fortschreitendem Alter aufrechtzuerhalten, führte er folgende Maßnahmen durch: Er wählte nur noch bestimmte Stücke aus, die er spielen wollte. Damit verringerte er sein Repertoire und spielte weniger Stücke (Selektion). Die Stücke, die er spielte, übte er häufiger (Optimierung). Des Weiteren wendete er bestimmte Strategien an, z. B. vor schnellen Passagen Verlangsamungen einzuführen, damit die nachfolgende Passage im Vergleich dazu schneller wirkte (Kompensation; Hautzinger, 2000).

Die gerontologische Interventionsforschung konnte zeigen, dass der regelmäßige Gebrauch von Ressourcen und Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung des Funktionsniveaus führt. Werden Ressourcen und Fähigkeiten nicht gebraucht, lassen sie nach und verkümmern (Baltes & Baltes, 1989). Durch Training und Übung ist es prinzipiell in jeder Altersgruppe möglich, Fähigkeiten zu entwickeln oder auszubauen. Effekte für unterschiedliche Bereiche konnten auch für das Alter empirisch belegt werden. Beispielsweise konnten positive Effekte eines Trainings auf Gedächtnis (Lindenberger, Smith & Baltes, 1989), soziale Kompetenz (Stien & Adler, 2007), Schlafstörungen und Ängste (Hautzinger, 2000) sowie Krankheitsverarbeitung (Gignac, Cott & Badley, 2002) nachgewiesen werden. Durch spezielle Übungen und Trainings zur Entspannung, Achtsamkeit (Ma & Teasdale, 2004; Smith, 2006), Tagesplanung (Baldwin, 1997) oder Steigerung sozialer Kompetenzen (Niederehe, 1996) konnten des Weiteren positive Effekte auf eine vorliegende depressive Symptomatik erreicht werden.

Es kann festgehalten werden, dass das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation verschiedene Bereiche der Entwicklung umfasst. Es zeigt, dass

das erfolgreiche Zusammenspiel der beschriebenen Teilkomponenten Verlusten entgegenwirken bzw. diese ausgleichen und zur Autonomie und einem selbstbestimmten Leben beitragen kann. Ein großer Vorteil dieses Modells besteht in der Ableitung konkreter und zielorientierter Verhaltensprinzipien und Handlungsalternativen, die in der Therapie und Behandlung psychischer Störungen genutzt werden können.

Im Vergleich zu früheren eher deterministischen Auffassungen, die von einem Defizitmodell des Alterns ausgingen, betrachten aktuelle Konzeptionen den Prozess des Alterns weniger eindimensional. Aktivitätstheorie, Disengagementansatz sowie die Kontinuitätstheorie gehen zwar von unterschiedlichen Zielerreichungsprozessen aus, haben aber ein Bild des Alterns gemeinsam, in dem es dem alternden Menschen möglich ist, persönlich relevante Ziele zu setzen und diese zu verfolgen, um damit ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Nach diesen Theorien sind Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg in der Lage, ihre persönliche Entwicklung durch eigenständiges und autonomes Handeln zu regulieren (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006; Bühler, 1933). Auch im hohen Alter geht es um die Bewältigung alterstypischer Aufgaben und Herausforderungen (Havighurst, 1948/1972). Zur Bewältigung dienen individuelle Ressourcen, die entsprechend den persönlichen Bedürfnissen und Zielen angepasst und trainiert werden können. Dazu liefert das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation praktische Implikationen und Ansatzpunkte und betont ebenfalls die Bedeutsamkeit von persönlichen Zielen beim Prozess des erfolgreichen Alterns (Baltes & Baltes, 1989). Wie viele andere neuere Theorien stellen auch die hier beschriebenen Theorien Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Die psychologischen Konstrukte Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden dienen somit als Kriterien zur Messung eines erfolgreichen Alterungsprozesses (Baltes & Baltes, 1990).

Aktuelle Ansätze zu Entwicklungsprozessen im Alter betonen ebenfalls die Bedeutsamkeit von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. Sie beziehen allerdings noch weitere Faktoren mit ein, die einen Einfluss haben können: Emotionen und Emotionsregulation. Theorien des emotionalen Alterns gehen ähnlich wie die bereits beschriebenen Entwicklungstheorien davon aus, dass das Erreichen persönlich relevanter Ziele einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden hat. Zudem gehen sie davon aus, dass bei der Auswahl von Zielen und während des Zielerreichungsprozesses das emotionale Erleben eine wichtige Rolle spielt.

Eine der bekanntesten Theorien des emotionalen Alterns ist die *sozioemotionale Selektivitätstheorie* (Carstensen et al., 1999). Im Vergleich zu anderen Theorien stehen bei der sozioemotionalen Selektivitätstheorie die Wahrnehmung von Zeit und die motivationalen Konsequenzen, die sich daraus

ergeben, im Vordergrund. Der Kerngedanke ist, dass Menschen sich nicht identisch anhand eines normierten Maßstabs entwickeln oder lediglich, weil sie älter werden, sondern aufgrund der Wirkung, die sich durch den Blick in die Zukunft ergibt. Ziele und Bedürfnisse ändern sich, wenn Zeit nicht mehr als unendliche Ressource und in genügendem Ausmaß erlebt wird. Die Ausrichtung der Ziele und Bedürfnisse verändert sich dahingehend, dass der Fokus eher auf die Gegenwart als auf die Zukunft gelegt wird.

Die Steigerung des Wohlbefindens im gegenwärtigen Moment steht im Alter zunehmend im Vordergrund. Bei der Steigerung oder Aufrechterhaltung des psychischen Wohlbefindens spielt das emotionale Erleben im Rahmen sozialer Interaktion eine entscheidende Rolle. Im Hinblick auf den Faktor Zeit bedeutet das, dass Menschen die Zeit als unbegrenzt und die Zukunft als weitreichend erleben, so wie es i. d. R. in der Jugend der Fall ist, aktiv auf der Suche nach neuen Informationen und nach neuem Wissen sind. Sie knüpfen Kontakte und halten quantitativ mehr Beziehungen aufrecht, da sie sich davon in der Zukunft einen gewissen Gewinn versprechen (Carstensen et. al., 2000). Im Vergleich dazu sind Menschen, die ihre Lebenszeit als endlich und zeitlich begrenzt erleben, was häufig erst im höheren Alter der Fall ist, eher bestrebt, ihr Wohlbefinden und ihre Zufriedenheit im gegenwärtigen Moment zu steigern. Nach der sozioemotionalen Selektivitätstheorie wird im Alter nahestehenden Bezugspersonen oder Familienangehörigen mehr Zeit gewidmet. Dafür wird die Anzahl sozialer Kontakte oder Bekanntschaften verringert und das soziale Netzwerk wird insgesamt verkleinert.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass soziale Interaktion und ein großes soziales Netzwerk zu einer Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit führen (Kienle, Knoll & Renneberg 2006; Lang, 2004; Uvnäs-Moberg & Petersson, 2005). Die Verringerung des sozialen Netzwerks im Alter scheint zunächst im Widerspruch mit dem Wunsch nach der Steigerung des Wohlbefindens zu stehen. In verschiedenen empirischen Studien konnte zwar gezeigt werden, dass soziale Interaktion auch im Alter zur Verbesserung des Wohlbefindens und der psychischen sowie körperlichen Gesundheit beiträgt (Bath & Deeg, 2005; Oppikofer, Albrecht & Martin, 2010; Oppikofer, Albrecht, Schelling & Wettstein 2002), allerdings spielen die Qualität und die Art der sozialen Beziehungen eine entscheidende Rolle und nicht lediglich quantitative Faktoren (Carstensen & Lang, 2007; Conner, Powers & Bultena, 1979). Wird ausschließlich die Anzahl der sozialen Kontakte betrachtet, zeigt sich im Alter kein Zusammenhang mit Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit (Chapell & Badker, 1989; Lee & Markides, 1990). Ein positiver Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden zeigt sich jedoch in der Qualität der sozialen Eingebundenheit und

dem Maß an Vertraulichkeit und Intimität, welche im interaktionellen Kontakt erlebt werden (Antonucci & Jackson, 1987; Lowenthal & Haven, 1968).

Das Entwicklungsziel Wissens- und Informationserwerb, das im jungen Erwachsenenalter eher verfolgt wird, verringert sich mit dem Alter zu Gunsten des Ziels der gegenwärtigen Affektoptimierung. Beide Ziele lösen sich dabei nicht vollständig ab. Es kommt allerdings zu einer Verschiebung des Verhältnisses, in welchem Kraft und Energie für die Erreichung des jeweiligen Entwicklungsziels eingesetzt werden. Diese Verschiebung der Präferenzen bei der Wahrnehmung von Endlichkeit scheint altersunabhängig zu sein. So konnte in verschiedenen Altersgruppen im Zusammenhang mit den Terroranschlägen in den USA am 11. September 2001 gefunden werden, dass es durch dieses existenzbedrohende Ereignis, was die Endlichkeit des Lebens auf extreme Weise verdeutlichte, zu einem erhöhten Bedürfnis nach Sicherheit kam. Zudem nahm insbesondere die Hinwendung zu emotional relevanten Zielen und Bedürfnissen deutlich zu (Fung & Carstensen, 2006).

Nach der Theorie der sozioemotionalen Selektivität sind Menschen, die ihre Lebenszeit als endlich und zeitlich begrenzt erleben, bestrebt, ihr Wohlbefinden und ihre Zufriedenheit im gegenwärtigen Moment zu steigern. Dafür wird das soziale Netzwerk im Alter verkleinert, was einen selektiven Prozess darstellt. Beziehungen von emotionaler Bedeutsamkeit, bei denen Vertraulichkeit und Intimität erlebt werden, bleiben erhalten oder werden sogar verstärkt. Beziehungen, die als emotional nicht relevant oder sogar als belastend erlebt werden, werden abgebrochen bzw. verringert (Carstensen, 1992; Fung, Carstensen & Lang, 2001; Lang, Staudinger & Carstensen, 1998). Es finden Prozesse der Selektion, Optimierung und Kompensation statt, wie sie im der Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation beschrieben werden (Carstensen & Fredrickson, 1998).

Im höheren Lebensalter wird im Vergleich zum jungen Erwachsenenalter eher ein Zustand emotionaler Balance angestrebt. Es findet eine Veränderung vom jüngeren zum höheren Erwachsenenalter statt, bei der emotionales Gleichgewicht und emotionale Zufriedenheit an Bedeutung gewinnen. Dieser Veränderungsprozess, bei dem emotionale Aspekte verstärkt in den Vordergrund rücken, sollte Auswirkungen auf die emotionale Kompetenz und den Einsatz der verschiedenen Emotionsregulationsstrategien haben.

Der Blick auf die Endlichkeit der Lebenszeit scheint einen motivationalen Einfluss auf die Regulation von Emotionen zu haben. Altersunterschiede ergeben sich z. B. im Hinblick auf den Abruf und die Verarbeitung emotional relevanter Informationen. Es wird angenommen, dass ältere Erwachsene ihre Aufmerksamkeit zum einen eher Informationen mit positiver als mit negativer

Valenz zuwenden und sich zum anderen besser an positive als an negative Informationen erinnern. Diese bevorzugte Verarbeitung positiver Informationen wird als *Positivitätseffekt* bezeichnet (Charles, Mather & Cartensen, 2003; Levine & Bluck, 1997; Mather & Carstensen, 2003). Dem Positivitätseffekt zugrunde liegen valenzspezifische Veränderungen der Aufmerksamkeitsausrichtung und des Gedächtnisses. Aufmerksamkeitsausrichtung und Gedächtnis sind dabei nicht unabhängig voneinander. Die im Folgenden aufgeführten Studien konnten zeigen, dass altersspezifische Veränderungen in der Ausrichtung der Aufmerksamkeit nachfolgende gedächtnisbezogene Verarbeitungsprozesse beeinflussen.

Experimentelle Studien konnten zeigen, dass sich ältere Erwachsene im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen weniger von Reizen und Informationen ablenken lassen, die negativ besetzt sind. Der Einfluss positiv besetzter Ablenkungsreize hatte bei Menschen im höheren Lebensalter einen größeren Einfluss. Bei neutralen Reizen konnten keine Altersunterschiede in der Ablenkbarkeit festgestellt werden (Ebner & Johnson, 2010; Hahn, Carlson, Singer & Gronlund, 2006; Thomas & Hasher, 2006). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass ältere Erwachsene ihre Aufmerksamkeit eher positiven als negativen Reizen zuwenden. Älteren und jungen Erwachsenen wurden dafür Bilder von Gesichterpaaren gezeigt. Eines der Gesichter hatte einen neutralen Ausdruck, während das andere einen fröhlichen, traurigen oder verärgerten Ausdruck hatte. Anhand der Reaktionszeit stellte sich heraus, dass ältere Erwachsene schneller auf emotional positive Bilder reagierten, also auf die Bilder mit dem fröhlichen Gesichtsausdruck. Bei jungen Erwachsene lag keine Präferenz bei den Gesichtsausdrücken vor. Zudem wurde die Wiederkennungsleistung überprüft. Auch hier zeigte sich, dass sich ältere Erwachsene häufiger an Gesichter erinnerten, die einen emotional positiven Ausdruck hatten (Mather & Carstensen, 2003). Zur Messung von Aufmerksamkeitsprozessen wird neben der Reaktionszeit auch die Bewegung der Augen genutzt. Studien, die die Augenbewegungen erfassten, konnten zeigen, dass ältere Erwachsene im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen ihre Aufmerksamkeit eher positiven als negativen Reizen zuwendeten. In den meisten Fällen bestanden die Reize aus Bildern mit emotionalem Inhalt (Isaacowitz, Wadlinger, Goren & Wilson, 2006; Nikitin & Freund, 2011; Rösler, Mapstone, Hays-Wicklund, Gitelman & Weintraub, 2005). Es wird davon ausgegangen, dass diese selektierte Aufmerksamkeit mit Präferenz positiver Reize, dem Ziel der Affektoptimierung dient.

Die beschriebenen Altersunterschiede in der Ausrichtung der Aufmerksamkeit haben einen Einfluss auf die nachfolgende Gedächtnis- und Erinnerungsleistung. Empirisch konnte zunächst gezeigt werden, dass sich ältere Menschen generell besser an Informationen erinnerten, die mit Emotionen verbunden waren

als an Informationen ohne emotionalen Anteil (Rahhal, May & Hasher, 2002). In einer experimentellen Studie fanden Levine und Bluck (1997), dass ältere Studienteilnehmende im Vergleich zu jüngeren Studienteilnehmenden die Intensität ihrer Traurigkeit hinsichtlich vergangener Ereignisse häufiger unterschätzen. Auch in Laborstudien zeigte sich die Tendenz einer besseren Erinnerungsleistung an positive im Vergleich zu negativen Informationen. Ältere Erwachsene erinnerten sich im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen quantitativ an mehr positive Reize (Kensinger, 2008; Kwon, Scheibe, Samanez-Larkin, Tsai & Carstensen, 2009; Mather & Knight, 2005) und an weniger negative Reize (Grady, Hongwanishkul, Keightley, Lee & Hasher, 2007; Grünh, Scheibe & Baltes, 2007). Charles et al. (2003) fanden zudem, dass emotionale Erinnerungen von älteren Erwachsenen im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen überwiegend positiv gefärbt waren. Dafür wurden jüngeren, mittelalten und älteren Erwachsenen positive, negative oder neutrale Bilder gezeigt und daraufhin Wiedererkennung und Erinnerungsleistung untersucht. Zunächst zeigte sich, dass die Erinnerungsleistung mit dem Alter insgesamt abnahm. Wurde die Erinnerungsleistung allerdings für die einzelnen Bilderkategorien spezifisch betrachtet, zeigte sich, dass lediglich der Anteil negativer Bilder, die korrekt erinnert und wiedererkannt wurden, mit dem Alter abnahm. Mit zunehmendem Alter wurden positiv besetzte Informationen, in diesem Falle Bilder, besser erinnert als negative oder neutrale. Auch Untersuchungen zum autobiografischen Gedächtnis konnten Altersunterschiede nachweisen. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass ältere Erwachsene im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen autobiografischen Ereignissen eine positivere Wertung gaben und sie in der Erinnerung positiver und angenehmer erlebten bzw. dass ältere Erwachsene sogar quantitativ von weniger negativen Ereignissen berichteten als jüngere Erwachsene (Kennedy, Mather & Carstensen, 2004; Ready, Weinberger & Jones, 2007; Schlagman, Schulz & Kvavilashvili, 2006). In einer anderen Studie wurden Erwachsene nach moralisch bedeutsamen Erfahrungen im Verlauf ihres Lebens gefragt. Es zeigte sich, dass ältere Erwachsene im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen oder Adoleszenten mit größerer Wahrscheinlichkeit von einer positiven Erfahrung berichteten (Quackenbush & Barnett, 2001).

Für die dargestellten valenzspezifischen Altersunterschiede in Aufmerksamkeit und Gedächtnis scheinen zum einen ausreichend kognitive Ressourcen und zum anderen eine hohe kognitive Kontrollfähigkeit notwendig zu sein (Kryla-Lighthall & Mather, 2009). In einer experimentellen Studie konnten Mather und Knight (2005) zeigen, dass eine positiv gefärbte Erinnerungsleistung von der Höhe der kognitiven Leistungsfähigkeit abhing. Ältere Studienteilnehmende mit hoher kognitiver Leistungsfähigkeit wurden mit Studienteilnehmenden mit

verringertes Leistungsfähigkeit verglichen. Dabei stellte sich heraus, dass sich Studienteilnehmende mit hoher kognitiver Leistungsfähigkeit an verhältnismäßig mehr positive und an weniger negative Bilder erinnerten als Studienteilnehmende mit geringerer Leistungsfähigkeit. Zudem konnte gezeigt werden, dass eine Verringerung der kognitiven Ressourcen einen Einfluss auf den Positivitätseffekt hatte. Die Verringerung der kognitiven Ressourcen wurde anhand einer Doppelaufgabe herbeigeführt. Es zeigte sich, dass die Präferenz älterer Studienteilnehmenden sich an positive Ereignisse anstatt an negative Ereignisse zu erinnern und die Präferenz die Aufmerksamkeit positiven Bildern im Vergleich zu negativen Bildern zuzuwenden, unter diesen Bedingungen nicht mehr vorhanden war. Wurden Aufmerksamkeitsausrichtung und Gedächtnis durch die Bearbeitung einer zweiten Aufgabe manipuliert, verschwand der Positivitätseffekt (Knight et al., 2007; Mather & Knight, 2005).

Die vorgestellten empirischen Arbeiten geben einen Hinweis darauf, dass für den altersspezifischen Positivitätseffekt ein kontrollierter kognitiver Verarbeitungsprozess notwendig ist. Diese Verarbeitung basiert auf aktiven und bewussten emotionsregulativen Prozessen mit dem Ziel, emotional bedeutsame Bedürfnisse zu befriedigen. Der Positivitätseffekt scheint damit nicht zwingend die Folge altersspezifischer kognitiver Funktionseinbußen zu sein oder lediglich auf Erfahrungen zu basieren, die im Verlauf des Lebens gemacht wurden. Er scheint vielmehr die Folge altersspezifischer motivationaler Veränderungen zu sein, die auf den beschriebenen kognitiven Verarbeitungsprozessen beruhen (Reed & Carstensen, 2012). Die Theorie der sozioemotionalen Selektivität erlaubt ebenfalls Hypothesen über altersspezifische und motivationale Veränderungen im Hinblick auf die Relevanz persönlicher Ziele. Aufgrund der affektoptimierenden Wirkung erfolgt im Alter die bewusste Auswahl und Präferenz bestimmter sozialer Kontakte. Intimität, soziale Eingebundenheit und Vertrautheit werden durch die aktive Selektion sozialer Beziehungen gesteigert, was sich positiv auf das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit auswirkt (Carstensen & Lang, 2007). Weitere Faktoren, die das Wohlbefinden in den verschiedenen Phasen des Alters beeinflussen, werden im Folgenden erläutert.

3.1.4 Psychisches Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit im Alter

Aufgrund des Anstiegs der Lebenserwartung verändert sich auch die Vorstellung vom Alter. Mehr Jahre denn je werden mittlerweile der Lebensphase des hohen Alters zugeschrieben und somit steigt in dieser Phase auch das Bedürfnis nach

Wohlbefinden sowie nach möglichst langer körperlicher und psychischer Gesundheit. Dabei ist das psychische Wohlbefinden nicht zwangsläufig an die körperliche Konstitution gekoppelt. Es zeigt sich zwar, dass körperliche Erkrankungen und Einschränkungen mit Veränderungen des Affekts und der Stimmung verbunden sind, besonders Einschränkungen der Mobilität gehen häufig mit depressiver Symptomatik einher, allerdings bedeutet eine chronische körperliche Erkrankung nicht zwangsläufig die Entwicklung einer depressiven Symptomatik (Jacobi et al., 2002).

Das Wohlbefinden stellt im Alter einen bedeutsamen Faktor dar und wird unter anderem durch das soziale Aktivitätsniveau (Adelman, 1994; Tartler, 1961), die Möglichkeit eines selbstbestimmten Rückzugs aus sozialen Rollen und Aufgaben (Cumming & Henry, 1961), wahrgenommene Authentizität und Selbstkonsistenz (Achtley, 1989), Selbstbestimmung (Baltes & Baltes, 1989) und durch das emotionale Erleben im Rahmen sozialer Interaktion (Carstensen et al., 1999) beeinflusst (siehe Abschnitt 3.1.3). Das Alter bzw. das dritte und vierte Lebensalter umfasst allerdings eine Spanne von etwa 40 Jahren. Diese Spanne ist sehr groß, sodass allgemeingültige Aussagen über das psychische Wohlbefinden im Alter problematisch sind. An dieser Stelle kann es sinnvoll sein, die bereits erwähnte Einteilung in junge Alte und Hochaltrige vorzunehmen und psychisches Wohlbefinden in diesen beiden Altersphasen spezifisch zu betrachten. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass es in jeder Altersphase verschiedene Entwicklungsaufgaben gibt, die es zu bewältigen gilt. Die Altersphasen lassen sich nicht exakt definieren und aufgrund einer hohen Heterogenität und Individualität der Lebensverläufe, z. B. durch die sehr unterschiedlichen Zeitpunkte, zu denen Menschen in den Ruhestand eintreten, lassen sich spezifische Entwicklungsaufgaben nicht immer exakt einer Altersphase zuordnen. Die Grenzen zwischen den Phasen sind fließend. Dennoch gibt es Entwicklungsaufgaben, die tendenziell von den jungen Alten bewältigt werden und Aufgaben, die eher die Hochaltrigen betreffen. Im Folgenden findet deshalb eine eher künstliche Unterteilung in junge Alte und Hochaltrige statt. Es werden Entwicklungsaufgaben dargestellt, die den beiden Lebensabschnitten lediglich mit größerer Wahrscheinlichkeit zugeordnet werden.

3.1.4.1 Einflüsse auf das Wohlbefinden der jungen Alten

Eine der größten Veränderungen, die tendenziell eher die jungen Alten betrifft, ist der Austritt aus dem Berufsleben. Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist der Austritt aus dem Berufsleben und somit der Eintritt in den Ruhestand ein Lebensereignis, das mit spezifischen Entwicklungsaufgaben verbunden ist. Dadurch ergeben sich Rollen- und Funktionsveränderungen, Veränderungen in

Alltagsroutinen, Verschiebungen im Zeitbudget und im sozialen Netzwerk (Faltermajer et al., 2014). Diese Veränderungen werden entweder als belastend oder als Ausgangspunkt für die persönliche Weiterentwicklung erlebt. Für die einen bedeutet dieses Lebensereignis einen Gewinn an Lebenszeit und Lebensqualität und wird als „späte Freiheit“ bezeichnet (Rosenmayr, 1983). Für die anderen bedeutet diese Veränderung der Verlust von Aufgaben und Zielen sowie von Ansehen und Macht (Baltes & Mayer, 1996). In diesem Zusammenhang wird häufig vom *Bore-out-Syndrom* gesprochen. Ursprünglich beschreibt dieses Syndrom die Unzufriedenheit am Arbeitsplatz aufgrund andauernder Unterforderung. Durch diese anhaltende Unterforderung entwickeln sich Langeweile, Gleichgültigkeit und Desinteresse, die zu einem Zustand von Lust- und Ratlosigkeit führen (Brühlmann, 2015). Im Zusammenhang mit dem Austritt aus dem Berufsleben handelt es sich beim Bore-out-Syndrom um das Gefühl von Langeweile und Leere, das mit dem Eintritt in den Ruhestand erlebt wird. Männer scheinen von diesem Erleben häufiger betroffen zu sein als Frauen (Lehr, 2007).

Eine weitere Herausforderung, die eher den jungen Alten zugeordnet werden kann, besteht darin, dass mit fortschreitendem Alter körperliche Erkrankungen sowie der Abbau der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit im Vergleich zum mittleren Erwachsenenalter eine immer größere Rolle spielen. Es wird mehr Zeit für Alltagsroutinen benötigt. Zunehmende Vergesslichkeit oder Mobilitätseinbußen werden je nach subjektiver Bewertung als belastend erlebt und beeinflussen das Wohlbefinden. Während die meisten Menschen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter seltener oder zumindest nur vorübergehend in der Rolle von Patient:innen sind, ändert sich dies häufig mit dem Alter. Zunehmende körperliche Erkrankungen führen zur längerfristigen Einnahme diverser Medikamente, längerer Behandlungsdauer und ggf. Krankenhausaufenthalten. Der Alltag verändert sich. Fehlende Akzeptanz gegenüber diesen körperlichen Veränderungen kann zu psychischen Problemen führen. Besonders junge Alte mit einem vormals sehr aktiven Lebensstil, die versuchen, das gewohnte Pensum an Aktivität beizubehalten, stoßen an ihre körperlichen Grenzen. Aktivitäten, die früher kein Problem waren, können nicht mehr beliebig durchgeführt werden bzw. führen früher zu Ermüdung und Erschöpfung. Wird versucht, das Aktivitätsniveau um jeden Preis zu halten, kommt es in der Konsequenz zur Überforderung. Durch die ständige Überforderung treten körperliche Erkrankungen auf oder es kommt zu einer Verschlechterung der bereits vorhandenen Krankheiten (Forstmeier & Maercker 2009).

3.1.4.2 Einflüsse auf das Wohlbefinden der Hochaltrigen

Im Folgenden werden spezifische Entwicklungsaufgaben erläutert, die tendenziell eher den Hochaltrigen zugeordnet sind. Diese sind aufgrund der hohen Individualität der verschiedenen Lebensverläufe aber dennoch bereits für junge Alte relevant.

Der Alterungsprozess sowie das damit verbundene psychische Wohlbefinden werden individuell sehr unterschiedlich empfunden. Je nach Lebensphase beeinflussen unterschiedliche Faktoren das psychische Wohlbefinden. Ein maßgeblicher Faktor zur Beurteilung des psychischen Wohlbefindens in der Gruppe der Hochaltrigen ist die zunehmende Multimorbidität durch psychische und körperliche Erkrankungen (Steinhagen-Thiessen, Gerok & Borchelt, 1994). Mit dem Beginn des 70. Lebensjahres liegt bei 96 % der Menschen im höheren Lebensalter mindestens eine körperliche Erkrankung vor. Bei fast einem Drittel der älteren Menschen bestehen fünf oder mehr internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen (Walter & Schwartz, 2001). Auch psychische Erkrankungen spielen im höheren Lebensalter eine bedeutende Rolle. In der *Berliner Altersstudie* litten beinahe ein Viertel der über 70-jährigen Studienteilnehmenden unter mindestens einer psychischen Erkrankung (Wernicke, Linden, Gilberg & Helmchen, 2000). Die häufigsten psychischen Störungen im Alter sind dementielle Erkrankungen und affektive Störungen wie die Major Depression (Robert-Koch-Institut, 2002).

Körperliche und psychische Erkrankungen im Alter führen zu Funktionseinbußen im Bereich der Sensorik, Motorik und Kognition (Hajek, Brettschneider & Ernst, 2015; Weyerer, Eifflaender-Gorfer & Wiese, 2013). Diese Funktionseinbußen betreffen basale Fähigkeiten des täglichen Lebens wie die tägliche Körperpflege, Treppensteigen, Spaziergehen oder Essen. Betroffen sind häufig auch instrumentelle Fähigkeiten wie Telefonieren, Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung oder die korrekte Einnahme von Medikamenten. Mit Abnahme dieser Fähigkeiten steigt die Hilfsbedürftigkeit und mit zunehmendem Alter steigt diese sogar sprunghaft an. Die Berliner Altersstudie zeigte, dass ab einem Alter von 85 Jahren bis zu 40 % der Studienteilnehmenden Hilfe bei Tätigkeiten des alltäglichen Lebens benötigten und 60 bis 80 % Hilfe bei instrumentellen Tätigkeiten wie Finanzen verwalten, Besuch bewirten oder bei Arztbesuchen (Baltus & Mayer, 1996; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 2010).

Die Zunahme von Hilfsbedürftigkeit kann für viele Menschen im höheren Lebensalter eine Abnahme der Autonomie und der Fähigkeit zur Selbstbestimmung bedeuten. Auf andere Menschen angewiesen zu sein, bedeutet allerdings nicht, abhängig zu sein. Bestehen daran Zweifel, kann die Angewiesenheit beispielsweise auf die Partner:innen oder auf die Kinder als Abhängigkeit erlebt

werden und sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken (Baltes & Mayer, 1996; Schwarzbach, Luppá, Forstmeier, König & Riedel-Heller, 2014). Zudem kann abhängig vom Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit auch das Gefühl von sich verringernder Bedeutsamkeit entstehen. Personen fühlen sich in ihrer Partnerschaft, im familiären Verbund oder in der Gesellschaft weniger gebraucht und haben das Gefühl, dass sie keine relevanten Aufgaben mehr erfüllen. Mehr noch als in jedem anderen Lebensabschnitt kommt es zudem zur Auseinandersetzung mit der Endlichkeit der eigenen Existenz und mit Themen wie Verletzlichkeit, Sterblichkeit, Vergänglichkeit (Supprian & Hauke, 2017). Psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit werden durch die Bewertung dieser Ereignisse beeinflusst. Je nach Art der Bewertung, ob ein Ereignis als Problem oder als Herausforderung betrachtet wird, sind bei einer eher problemorientierten Bewertung depressive Störungen eine mögliche Folge (Perrig-Chiello, 1997).

Insgesamt zeigt sich beim Vergleich der jungen Alten mit den Hochaltrigen, dass das subjektive Wohlbefinden mit fortschreitendem Alter abnimmt. Pinquart (2001) zeigte in einer Metaanalyse, in der 180 englisch- und deutschsprachige Studien einbezogen wurden, dass sich die subjektive Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden mit steigendem Alter statistisch signifikant reduzierten. Während Zufriedenheit und psychisches Wohlbefinden bei jungen Alten einen vergleichsweise stabilen Wert darstellten, nahm dieser bei den Hochaltrigen tendenziell ab. Die Folge eines abnehmenden Wohlbefindens können in allen Altersphasen depressive Störungen sein. Das Störungsbild der Depression im Alter wird im Folgenden beschrieben.

3.2 Depression im Alter

Weltweit erfüllt jeder fünfte Mensch im Laufe seines Lebens mindestens einmal die Kriterien einer depressiven Episode (WHO, 2013). In Deutschland sind die Zahlen vergleichbar (Wittchen, Jacobi, Klose, Ryl & Ziese, 2010). Depressive Störungen zählen hier, mit einer Lebenszeitprävalenz von 25 % bei Frauen und 12 % bei Männern, zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Hoffmann & Schauenburg, 2000). Es wird von einer Zwölf-Monats-Prävalenz von 10,7 % in der deutschen Allgemeinbevölkerung ausgegangen (Jacobi, 2004).

Depressive Störungen verursachen in hohem Maß persönliches Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen, da sie mit einer hohen Krankheitslast und starken funktionellen Beeinträchtigungen einhergehen. Zudem sind sie für das Gesundheitssystem eine große Herausforderung: Schätzungen zufolge liegen die

direkten und indirekten Kosten, die mit diesem Krankheitsbild verbunden sind, bei knapp 16 Milliarden Euro pro Jahr (Krauth et al., 2014).

Depressive Störungen gehören neben der Demenz zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter (Morley, 2004). Das Symptombild zeigt sich nicht grundsätzlich anders als in jüngeren Jahren. Allerdings gibt es eine Reihe altersspezifischer Besonderheiten, die die Krankheitslast vergrößern und sich auf das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit auswirken (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 2010). Zudem stellen diese Besonderheiten wie beispielsweise eine hoch ausgeprägte Multimorbidität den Hauptgrund für ein erhöhtes Suizidrisiko in dieser Altersgruppe dar (Schulz, Drayer & Rollman, 2002; Wolfersdorf, Schneider & Schmidtke, 2015).

Im Folgenden werden die Kriterien zur Diagnosestellung beschrieben. Die diagnostischen Kriterien einer depressiven Störung sind altersunspezifisch und beziehen sich auf das junge, mittlere sowie höhere Erwachsenenalter. Zudem werden zusätzlich verschiedene altersspezifische Besonderheiten des Störungsbildes erläutert.

3.2.1 Psychopathologie – Das Störungsbild der Depression

Zur Kernsymptomatik einer depressiven Störung gehören eine niedergeschlagene oder gedrückte Stimmung, Freud- und Interessenverlust an Dingen, die der Person üblicherweise Freude machen sowie ein verminderter Antrieb mit schneller Ermüdbarkeit. Hinzukommen können Symptome wie kognitive Defizite, besonders Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis betreffend, Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Selbstzweifel, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Reizbarkeit, Ängstlichkeit und Unruhe, Schlafstörungen, Gewichts- und Appetitverlust oder Gewichtszunahme und Appetitsteigerung, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Schmerzen sowie Suizidgedanken und ggf. Suizidversuche.

Diese Symptome sind den meisten Menschen prinzipiell bekannt und sind eine adaptive Reaktion auf negative Ereignisse wie Misserfolge, Enttäuschungen, Verlust, Einsamkeit oder Überforderung. Sie sind nur dann als pathologisch zu klassifizieren, wenn sie eine bestimmte Dauer oder Intensität überschreiten. Eine Herausforderung besteht demnach in der Abgrenzung zwischen einer natürlichen Reaktion und einer klinisch relevanten Störung (Hautzinger, 2000). In Abbildung 3.1 finden sich die Kriterien depressiver Störungen nach ICD-10

(International Classification of Diseases), die zur diagnostischen Entscheidungsfindung genutzt werden. Von einer klinisch relevanten und behandlungsbedürftigen depressiven Störung wird erst dann gesprochen, wenn mindestens zwei Haupt- sowie zwei Zusatzsymptome über mindestens zwei Wochen an durchgängig allen bzw. an den meisten Tagen vorliegen und die Symptomatik nicht durch andere Umstände oder Erkrankungen erklärt wird (Hautzinger, 2000). Je nach Schweregrad der Erkrankung treten verschiedene Zusatzsymptome auf. Zur Klassifikation von weiteren Untergruppen werden Schweregrad, Verlauf und Ausprägung der Symptomatik genutzt (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Die Untergruppen werden ausführlich in Abschnitt 3.2.2 beschrieben.

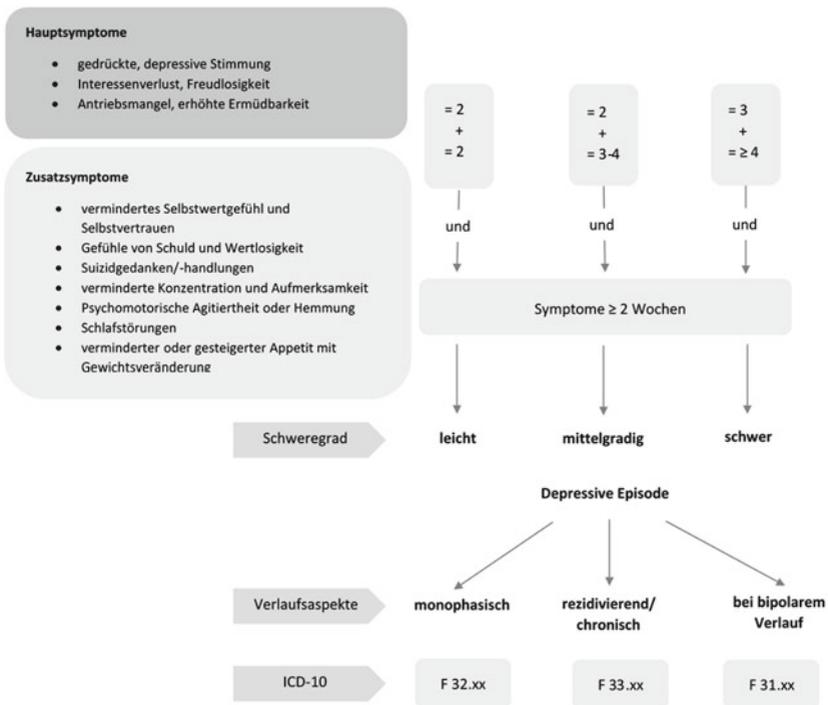


Abbildung 3.1 Kriterien zur diagnostischen Entscheidungsfindung bei depressiven Störungen nach ICD-10 in Anlehnung an Hautzinger (2000)

Depressive Störungen sind durch eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome gekennzeichnet. Unterschieden werden Symptome auf emotionaler, motivationaler, motorisch-behavioraler, imaginativ-kognitiver und physiologisch-vegetativer Ebene. Abbildung 3.2 zeigt eine Übersicht von Symptomen, die auf den verschiedenen Ebenen vorkommen können, aber nicht müssen. Das Vorkommen und die Ausprägung dieser Symptome ist von Patient:in zu Patient:in sehr unterschiedlich und erfordert eine präzise und multimethodale Diagnostik. Besonders ältere Patient:innen berichten häufig von physiologischen Symptomen wie Schlaf- oder Appetitstörungen. Zudem berichten sie von kognitiven Symptomen wie Gedächtnis- oder Aufmerksamkeitsstörungen oder von verschiedenen Ängsten, die die Zukunft oder die eigene Gesundheit betreffen. Deutlich seltener werden hingegen Symptome auf der emotionalen Ebene, wie Niedergeschlagenheit oder das Gefühl von Leere oder Schuld, berichtet (Hautzinger, 2000).

3.2.1.1 Altersspezifische Besonderheiten der Psychopathologie

Ältere und jüngere Patient:innen unterscheiden sich bezüglich der depressiven Symptomatik nicht grundsätzlich (Wolter, 2016). Dennoch ist eine konzeptuelle Abgrenzung vom Symptombild depressiver Kinder und Jugendlicher sowie jüngerer und mittlerer Erwachsener sinnvoll, da das Störungsbild der Depression im höheren Lebensalter die im Folgenden beschriebenen altersspezifischen Besonderheiten aufweisen kann:

Somatische Symptome

Empirisch konnte gezeigt werden, dass sich die Art der depressiven Symptomatik mit zunehmendem Alter verändert (Balsis & Cully, 2008; Hybels, Blazer, Landerman & Steffens, 2011). In der klinischen Praxis berichten ältere Patient:innen mit Depressionen häufiger über körperliche Beschwerden wie diffuse Schmerzen, Schwindel oder Schlaf- oder Appetitstörungen, zu denen kein organisches Korrelat gefunden werden kann. Sie berichten seltener über emotionale Symptome wie Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle oder einen verringerten Selbstwert (Hegeman, De Waal, Comijs, Kok & Van der Mast, 2015). Der verstärkte Fokus der Patient:innen auf somatische Symptome und die dementprechende Berichterstattung bei den Behandelnden birgt die Gefahr, dass die affektive Symptomatik in den Hintergrund gerät und eine depressive Störung nicht erkannt wird (Hautzinger, 2000).

Emotionale Ebene	Motorisch-behaviorale Ebene	Kognitive Ebene
Niedergeschlagenheit Traurigkeit Hoffnungslosigkeit Hilflosigkeit Einsamkeit Schuldgefühle Unzufriedenheit Gefühl von innerer Leere Ängste Gefühl der Gefühlslosigkeit	Psychomotorische Hemmung Agitiertheit, zappelige Unruhe Geringe Aktivitätsrate Erhöhte Erschöpftheit Probleme alltägliche Aufgaben zu bewältigen Kraftlose, gebeugte Körperhaltung Leise, monotone Sprache	Grübelgedanken Pessimismus Negative Erwartungshaltung an die Zukunft Selbstzweifel Wertlosigkeit Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme Wahnvorstellungen
Motivationale Ebene	Physiologisch-vegetative Ebene	
Interessenverlust Antriebslosigkeit Misserfolgsorientierung Entscheidungsprobleme Sozialer Rückzug Vermeidungsverhalten Bagatillisierung Überforderungserleben Höhere Abhängigkeit von anderen Resignation Selbstschädigende Verhaltensweisen Suizidgedanken und Suizid	Schlafstörungen: Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf Appetitstörungen: verminderter oder vermehrter Appetit Gewichtsveränderungen Reizbarkeit Anspannung Häufigeres Weinen Innere Ruhe Libidoverlust Allgemeine vegetative Beschwerden (z.B. Kopf- oder Magenbeschwerden)	

Abbildung 3.2 Ebenen einer depressiven Störung mit den spezifischen Symptomen in Anlehnung an Hautzinger (2000)

Ältere Patient:innen wenden sich beim Vorliegen einer körperlichen wie auch einer psychischen Symptomatik in der Regel als erstes an den Hausarzt. Dabei sind Depressionen die häufigste psychische Erkrankung, mit der Menschen im höheren Lebensalter in der Hausarztpraxis vorstellig werden. Gleichzeitig ist die Hausarztpraxis auch das Setting, in der diese psychische Erkrankung am häufigsten diagnostiziert wird (Wittchen et al., 2010). Hier kommt es allerdings häufig zu einer Unterversorgung, da vonseiten der Behandelnden zeitliche oder fachliche Ressourcen fehlen oder von Patient:innenseite Befürchtungen bzgl. Selbststigmatisierung einer richtungsweisenden und präzisen Diagnostik im Wege stehen

(Stenkamp, Burian & Diefenbacher, 2016). Weiterführende Behandlungsangebote wie beispielsweise Psychotherapie werden dann häufig nicht in Anspruch genommen. Etwa die Hälfte der Patient:innen verbleibt mit der depressiven Symptomatik in der Hausarztpraxis. Dort werden zwar die somatischen Symptome so gut wie möglich behandelt, allerdings nicht die depressive Störung als gesamtes Störungsbild, wodurch die Gefahr der Chronifizierung steigt (Areán, 2012).

Multimorbidität

Multimorbidität beschreibt das gleichzeitige Auftreten von drei oder mehr chronischen Erkrankungen. Bei diesen Erkrankungen kann es sich um somatische (z. B. Diabetes Mellitus oder Bluthochdruck), psychische (z. B. Angststörungen oder Demenz) oder um eine Kombination aus beiden Erkrankungen handeln.

Aufgrund altersbedingter Multimorbidität kann es zu wechselseitigen Prozessen körperlicher und psychischer Symptome kommen, die einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf i. S. einer Chronifizierung haben. Mobilitätseinbußen beispielsweise führen dazu, dass soziale Aktivitäten außerhalb des häuslichen Umfeldes nicht mehr wie gewohnt wahrgenommen werden. Damit steigt die Gefahr der sozialen Isolation und es kommt zu einem Ausbleiben positiver sozialer Verstärker. Durch den Wegfall dieser positiven Verstärkung steigt das Risiko eine depressive Symptomatik zu entwickeln.

Auch in umgekehrter Richtung scheint es einen Zusammenhang zu geben. Symptome einer Depression wie Interessenverlust, verminderter Antrieb und eine gesteigerte Ermüdbarkeit führen zu einem sozialen Rückzug in das häusliche Umfeld. Aufgrund der damit eingehenden Verringerung des Aktivitätspotentials kann es zum Abbau körperlicher Leistungsfähigkeit kommen, durch den die Entstehung oder Chronifizierung körperlicher Erkrankungen begünstigt wird (Lenze et al., 2000).

Das Vorliegen einer Depression kann auch den Verlauf somatischer Erkrankungen wie Krebs-, Herz- und Lungenerkrankungen, Diabetes Mellitus oder Schmerzsyndrome negativ beeinflussen (Sobel & Markov, 2005). Dafür gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Ein Erklärungsansatz beschreibt, dass die Symptome einer Depression wie verminderter Antrieb und gesteigerte Ermüdbarkeit einen sozialen Rückzug begünstigen. Aufgrund der verringerten sozialen Interaktion wird das soziale Hilfenetzwerk der Betroffenen nicht aktiviert. Freund:innen und Angehörige sind nicht ausreichend involviert und die Betroffenen erhalten kaum Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Erkrankung. Zudem ist vorstellbar, dass depressive Symptome wie Antriebs- und Hoffnungslosigkeit eine aktive Bewältigung der somatischen Erkrankung vonseiten der Patient:innen zusätzlich erschweren oder sogar verhindern (Supprian & Hauke, 2017).

Möglicherweise kann bei Patient:innen im höheren Lebensalter von einer sich gegenseitig bedingenden Wechselbeziehung zwischen somatischen Erkrankungen und depressiver Störung ausgegangen werden. Mit steigendem Lebensalter steigt tendenziell die Belastung durch körperliche Erkrankungen. Im Zusammenspiel mit der depressiven Symptomatik kann es zu einer Rückkopplung und einer möglichen Verstärkung der Symptomatik auf beiden Ebenen kommen (Drayer et al., 2005).

Frailty

Für den Begriff *Frailty* (Gebrechlichkeit) existiert derzeit keine allgemeingültige Definition. In der Praxis besteht allerdings ein Konsens darüber, dass Frailty einen altersassoziierten Abbau körperlicher und kognitiver Funktionen beschreibt sowie eine zunehmende Vulnerabilität (Verletzlichkeit) gegenüber Erkrankungen und deren psychosozialen Folgen. Patient:innen berichten von Kraftlosigkeit und einem verringerten Appetit, der aufgrund einer im Verlauf einsetzenden Unternährung zum Verlust der Muskelkraft und der körperlichen Aktivität führt. Diese Symptome werden nicht oder nur teilweise auf diagnostizierte Erkrankungen zurückgeführt. Weitere Symptome, die sich häufig im Verlauf ergeben sind Inkontinenz, kognitive Schädigungen, Arteriosklerose oder hormonelle Veränderungen. Neben physischen und psychischen Merkmalen wurden mittlerweile auch soziale Aspekte wie sozialer Rückzug, Vernachlässigung von Freundschaften und anderen sozialen Bindungen zum Symptombild ergänzt (Nikolaus, 2013). In Screeningverfahren werden mittlerweile bis zu 70 verschiedene Symptome und Parameter berücksichtigt.

In den letzten Jahren konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Depression und Frailty gezeigt werden (Fried et al., 2001). Der prospektive Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und einem erhöhten Risiko für Frailty war besonders bei älteren Frauen relativ robust. Für die entgegengesetzte Wirkrichtung fanden sich bei beiden Geschlechtern lediglich schwache Zusammenhänge (Vaughan, Corbin & Goveas, 2015).

Insgesamt ist die symptomatische Schnittmenge der beiden Syndrome sehr hoch. Appetitlosigkeit, Inaktivität und Kraftlosigkeit machen einen erheblichen Anteil der gemeinsamen Varianz der beiden Syndrome aus und begünstigen sich gegenseitig (Lohman, Dumenci & Mezuk, 2015). Weitere Studien sind erforderlich, um den Zusammenhang genauer zu untersuchen und um medizinische und Verhaltensinterventionen zu entwickeln. Das vorrangige Ziel bei der Konzeption dieser Interventionen sollte sein, unerwünschte Folgen wie Stürze oder sozialen Rückzug zu verhindern, um damit die erhöhte Mortalität, die sich aus dem Zusammenspiel beider Syndrome ergibt, zu verringern.

Subsyndromale Depression

Empirisch nimmt die Häufigkeit der Depressionsdiagnosen im Laufe des Alters ab (Ernst & Angst, 1995; Kessler et al., 2010; Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni & Jeste, 2011). Ursächlich dafür kann eine Vernachlässigung der minoren oder subsyndromalen Depression (subthreshold depression) sein. Dabei bestehen zwar depressive Symptome, diese erfüllen aber in Anzahl und Ausprägung nicht die Kriterien einer majoren depressiven Störung und werden verkannt und fälschlicherweise nicht diagnostiziert. Aufgrund der ausbleibenden bzw. unzureichenden Behandlung besteht daher besonders bei älteren Patient:innen ein erhöhtes Risiko der Chronifizierung und damit einhergehend eine erhöhte Mortalität (Lyness et al., 2006).

Kognitive Beeinträchtigungen

Bei der Mehrzahl der älteren Patient:innen kommt es während einer depressiven Episode zu kognitiven Beeinträchtigungen. Diese betreffen Aufmerksamkeit, Gedächtnis oder Konzentrationsfähigkeit. Bestanden während einer depressiven Episode starke kognitive Beeinträchtigungen bestehen diese häufig selbst nach dem Abklingen der depressiven Symptomatik fort (Adler, Chwalek & Jajcevic, 2004). Bei einigen Patient:innen entwickelt sich im Rahmen einer depressiven Episode sogar ein Demenzsyndrom, das sich zwar mit dem Rückgang der Symptomatik ebenfalls rückläufig entwickelt, allerdings einen starken Prädiktor für die spätere Entstehung einer irreversiblen Demenz darstellt (Alexopoulos, Meyers, Young, Mattis & Kakuma, 1993).

Ein Syndrom, das sich häufig im Zusammenhang mit der Depression im Alter zeigt, ist das *Dys-exekutive Syndrom*. Patient:innen zeigen einen Mangel an Zielstrebigkeit und Flexibilität bei der Planung, Initiierung und Durchführung von Handlungen. Häufig sind diese Patient:innen massiv antriebsgemindert, psychomotorisch verlangsamt oder sogar apathisch, was zu starken Beeinträchtigungen bei der Bewältigung von alltäglichen Aufgaben führen kann (Alexopoulos, Kiosses, Klimstra, Kalayam & Bruce, 2002).

Eine weitere diagnostische Herausforderung besteht in einer möglichen Überlagerung der depressiven Symptomatik durch eine andere Störung, die ebenfalls kognitive Defizite verursacht. Dazu gehören zum einen verschiedene Formen der Demenz sowie zerebrale oder psychotische Störungen, bei denen es zu Exekutiv-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefiziten kommen kann (Fellgiebel & Hautzinger, 2017; Frank & Konta, 2005; Gonda et al., 2015; Herrmann, Goodwin & Ebmeier, 2007; McClintock, Husain & Greer, 2010; Preiss, et al., 2009; Sheline, Gado & Kraemer, 2003).

Für die Behandelnden ist es zudem herausfordernd, einen altersbedingten natürlichen Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit zwar zu berücksichtigen, eine womöglich vorliegende depressive Symptomatik aber nicht zu verkennen und lediglich als Folge des natürlichen Alterungsprozesses zu bewerten (Beblo, 2002; Dybedal, Tanum, Sundet, Gaarden & Bjølseth, 2013; Elderkin-Thompson, Moody, Knowlton, Helleman & Kumar, 2011).

Angststörungen

Bei Menschen im höheren Lebensalter wird die Diagnose einer Angststörung seltener gestellt als bei jüngeren Menschen (Flint, 1994). Bei vielen älteren Patient:innen, die unter einer depressiven Störung leiden, liegen jedoch häufig komorbide Angstsymptome vor (Forsell & Winblad, 1998). Empirisch konnte in großen klinischen Stichproben gezeigt werden, dass bei 80 % der älteren Patient:innen mit der Diagnose einer Depression zusätzlich Angstsymptome vorlagen (Braam et al., 2014). Bei einem Drittel lag eine klinisch relevante Angststörung vor (Van Der Veen, Van Zelst, Schoevers, Comijs & Voshaar, 2015). In Bezug auf die Lebensqualität (Adler, Tremmel, Brassens & Scheib, 2000), den Behandlungsbedarf und Behandlungserfolg (Greenlee et al., 2010) sowie das Suizidrisiko (Oude Voshaar, Van Der Veen, Hunt & Kapur, 2016) ist das Vorliegen von Ängsten als Begleitsymptom oder die Diagnose einer Angststörung prognostisch eher ungünstig.

Neben den beschriebenen altersspezifischen Besonderheiten bestehen zudem Unterschiede in der Ätiologie zwischen jungen und älteren Erwachsenen. Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im höheren Lebensalter spielen psychosoziale Bedingungen wie Veränderungen aufgrund des Austritts aus dem Berufsleben, Einsamkeit aufgrund des Verlusts der Partner:innen oder des sozialen Umfelds eine wichtige Rolle. Hinzukommen kann der Einfluss bestimmter Medikamente wie Antihypertensiva, Parkinsonmedikamente, Antihypertonika, Neuroleptika oder Immunsuppressiva, die die Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung begünstigen (Müller-Spahn & Hock, 1997; Zaudig, 1995).

Aufgrund dieser zahlreichen Besonderheiten stellt die Diagnose der Depression im Alter eine besondere Herausforderung dar. Den aufgeführten Besonderheiten Beachtung zu schenken, ermöglicht es, auf spezifische Verläufe der Depression im höheren Lebensalter einzugehen. Risikofaktoren wie körperliche Erkrankungen, kognitive Funktionseinschränkungen und ein Mangel an sozialer Interaktion und Unterstützung steigen häufig mit zunehmendem Alter und haben einen negativen Einfluss auf den Verlauf einer Depression (Fellgiebel & Hautzinger, 2017).

3.2.2 Klassifikation und Diagnostik

Bereits 1896 berichtete der deutsche Psychiater Emil Kraepelin von depressiven Symptomen in Verbindung mit Ängsten und hypochondrischen Befürchtungen, die erstmalig im Alter auftraten. Er vermutete dahinter ein eigenständiges Krankheitsbild, das sich von dem im jungen Erwachsenenalter unterschied. Er bezeichnete dieses Krankheitsbild als *Altersdepression*. Dieser Begriff war nicht unumstritten, wurde aber viele Jahre genutzt. Im wissenschaftlichen Sprachgebrauch haben sich heute die Begriffe *Late-Onset-Depression* (LOD) und *Late-Life-Depression* (LLD) etabliert. Die LOD ist gekennzeichnet durch eine Erstmanifestation im höheren Lebensalter (Heser et al., 2013). Allerdings ist das Ersterkrankungsalter nicht explizit und einheitlich definiert (Heser et al., 2013; Naismith et al., 2012, Vu & Aizenstein, 2013). Die LLD hingegen bezeichnet konzeptuell alle depressiven Störungen bei Patient:innen ab dem 65. Lebensjahr. Dabei werden frühere Erkrankungsphasen in jüngeren Lebensjahren berücksichtigt, das Ersterkrankungsalter hingegen ist nicht ausschlaggebend für die LLD. Hier steht der rezidivierende Charakter der depressiven Störung im Vordergrund.

Mittlerweile wird in einigen wenigen Studien zusätzlich noch eine dritte Gruppe unterschieden, die durch die Erstmanifestation ab dem 75. Lebensjahr gekennzeichnet ist: die *Very-Late-Onset-Depression* (Hüll & Bjerregaard, 2015). Diese Einteilung wird in den gängigen Klassifikationssystemen wie der *International classification of diseases* (ICD-10), dem *Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen* (DSM-5) oder in den aktuellen S3-Leitlinien (DGPPN, BÄK, KBV & AWMF, 2017) nicht vorgenommen. Die Depression im Alter wird dort nicht als eigenständiges Krankheitsbild betrachtet und somit auch nicht explizit definiert. Begründet wird dies damit, dass es keine kategorialen Unterschiede in der Vielseitigkeit der Symptomatik oder der Phänomenologie im Vergleich mit depressiven Störungen in jüngeren Jahren gibt (Kurz, 1997). Dennoch gab es für dieses Krankheitsbild im Verlauf der letzten Jahre immer wieder verschiedene Bezeichnungen. Frühere Bezeichnungen wie „Jammerdepression“, „Spätdepression“ oder „Altersdepression“ sind allerdings einseitig und unpassend und es ist präziser von einer Depression im Alter zu sprechen (Kurz, 1997).

Unabhängig vom Alter gelten in beiden gängigen Klassifikationssystemen die depressive Stimmung, der Freud- und Interessesverlust und im ICD-10 zusätzlich die Störung des Antriebs als Kernsymptome einer depressiven Störung. Wie in Abbildung 3.1 gezeigt wurde (siehe Abschnitt 3.2.1) müssen mindestens zwei

Kern- sowie zwei Zusatzsymptome vorhanden sein, um eine depressive Episode zu diagnostizieren. Das Ausmaß der Beeinträchtigung und die Schwere der Symptomatik entscheiden über eine leichte, mittelschwere oder schwere Manifestation. Der Verlauf, die Schwere und die besondere Ausprägung der Symptomatik werden zur Definition von weiteren Hauptgruppen genutzt. Zu den Hauptgruppen gehören die episodisch auftretenden affektiven Störungen, die chronisch affektiven Störungen und verschiedene Sonderformen, die im Folgenden näher erläutert werden.

Episodisch auftretende affektive Störungen

- *Majore depressive Störung*: Sie kann bei Menschen im höheren Lebensalter als Ersterkrankung im Rahmen einer depressiven Episode oder als rezidivierende Erkrankung auftreten.
- *Bipolar I-Störung*: Depressive und manische Krankheitsphasen wechseln sich ab. Häufig beginnt diese Erkrankung bereits im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter. Ein Erkrankungsbeginn im Alter ist eher selten.
- *Bipolar II-Störung*: Die depressiven Episoden erfüllen die Kriterien einer majoren Depression und wechseln sich mit hypomanen Episoden ab. Bei den hypomanen Episoden werden nicht alle Kriterien einer manischen Episode vollständig erfüllt. Eine Ersterkrankung im Alter ist ebenfalls eher selten (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Chronisch affektive Störungen

- *Dysthymie*: Auch chronische oder anhaltende Depression genannt. Dabei muss eine depressive Stimmungslage mindestens zwei Jahre an der überwiegenden Anzahl der Tage bestehen. Die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung werden dabei nicht vollständig erfüllt. In einigen Fällen kann die Dysthymie von sich wiederholenden voll ausgeprägten depressiven Episoden überlagert werden. Man spricht dann von einer *Double depression*. Häufig beginnen chronische Depressionen bereits in der Kindheit und Jugend (Klein & Beltz, 2014) und mit geringerer Häufigkeit im hohen Alter.
- *Zyklothymie*: Anhaltende abgeschwächte bipolare Störung, bei der es zu einem Wechsel von hypomanen und depressiven Episoden kommt. Die Kriterien einer Bipolaren Störung werden nicht erfüllt. Erkrankungsbeginn ist meist im späten Jugend- oder frühen Erwachsenenalter (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Sonderformen

- Zu den Sonderformen gehören u. a. die *minore* oder auch *subsyndromale Depression*. Die Symptomatik erfüllt nicht die Kriterien einer majoren Depression und die Symptome sind weniger schwer ausgeprägt. Im Alter kommt diese Form besonders häufig vor und es besteht bei den Patient:innen ein hoher Leidensdruck und ein dadurch gerechtfertigter Behandlungsbedarf (Fellgiebel & Hautzinger, 2017).

Winkler, Pjrek und Kasper (2005) beschreiben zusätzlich zu den Symptomen, die im ICD-10 und DSM-5 aufgeführt werden, eine geschlechterspezifische Manifestation bestimmter Symptome. Demnach kann bei Männern häufiger eine geringe Stresstoleranz mit hoher Reizbarkeit und ein höheres Ausmaß passiver und teilweise aktiver Aggressivität beobachtet werden. Frauen hingegen berichten im Vergleich häufiger von Angstsymptomen, Selbstwertverlust oder Tagesmüdigkeit.

Ein häufig genutztes Instrument zur Diagnostik einer depressiven Störung stellt der *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2, Zwei-Fragen-Test; Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004) dar. Dabei handelt es sich um ein Screening Instrument, das aus den folgenden zwei Fragen besteht:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Mit einer hohen Sensitivität von über 90 % und geringer Spezifität von 57 % kann damit eine erste Verdachtsdiagnose erhoben werden, bevor weitere diagnostische Maßnahmen eingeleitet werden. Eine erweiterte Version besteht aus neun Fragen (*Patient-Health-Questionnaire-9*; PHQ-9) und kann ebenfalls gut bei älteren Patient:innen eingesetzt werden. Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, bei dem die Patient:innen auf einer 4-stufigen Skala die depressive Symptomatik in den vergangenen zwei Wochen beurteilen (Löwe, Kroenke, Herzog & Gräfe, 2004).

Um eine Verdachtsdiagnose abzusichern, stehen insgesamt nur wenige Verfahren zur Verfügung, die speziell an die Bedürfnisse älterer Patient:innen angepasst sind. Zur Verfügung steht das *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI65+), bei dem die Items kürzer formuliert sind und ein Fokus auf somatische Beschwerden gelegt wird. Zudem werden aktuelle Verlust-, Kränkungs- und Vereinsamungssituationen erfasst (Wittchen et al., 2015).

Den Goldstandard zur Diagnostik depressiver Störungen im Alter stellt die *Geriatrische Depressionsskala* (GDS; Yesavage et al., 1988) dar, die zum geriatrischen Basis-Assessment gehört. Die GDS ist international weit verbreitet. Zudem liegen unterschiedliche Versionen vor, die zwischen 4 und 30 Items enthalten und in Abhängigkeit von der kognitiven Leistungsfähigkeit der Patient:innen eingesetzt werden. Die 15-Item-Version ist ein guter Kompromiss zwischen Kürze und Validität. Patient:innen beantworten im Selbstbericht oder gemeinsam mit den Behandelnden die Items auf einer dichotomen Antwortskala (Ja/Nein). Kritisiert werden kann die GDS dahingehend, dass zu Gunsten der Kürze ein genauerer Blick auf somatische Symptome entfällt (Yesavage et al., 1988).

3.2.3 Differentialdiagnosen

Schätzungsweise wird bei 30 bis 40 % der Patient:innen im höheren Lebensalter, die eine:n Allgemeinmediziner:in aufsuchen, eine Depression nicht erkannt bzw. unzureichend behandelt (Hautzinger, 2000). Zahlreiche Studien konnten zudem zeigen, dass das Auftreten einer depressiven Störung häufig in Verbindung mit Somatisierungsstörungen (Hein et al., 1996; Rief, 2000), körperlichen Erkrankungen (Lohman, Dumenci & Mezuk, 2015), Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit (Deykin, Levy & Wells, 1987; Swendsen & Merikangas, 2000), endokrinen oder immunologischen Störungen (Kühn, 2002), zerebralen Abbauprozessen sowie neurologischen Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder Schlaganfällen (Brand et al., 2007; Lenze et al., 2001) steht.

In der Differentialdiagnostik ist der Ausschluss einer körperlichen Erkrankung, die ursächlich für die depressive Symptomatik sein kann, besonders relevant. Zu den Auslösern symptomatischer bzw. organischer Depressionen gehören Hirnerkrankungen, Infektionen oder Entzündungen, kardiopulmonale Erkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz), Atemwegserkrankungen, endokrinologische und metabolische Erkrankungen (z. B. Hypo- oder Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Fehlbzw. Mangelernährung, Pankreatitis), Krebserkrankungen, Substanzmissbrauch oder die Einnahme von Medikamenten. Diesbezüglich bedarf es einer gründlichen somatischen Abklärung durch die Behandelnden (Hautzinger, 2000).

Die Diagnosestellung wird dadurch erschwert, dass ältere Patient:innen signifikant häufiger an körperlichen Komorbiditäten leiden. Körperliche Komorbiditäten können durch eine depressive Störung ausgelöst werden (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, 2017). Die körperlichen Symptome stehen bei der Diagnostik allerdings häufig im Vordergrund, sodass die Gefahr besteht eine depressive Störung zu

verkennen und als Folge des physiologischen Alterungsprozesses zu interpretieren (Wittchen & Pittrow, 2002). Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung im Alter können unerklärliche körperliche Symptome ohne organisches Korrelat, deutliche psychomotorische Verlangsamung, herabgesetztes Interesse an der eigenen Körperhygiene, vermehrtes Sorgen und Ruminieren, Ängste sowie Niedergestimmtheit sein (Gallo & Rabins, 1999).

Im Rahmen der Differentialdiagnosen spielen die Demenz und die Suizidalität eine besondere Rolle und werden deshalb im Folgenden ausführlicher beschrieben.

3.2.3.1 Depression und Demenz

Eine besondere differentialdiagnostische Herausforderung stellt das Krankheitsbild der Demenz dar. Anhand verschiedener Merkmale können beide Krankheitsbilder allerdings voneinander unterschieden werden. Ein erstes Unterscheidungsmerkmal ist der zeitliche Verlauf: Eine Depression beginnt rasch und die Diagnosestellung kann bei vorliegender Symptomatik nach zwei Wochen erfolgen. Eine dementielle Symptomatik beginnt eher langsam und schleichend und muss zur Diagnosestellung mindestens sechs Monate vorliegen. Eine neuropsychologische Testung kann bei der Diagnosestellung zusätzlich Aufschluss geben. Ältere Patient:innen, die unter Depressionen leiden, zeigen häufiger spezifische Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionsstörungen sowie Gedächtnisstörungen, besonders das episodische Gedächtnis betreffend. Im Vergleich zu dementen Patient:innen zeigen sie seltener Benennstörungen beim Abruf von visuell präsentierten Objekten (Notzon, Alferink & Arolt, 2016). Bei dementen Patient:innen liegen wiederum häufiger zeitliche und örtliche Orientierungsstörungen und Probleme bei der Alltagsbewältigung vor (Dessonville, Stoudemire & Morris, 1992). Auch der klinische Eindruck liefert Anhaltspunkte zur Differenzierung. Demente Patient:innen kommen häufig in Begleitung ihrer Angehörigen und bagatellisieren kognitive Defizite, während depressive Patient:innen alleine in die Praxis kommen und vermehrt über die Symptomatik klagen. Des Weiteren weisen depressive Patient:innen häufiger vaskuläre Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus auf (Rapp, 2005). Diese Risikofaktoren werden im Sinne eines ätiologischen Erklärungsmodells diskutiert, müssen diesbezüglich aber in der Zukunft noch weiter untersucht werden (Delaloye et al., 2010; Köhler, Thomas, Barnett & O'Brien, 2010).

Empirisch zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Depression und Demenz. Das Risiko einer neurogenerativen Erkrankung wie z. B. der Alzheimer-Demenz ist bei Patient:innen mit einer depressiven Störung in der Vorgeschichte erhöht (Stoppe & Staedt, 1993). Wilson, Mottram und Vassilas (2008) konnten in einer prospektiven Studie zeigen, dass bei den über 65-jährigen Teilnehmenden mit jedem depressiven Symptom das Risiko, an Alzheimer-Demenz zu erkranken, um 19 % steigt. Die Ergebnisse einer Multicenterstudie wiesen ebenfalls darauf hin, dass ein später Beginn der depressiven Erkrankung mit einem erhöhten Risiko, eine Alzheimer-Demenz zu entwickeln, assoziiert ist (Heser, 2013). Umgekehrt besteht ein ähnlicher Zusammenhang: Patient:innen mit Alzheimer-Demenz haben ein signifikant höheres Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken (Wernicke, Reischies & Linden, 2001). Derzeit existiert allerdings noch kein umfassender Erklärungsansatz für diese Befunde. Die Studienlage schwankt zudem bezüglich der Häufigkeit der depressiven Symptomatik bei Alzheimer-Demenz stark. In der Literatur werden Häufigkeiten zwischen 20 und 50 % diskutiert (Enache, Winblad & Aarsland, 2011).

3.2.3.2 Depression und Suizidalität

Die WHO (2013) schätzt, dass weltweit etwa eine halbe Million Menschen pro Jahr an den Folgen eines Suizids sterben. Die Zahl der Suizidversuche ist schätzungsweise 15- bis 20-mal höher. In Deutschland suizidierten sich im Jahr 2018 über 9 000 Menschen. Dabei sind bei den Männern deutlich häufiger als bei den Frauen vollendete Suizide zu verzeichnen. Etwa 76 % der vollendeten Suizide wurden von Männern begangen. Bei den Suizidversuchen sind hingegen junge Frauen gefährdeter. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei den Männern bei 57,9 Jahren. Zwanzig Jahre zuvor betrug das Durchschnittsalter bei Suizid bei Männern noch 53,2 Jahren. Frauen waren im Durchschnitt 59,1 Jahre alt (Statistisches Bundesamt, 2020). Insbesondere bei Männern steigt die Suizidrate mit dem Alter erheblich an. So lag die Suizidrate im Jahr 2017 bei Männern im Alter zwischen 65 und 70 Jahren bei 22,1 Fällen pro 1 000 Einwohnenden und bei Männern im Alter zwischen 80 und 85 Jahren bei 49,7 Fällen pro 1 000 Einwohnenden. Dieser Zuwachs an Suiziden im höheren Erwachsenenalter wird auch als „ungarisches Muster“, nach dem Land seiner Erstbeobachtung, bezeichnet. In Deutschland wird ein Zuwachs seit den frühen 1950er Jahren beobachtet (Müller-Pein & Lindner, 2020).

Bei depressiven Patient:innen ist das Suizidrisiko deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Es wird auf etwa 15 bis 20 % geschätzt, wobei das Risiko bei Hochbetagten besonders hoch ist. Bei etwa 80 % der älteren depressiven Patient:innen zeigten sich klinisch relevante suizidale Tendenzen. In diesem

Zusammenhang sind die Schwere der depressiven Symptomatik und vorangegangene Suizidversuche die besten Prädiktoren eines erneuten Suizidversuchs (Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey & Kakuma, 1999). Als soziologische Risikofaktoren eines Suizids fand Bronisch (2003) eine höhere soziale Schicht, Getrenntleben, Krisen in Familienbeziehungen, männliches Geschlecht, Arbeitslosigkeit, finanzielle Unsicherheit bezüglich des Lebensunterhalts und ein höheres Lebensalter. Der häufigste Anlass für Suizide sowie Suizidversuche im höheren Alter stellen Trennungen in partnerschaftlichen oder anderen persönlich relevanten sozialen Beziehungen dar.

3.2.4 Epidemiologie

In der Berliner Altersstudie wurden Prävalenzraten von 24 % für psychische Störungen bei der Altersgruppe der über 70-jährigen Teilnehmenden berichtet (Helmchen et al., 2010). Die Prävalenz für depressive Störungen im Alter variiert zwischen den Studien allerdings stark. Es liegen Befunde für eine Zunahme sowie für eine Abnahme klinisch bedeutsamer Depressionen und auch für ein altersunabhängiges Auftreten vor (Jorm, 2000; Pálsson & Skoog, 1997). Die erfassten Prävalenzraten werden deshalb in Abhängigkeit bestimmter Kriterien betrachtet. Werden die gängigen Diagnosekriterien sehr streng gefasst, werden Prävalenzraten bei Menschen im höheren Lebensalter von 0,8 bis 8 % berichtet (Blazer, Hughes & George, 1987; Cappeliez, 1988). Werden auch subklinische Manifestationen und leichtere Formen der Depression miteinbezogen, schwanken die Angaben zwischen 11 und 27 % (Luppa et al., 2012; Meeks et al. 2011). Bei Menschen im höheren Lebensalter mit Multimorbidität kann von einer Depressionsprävalenz von etwa 37 % ausgegangen werden (Linden et al., 1998). Bei Bewohner:innen von Heimen, stationären Einrichtungen oder anderen Institutionen werden Raten von 15 bis 50 % berichtet (Ernst, 1997; Teresi et al., 2001).

Querschnittsuntersuchungen konnten zeigen, dass die Prävalenz einer Depression nach dem 65. Lebensjahr geringer ist als in den mittleren Lebensjahren. Hochbetagte sind wiederum häufiger von depressiven Symptomen betroffen (Bland, Newmann & Orn, 1988; Kramer, German, Anthony, Von Korff & Skinner, 1985). Die erhöhte Vulnerabilität dieser Altersgruppe wird u. a. auf organische, soziale und biochemische Veränderungen zurückgeführt (Bruce, 2001).

3.2.5 Ätiologie

Bislang liegt kein einheitliches Modell vor, das die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen im Alter kausal erklären kann. Im Folgenden werden das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* (Zubin & Spring, 1977), das *Verstärker-Verlust-Modell* (Lewinsohn, 1974) und das *Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata* (Beck, 1970, 1974) vorgestellt. Diese Modelle sind altersunspezifisch und beziehen sich auf ursächliche Zusammenhänge über die gesamte Lebensspanne. Im Folgenden werden die aufgeführten Modelle erläutert und es werden auf Basis dieser Modelle Bezüge zur Entstehung der Depression im Alter hergestellt.

Das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* ist ein allgemein verbreitetes Modell, das seinen Ursprung in der klinischen Psychologie hat. Es wurde von den Psychiater:innen Josef Zublin und Bonnie Spring (1977) entwickelt. Im Kern dieses Modells steht die Annahme, dass eine Wechselwirkung zwischen Vulnerabilität (Verletzlichkeit, Krankheitsneigung) und Stress (Umwelteinflüsse) stattfindet, und dass beide Faktoren zur Entwicklung einer psychischen Störung notwendig sind. Es wird davon ausgegangen, dass psychologische, biologische und Umweltfaktoren an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung beteiligt sind. Diese unterschiedlichen Faktoren sowie entwicklungspsychologische Prozesse finden im Modell, das in Abbildung 3.3 dargestellt wird, Berücksichtigung.

Die Entstehung einer psychischen Störung wird durch eine erhöhte Vulnerabilität in Verbindung mit kritischen und i. d. R. stressreichen Lebensereignissen begünstigt. Menschen mit einer geringen Vulnerabilität erkranken demnach erst bei hoher Stressintensität, Menschen mit erhöhter Vulnerabilität bereits bei niedriger. Eine erhöhte Vulnerabilität ergibt sich aus prädisponierenden Faktoren wie Genetik oder aus frühen adversen sozialen oder umweltbezogenen Erfahrungen wie z. B. körperliche oder emotionale Traumata. Über entwicklungspsychologische Prozesse akzentuieren sich diese Prädispositionen oder schwächen sich ab. Die Konstellation aus einer erhöhten Vulnerabilität und einem oder mehreren auslösenden kritischen Lebensereignissen führt zur Entstehung einer psychischen Störung. Die Schwere und der Verlauf der Erkrankung ergeben sich aus aufrechterhaltenden Faktoren wie beispielsweise aus fehlender sozialer Unterstützung oder aus dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

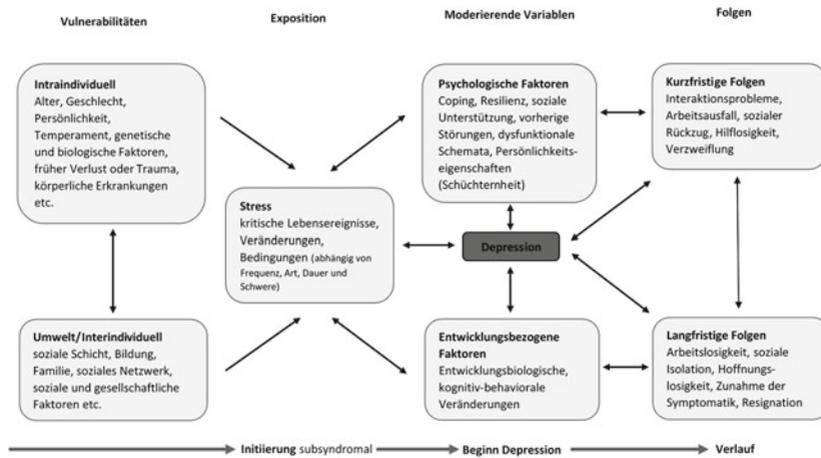


Abbildung 3.3 Vulnerabilitäts-Stress-Modell zur Entstehung einer psychischen Störung in Anlehnung an Wittchen und Hoyer (2011)

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erklärt allgemein die Entstehung psychischer Störungen und kann somit auch auf den Bereich der depressiven Störungen angewendet werden. Es findet sowohl in der Forschung als auch in der Behandlung von Patient:innen mit depressiven Störungen Anwendung (Wittchen & Hoyer, 2011). Allerdings handelt es sich um ein heuristisches Modell. Es wird keine Aussage über die Gewichtung der einzelnen Komponenten gemacht und wie diese miteinander interagieren. Teilkomponenten dieses Modells konnten in Studien bereits belegt werden, die große Anzahl der beteiligten Faktoren und die Komplexität des Modells erschweren allerdings die vollständige Annahme.

Im Folgenden werden depressionsspezifische Risikofaktoren, die dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell entnommen wurden, näher erläutert. Dabei liegt der Fokus auf der Darstellung von Risikofaktoren, die spezifisch an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im höheren Lebensalter beteiligt sind.

Traumata: Eine Reihe empirischer Studien konnte zeigen, dass die Entwicklung einer depressiven Störung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit einem Trauma in der Kindheit assoziiert ist (Ege, Messias, Thapa & Krain, 2015; Raposo, Mackenzie, Henriksen & Afifi, 2014). Unter dem Begriff des Traumas werden sehr unterschiedliche Ereignisse wie Deprivation, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen,

Vernachlässigung oder schwerwiegende Krankheitserfahrungen zusammengefasst (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Der Fokus der aktuellen Forschung von Traumafolgestörungen liegt im Bereich von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im mittleren Lebensalter. Das höhere Lebensalter über 65 Jahren und das hohe Alter ab 80 Jahren fanden bisher nur wenig Beachtung (Böttche, Kuwert & Knaevelsrud, 2012). In wenigen Studien, die das Alter fokussierten, waren die Daten zudem uneinheitlich. In einigen Studien zeigte sich eine verringerte, in anderen Studien eine erhöhte Prävalenz traumatischer Lebensereignisse im höheren Lebensalter (Frans, Rimmö, Åberg & Fredrikson, 2005; Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008). Betrachtet man allerdings die Prävalenzzahlen der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) zeigen sich Altersunterschiede. Die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS liegt in der deutschen Allgemeinbevölkerung etwa zwischen 1,5 und 2,3 % (Schäfer et al., 2019). Studien, die das junge Erwachsenenalter fokussierten, fanden eine Lebenszeitprävalenz zwischen 1,3 und 4,7 % (McLaughlin et al., 2013; Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000). Bei Menschen im höheren Erwachsenenalter zeigten sich höhere Prävalenzzahlen. In einer Studie konnten Glaesmer, Kaiser, Brähler, Freyberger und Kuwert (2012) zeigen, dass bei über 1 000 zufällig ausgewählten Studienteilnehmenden im Alter zwischen 60 und 85 Jahren die Prävalenz klinisch relevanter PTBS-Symptome bei über 4 % lag. Weitere 12,2 % erfüllten die Kriterien einer subsyndromalen PTBS. Andere Studien berichten, dass bei Menschen ab dem 70. Lebensjahr das Auftreten einer voll ausgeprägten PTBS bei etwa 5 bis 11 % liegt (Hunt & Robbins, 2001; Maercker et al., 2008), bei Kriegsveteranen bei etwa 12 % (Durai et al., 2011) und eine subsyndromale PTBS bei bis zu 40 % (Wendt, Freitag & Schmidt, 2012). In einzelnen Untersuchungen zeigten sich in der Allgemeinbevölkerung sogar Häufigkeiten eines Vollbildes einer PTBS zwischen 10 und 20 % (Favaro, Tenconi, Colombo & Santonastaso, 2006; Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger & Ermann, 2007).

In diesen sowie in anderen Untersuchungen wurden die erhöhten Häufigkeiten posttraumatischer Symptome in der Generation der über 75-Jährigen zum Teil auf Traumata zurückgeführt, die während des Zweiten Weltkriegs erlebt wurden. Dazu gehören beispielsweise der gewaltsame Tod bzw. Verlust wichtiger Bezugspersonen (Maercker & Leopold, 2002), Fronteinsätze, körperliche und sexuelle Gewalt, Folter, Bombenangriffe, Flucht, Hunger, Kriegsgefangenschaft (Hunt & Robbins, 2001; Kuwert et al., 2007) oder Erlebnisse im Zusammenhang mit dem Holocaust (Kruse & Schmitt, 2013).

Zu den Symptomen der PTBS in dieser Altersgruppe kommen zudem häufig weitere komorbide Störungen wie Depressionen, Angst-, Substanzmissbrauchs- oder somatoforme Störungen hinzu (Böttche et al., 2012; Glaesmer et al., 2012).

Persönlichkeit und kognitiver Stil: Traumata oder kritische Lebensereignisse haben einen Einfluss auf die Persönlichkeit und den kognitiven Stil und erhöhen darüber hinaus das Risiko, eine depressive Störung zu entwickeln. Individuelle Dispositionen wie Verhaltenshemmung oder Affektlabilität in der Kindheit gelten als umfassend untersuchte und gut gesicherte Prädiktoren einer depressiven Störung (Goodyer, Ashby, Altham, Vize & Cooper, 1993). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass es Menschen im höheren Lebensalter mit unflexiblen und rigiden Vorstellungen, hoch ausgeprägtem Perfektionismus, fatalistischen Attributionsstilen und einer ausgeprägten Misserfolgsorientierung schwerer fällt, sich an altersspezifische Veränderungen anzupassen. Das Festhalten an früheren Zielen und Vorstellungen kann mit Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit und Frustration einhergehen, die das Risiko einer depressiven Störung begünstigen (Hautzinger, 2000; Heisel, 2004).

Soziale Faktoren: Der Verlust einer nahestehenden Bezugsperson, z. B. durch Verwitwung, scheint mit einem erhöhten Depressionsrisiko einherzugehen (Weyerer & Bickel, 2006). Es scheint naheliegend, dass eine Trauerreaktion bei der Entstehung einer depressiven Störung eine kausale Rolle spielen kann. Dies trifft allerdings nur sehr bedingt zu: Trauer scheint in den meisten Kulturen eine adaptive Reaktion auf Verluste zu sein. Sie dient dem Erhalt sozialer Unterstützung und der Zuwendung durch Dritte. Kurzfristig dient Trauer der Ablösung, langfristig aufrechterhaltend hat sie allerdings psychopathologische Effekte (Birbaumer & Schmidt, 2006). Trauer und Depression sind komplexe psychische Phänomene, die sich in ihrem Symptombild überlappen. Eine Trauerreaktion kann ebenfalls Ärger, Angst, ein Gefühl von Leere und Hoffnungslosigkeit beinhalten. Allerdings können bei einer depressiven Episode im Vergleich zur Trauerreaktion neben den genannten emotionalen Reaktionen auch Wut, Ekel, Schuld und Scham hinzukommen. Besonders in der zeitlichen Dimension finden sich relevante Unterschiede. Während bei den meisten die Trauer die Schwere der Symptomatik nach einiger Zeit graduell abnimmt, wird bei depressiven Störungen ein längerer Verlauf der depressiven Episoden beobachtet (Fox & Jones, 2013). Das DSM-5 unterscheidet Trauer, komplexe Trauer und unipolare Depressionen, um inhaltliche und phänomenologische Abgrenzungen zu ermöglichen und Behandlungsbedarfe einzuschätzen.

Aus Verlusterlebnissen resultiert demnach nicht zwangsläufig eine depressive Reaktion, sie stellen jedoch einen begünstigenden Risikofaktor dar. Nach einem

Verlusterlebnis scheinen Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung u. a. durch soziale Bindung und Unterstützung beeinflusst zu werden. Ein spärliches soziales Netzwerk und subjektiv empfundene Einsamkeit (*emotional loneliness*) erhöhen das Erkrankungsrisiko und beeinflussen Intensität und Dauer der depressiven Symptomatik (Luijendijk, Van Den Berg, Hofman, Tiemeier & Stricker, 2011; Peerenboom, Collard, Naarding & Comijs, 2015).

Geschlecht: Frauen weisen in jüngeren Jahren ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für Depressionen auf wie Männer. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass der Erkrankungsbeginn bei Mädchen und jungen Frauen tendenziell früher ist und im Jugend- und frühen Erwachsenenalter steiler ansteigt als bei Jungen und jungen Männern. Zudem ist die Rückfallhäufigkeit bei Frauen im Vergleich zu Männern erhöht. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern verringern sich allerdings mit fortschreitendem Alter. Im mittleren und höheren Erwachsenenalter sind die Depressionsraten nahezu vergleichbar (Hoffmann & Schauenburg, 2000).

Als weitere Risikofaktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression im Alter gelten vorangegangene depressive Episoden, kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen, Schlafstörungen (Djernes, 2006), Adipositas (Almeida, Calver, Jamrozik, Hankey & Flicker, 2009), finanzielle Belastungen (Cole & Dendukuri, 2003), Rauchen und Alkoholmissbrauch (Weyerer et al., 2013) sowie körperliche Inaktivität (Almeida et al., 2011). Allerdings gibt es auch eine Reihe umfassend untersuchter protektiver Faktoren wie soziale Unterstützung, körperliche und geistige Aktivität (Weisenbach & Kumar, 2014), hoher sozioökonomischer Status, höheres Bildungsniveau sowie soziales Engagement verbunden mit Gefühlen von Zufriedenheit und Sinnhaftigkeit (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Lützenkirchen, 2008).

Unabhängig vom gerontopsychologischen Kontext hat Lewinsohn (1974) ein lern- und verhaltenspsychologisches Modell zur Entstehung depressiver Störungen entwickelt. Das *Verstärker-Verlust-Modell* wird in Abbildung 3.4 dargestellt. Nach diesem Modell kann aus einem Verstärkerverlust bzw. aus einer zu geringen Rate an verhaltenskontingenter positiver Verstärkung eine depressive Symptomatik resultieren. Zu den positiven Verstärkern gehören insbesondere Erfahrungen aus sozial-interaktionellen Prozessen.

Das Verstärker-Verlust-Modell wurde empirisch überprüft und von Gallagher-Thompson und Thompson (1981) auf den gerontopsychiatrischen Bereich übertragen. Bei Menschen im höheren Erwachsenenalter sind für die Verringerung der Rate positiver Verstärker unterschiedliche Faktoren verantwortlich:

1. Die Anzahl und die Qualität positiv verstärkender Ereignisse verringern sich beispielsweise aufgrund schlechterer finanzieller Möglichkeiten oder sozialer Isolation durch Mobilitätseinbußen.
2. Mangelnde Erreichbarkeit oder Verfügbarkeit von verstärkenden Ereignissen beispielsweise durch Tod der Ehepartner:innen oder bei Berentung, wodurch ein Verlust des sozialen Netzwerks entstehen kann.
3. Defizite im Bereich des instrumentellen Verhaltens oder der instrumentellen Fähigkeiten: Bestimmte Aktivitäten werden aufgrund von Fertigungsdefiziten nicht mehr durchgeführt. Dazu gehören beispielsweise bestimmte Sportarten oder Handarbeiten, die ein hohes Maß an Feinmotorik erfordern.

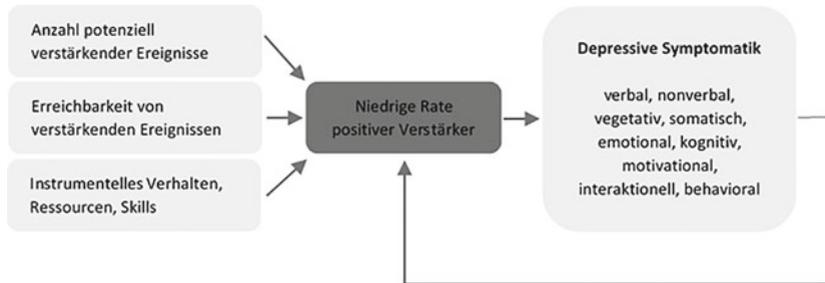


Abbildung 3.4 Verstärker-Verlust-Modell zur Entstehung depressiver Störungen nach Lewinsohn (1974)

Bezogen auf den gerontopsychologischen Kontext kann festgestellt werden, dass ältere Menschen einer Reihe von altersassoziierten Entwicklungsaufgaben und Veränderungen gegenüberstehen. Dazu kann der Verlust von Funktionen, Aufgaben und Rollen durch die Berentung gehören, aber auch soziale, körperliche, kognitive, ökonomische Veränderungen, wie der Verlust nahestehender Bezugspersonen, die Verkleinerung des sozialen Netzwerkes, die Veränderung bekannter Alltagsstrukturen, finanzielle Einschränkungen oder ein subjektiv empfundener Kontrollverlust.

Das Modell beschreibt Bedingungen zur Entstehung- und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung im Alter: Positive Verstärker verringern sich, sind nicht mehr zugänglich oder verschwinden ganz, was das Erkrankungsrisiko erhöht. Weiterhin problematisch ist, dass die depressive Symptomatik kurzfristig sogar positiv verstärkt wird, und zwar durch ein höheres Maß an Zuwendung, Aufmerksamkeit und Hilfestellung durch Freund:innen oder Angehörige. Dies kann

zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen. Mittel- und langfristig ergeben sich durch die Symptomatik für Patient:innen allerdings Probleme besonders im sozialen Bereich. Aufgrund bestimmter krankheitsbedingter Symptome wie Defiziten im Sozialverhalten (verringertes Blickkontakt, leise und monotone Stimme, Vermeidung sozialer Interaktion, Schuldzuschreibungen, mangelnde Empathiefähigkeit) werden Menschen mit Depressionen von anderen Personen dann oft eher gemieden, wodurch es zu einem Wegfall von weiteren Verstärkern kommt. Die Gefahr einer abwärts gerichteten Spirale entsteht: Durch Antriebs- und Interessenverlust kommt es zum sozialen Rückzug, der einen Verlust an (sozialen) positiven Verstärkern bedeuten kann. Durch den Verlust kann es wiederum zu einer Verschlechterung der Stimmung kommen, womit weitere Rückzugstendenzen verbunden sind. Die daraus resultierenden Verstärkerverluste begünstigen die beschriebene abwärts gerichtete Spirale und es kann von einem Teufelskreis gesprochen werden (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Aufrechterhaltende Bedingungen einer depressiven Störung (Verringerung der Rate sozial-interaktioneller Verstärker) werden durch das Modell gut erklärt, allerdings mangelt es an empirischen Befunden zur Störungsentstehung. Dennoch besitzt dieses Modell starken heuristischen Wert für die Gestaltung psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen. Beispielsweise lassen sich daraus Behandlungsmaßnahmen wie etwa die Steigerung positiver Aktivitäten oder der Aufbau eines sozialen Netzwerkes ableiten (Hautzinger, 2000).

Ein weiteres Modell zur Entstehung depressiver Störungen stellt das *Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata* nach Aaron T. Beck (1970, 1974) dar. Nach diesem Modell beruhen depressive Störungen auf dysfunktionalen kognitiven Schemata oder Überzeugungen, die für eine verzerrte Sicht auf die Realität sorgen. Diese Wahrnehmungsverzerrungen beziehen sich auf drei Bereiche: negative Grundannahmen gegenüber sich selbst, der Umwelt und bezüglich der Zukunft. Beck spricht dabei von einer *kognitiven Triade*. Die Entwicklung dieser negativen Grundannahmen kann durch Erfahrungen in der Kindheit bedingt sein (z. B. Zurückweisung, Mangel an elterlicher Zuwendung und Wärme) und im weiteren Lebensverlauf durch bestimmte Situationen wieder aktiviert werden (z. B. Verlust einer Bezugsperson).

Durch dysfunktionale Grundannahmen über sich selbst (z. B. „Nur wenn ich perfekte Leistungen bringe, bin ich es wert, gemocht zu werden.“) kommt es zu automatischen Gedanken, die häufig absolutistisch, verallgemeinernd oder verzerrt sind. Diese automatischen Gedanken verstärken wiederum die dysfunktionalen kognitiven Schemata und führen zu kognitiven Fehlern wie voreiligen Schlüssen („Ich werde nicht zu diesem Treffen gehen. Dort will mich sowieso niemand sehen.“), Katastrophisieren („Ich werde im Ruhestand verarmen.“),

Übergeneralisierung („Die Nachbarin hat mich nicht begrüßt. Sie und die anderen Nachbarn haben etwas gegen mich.“), Alles-oder-Nichts-Denken („Wenn ich nicht nach wie vor jeden Tag zum Sport gehe, roste ich komplett ein.“), Über- und Untertreibung („Ich habe heute meine Bekannte versetzt. Sie wird sich nie wieder mit mir treffen wollen.“) oder emotionale Beweisführung („Der Ruhestand macht mir Angst. Das ist ein Zeichen, dass ich unglücklich sein werde.“; Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Abbildung 3.5 zeigt das Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata und verdeutlicht den Zusammenhang zwischen einem auslösenden Ereignis, automatischen Gedanken, die aus dysfunktionalen Grundannahmen resultieren, und der Entstehung depressiver Symptome.

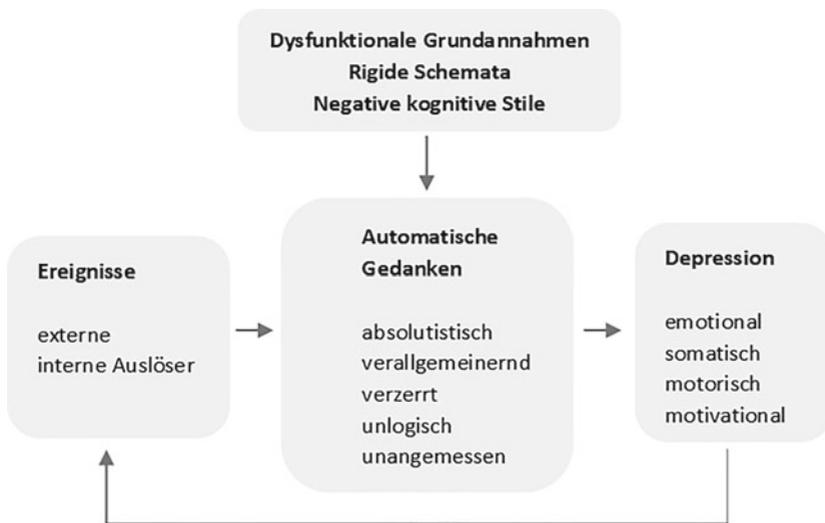


Abbildung 3.5 Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata nach Aaron T. Beck (1970, 1974)

Offen bleibt, ob kognitive Verzerrungen und Denkfehler im ätiologischen Sinne verantwortlich für die Entstehung einer depressiven Störung sind. In Therapie und Behandlung spielen Hoffnungslosigkeit, Selbstzweifel und ein geringer Selbstwert, deren Entstehung durch negative dysfunktionale Überzeugungen erklärt werden, eine zentrale Rolle. Kognitive Behandlungsstrategien zeigen eine hohe Wirksamkeit in der Behandlung von Depressionen (Beck, Rush,

Shaw & Emery, 1996; Hautzinger, 2013; McCullough, 2007). Die Wirksamkeit einer Therapie ist zwar kein Beleg für das Zutreffen zugrundeliegender ätiologischer Annahmen, allerdings konnte in Metaanalysen gezeigt werden, dass dysfunktionale Denkstile und Depressionen stark miteinander assoziiert sind und dass es einen positiven Zusammenhang zwischen einem dysfunktionalen Attributionsstil und depressiver Symptomatik gibt (Gladstone & Kaslow, 1995; Sweeney, Anderson & Bailey, 1986).

Wie können ätiologische Modelle und Konzepte zur Entstehung depressiver Störungen auf die Depression im Alter angewendet werden? Nach der Theorie der selektiven Optimierung und Kompensation (Baltes & Baltes, 1989), die in Abschnitt 3.1.3 vorgestellt wurde, resultieren Depressionen, wenn (1) eine Anpassung an altersspezifische Voraussetzungen nicht gelingt und Ziele nicht entsprechend angepasst werden, (2) sinnvolle und persönlich relevante Selektionen z. B. in persönlichen Ansprüchen oder im sozialen Bereich nicht gelingen oder (3) kompensatorische Ressourcen nicht vorhanden sind oder nicht genutzt werden. Hinzu kommen mangelnde Kontrollüberzeugungen und wiederholte Erfahrungen von Hilflosigkeit oder geringer Selbstwirksamkeit in der Lerngeschichte.

Die beschriebenen Theorien zeigen, dass depressive Störungen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit dann auftreten, wenn Situationen oder Veränderungen, die Personen als persönlich relevant ansehen, als unkontrollierbar erlebt werden und es der Person an Ressourcen oder Strategien fehlt, die zur Bewältigung nötig bzw. hilfreich wären. Dies ist im Alter häufiger der Fall: Der Verlust wichtiger Bezugspersonen und eine altersbedingte Verschlechterung der körperlichen Konstitution können als Kontrollverlust erlebt werden. Zudem kann es zu einem Verlust von Ressourcen kommen, wodurch mangelnde Kontrollüberzeugungen zusätzlich begünstigt werden. Psychologische Interventionen unterstützen Patient:innen darin, Verhalten zur Bewältigung oder Veränderung zu erlernen, Kompetenzen und Ressourcen aufzubauen, neue Ziele zu entwickeln und an die aktuellen Gegebenheiten anzupassen. Letztlich sollen damit Kontrollüberzeugungen zum einen gefördert und zum anderen aktiviert werden (Hautzinger, 2000).

3.2.6 Therapie und Behandlung

In einer deutschlandweiten Untersuchung konnte gezeigt werden, dass lediglich 2 %, der mit ambulanter Psychotherapie behandelten Patient:innen über 65 Jahre alt waren (Zepf, Mengele & Marx, 2002). Eine Befragung von 97 psychosomatischen Kliniken in Deutschland zeigte, dass 21,5 % der Patient:innen 50 bis 59 Jahre, 5,2 % 60 bis 69 und 1,3 % über 70 Jahre alt waren (Lange,

Peters & Radebold, 1995). Geht man von Prävalenzraten zwischen 20 und 25 % für depressive Störungen bei über 65-jährigen Menschen aus, scheint der Anteil der Patient:innen, die sich in ambulanter oder klinischer Behandlung befinden, gering (Bickel, 2003). Es kann davon ausgegangen werden, dass Personen im höheren Erwachsenenalter im Vergleich zu anderen Altersgruppen psychotherapeutisch unterversorgt sind (Holthoff, 2015; Melchinger, 2011). Dabei gelten für die psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen prinzipiell keine Einschränkungen. Allerdings kommen bestimmte altersspezifische Besonderheiten hinzu. Dazu gehören der Einbezug somatischer Komorbiditäten, Mobilitätseinschränkungen, mögliche kognitive Funktionseinschränkungen oder Vorbehalte der Betroffenen bzgl. psychischer Erkrankungen oder Psychotherapie (Hirsch, Bronisch & Sulz, 2009; Riedel-Heller, Weyerer, König & Luppá, 2012).

Zur Beantwortung der Frage, ob psychotherapeutische Interventionen auch bei der Behandlung depressiver Störungen im höheren Lebensalter effektiv sind, liegt derzeit lediglich eine geringe Anzahl von Studien vor. Es existiert ein deutlicher Mangel an qualitativ hochwertigen Interventionsstudien, die das höhere Erwachsenenalter fokussiert haben. Dennoch kann anhand der vorliegenden Daten zunächst davon ausgegangen werden, dass Psychotherapie auch im Alter wirksam ist (De Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007; Gühne, Luppá, König, Hautzinger & Riedel-Heller, 2014; Wilson et al., 2008). Zudem gibt es eindeutige Hinweise auf die Wirksamkeit von Psychotherapie bei depressiven Störungen und die Psychotherapie kann durchaus auch im Alter als Mittel der Wahl angesehen werden (Francis & Kumar, 2013).

Im Rahmen einer Metaanalyse konnten Cuijpers, Van Straten, Smit und Andersson (2009) zeigen, dass die Effektivität psychotherapeutischer Interventionen im höheren Erwachsenenalter mit der in jüngeren Jahren vergleichbar war. Die den Metaanalysen und systematischen Reviews zugrundeliegenden Primärstudien weisen allerdings einige Mängel auf. Limitationen ergeben sich beispielsweise aus stark selektierten Stichproben mit vergleichsweise gesunden und kognitiv wie körperlich wenig beeinträchtigten jungen Alten (Gühne et al., 2014). Reynolds III et al. (1999) untersuchten in einer Langzeitstudie die Effektivität verschiedener Interventionen bei Menschen über 59 Jahren mit rezidivierender Depression. Dazu gehörten Psychopharmaka (Antidepressivum), Psychotherapie oder eine Kombination aus beidem. Die Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmaka zeigte sich bei der Zielgruppe als hochwirksam und allen Einzelmaßnahmen überlegen. Die Autor:innen wiederholten daraufhin die Studie mit hochaltrigen Patient:innen (≥ 70 Jahre) mit mehr kognitiven Beeinträchtigungen und körperlichen Komorbiditäten. Hier erwies sich die

Psychotherapie weder als Monotherapie noch in Kombination mit dem Antidepressivum als wirksam. Statt daraus allerdings den Schluss zu ziehen, dass Psychotherapie bei Hochaltrigen nicht wirksam ist, sollte über die Modifikation psychotherapeutischer Verfahren, ggf. mit einer höheren Frequenz (mehrmals pro Woche, dafür kürzer) nachgedacht werden.

Bei der Behandlung der Depression im Alter haben sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze bewährt und sind mittlerweile empirisch gut abgesichert (Gühne et al., 2014; Karel & Hinrichsen, 2000). Ältere Patient:innen, die mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden, zeigten im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe einen deutlich günstigeren Verlauf der depressiven Symptomatik. Im Vergleich zu einer psychodynamischen Gruppentherapie zeigte sich kein Unterschied bezüglich der Wirksamkeit (Steuer et al., 1984). Unabhängig von der Therapieform zeigten sich zudem keine relevanten Unterschiede zwischen psychotherapeutischer Einzel- oder Gruppenbehandlung (Agronin, 2009; Cuijpers et al., 2009). Aufgrund aktueller systematischer Reviews scheint die Kombination aus Psychotherapie und einer geeigneten antidepressiven Medikation, besonders bei älteren Patient:innen mit einem höheren Schweregrad der depressiven Symptomatik, wirksamer zu sein als eine Monotherapie (Cuijpers et al., 2012; Simon & Perlis, 2010). Wirkfaktoren der Psychotherapie, die unabhängig von der Therapieschule, Diagnose und dem Alter als relevant angesehen werden, sind die therapeutische Beziehung als wichtigster Wirkfaktor, die Aktivierung von Ressourcen und ggf. eines Helfernetzwerks sowie die Problemaktualisierung und aktive Problembewältigung (Grawe, 1998).

In der Psychotherapie mit Menschen im höheren Lebensalter ist es sinnvoll, Einschränkungen und Grenzen sowie Potenziale und Chancen des Alters zu beachten. Altersspezifische Entwicklungsaufgaben müssen erkannt und die Betroffenen bei der Bewältigung unterstützt werden (Kruse, 2014; Radebold, 2006). Besonderheiten im psychotherapeutischen Prozess bestehen darin, dass bei vielen Menschen im höheren Lebensalter Vorbehalte und Vorurteile bezüglich Psychotherapie vorliegen. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen und emotionalen Zuständen kann verunsichern oder Skepsis hervorrufen (Peters, 2009). Es kann zur Abwertung des häufig jüngeren psychotherapeutischen Teams oder zu einer Fixierung auf somatische Symptome kommen. Aufgrund des Altersunterschieds muss zudem die Rolle der psychotherapeutisch Behandelnden klar definiert werden.

Trotz dieser Besonderheiten konnte in den letzten Jahren ein positiver Wandel im Hinblick auf Einstellungen und Erwartungen bezüglich Psychotherapie bei jüngeren Menschen sowie bei Menschen im höheren Lebensalter beobachtet werden. Durch diesen Wandel gewinnt die Psychotherapie als Mittel der

Wahl an Akzeptanz, was für die Behandlung der Depression im Alter mithilfe von psychotherapeutischen Interventionen durchaus hilfreich ist (Floyd, Scogin, McKendree-Smith, Floyd & Rokke, 2004; Gum et al., 2006).

3.3 Emotionen und Emotionsregulation

Emotionen bereichern das Leben mit angenehmen oder sogar großartigen Erfahrungen und können ebenso Erlebniszustände verursachen, die schmerzhaft oder furchtbar sind. Emotionen sind fester Bestandteil des Lebens und der Umgang mit ihnen läuft häufig automatisch ab: Menschen mit Prüfungsangst versuchen diese zum Beispiel zu verringern, indem sie sich vorstellen, die Prüfung bereits bestanden zu haben. Bei Traurigkeit oder Ärger über einen Misserfolg versuchen Betroffene die Situation kognitiv neu zu bewerten und die positiven Seiten dieser Angelegenheit zu betrachten oder sich in dieser belastenden Situation selber Mut zuzusprechen. Eine typische Reaktion bei Scham wiederum ist es, die reale oder gedankliche Auseinandersetzung mit dieser speziellen Situation zu vermeiden oder zu unterdrücken, da diese mit unangenehmen Gefühlen verbunden ist.

Diese Fälle aus dem alltäglichen Leben zeigen, dass Individuen Einfluss auf ihre Emotionen nehmen. Sie versuchen diese, mit dem bewussten oder unbewussten Ziel, ihr Wohlbefinden wiederherzustellen oder zu steigern, zu regulieren (Gross, 1998b). In der Regel wird dahingehend reguliert, belastende Emotionen zu verringern bzw. zu eliminieren und angenehme Emotionen zu intensivieren oder zeitlich auszudehnen (Gross, Richards & John, 2006). Dieser emotionsregulative Prozess ist für die meisten Menschen intuitiv und läuft beinahe automatisch ab. Es gibt allerdings Menschen, denen dieser Prozess Probleme bereitet. Der Regulationsprozess verursacht dann Emotionen und Verhaltensweisen, die hinsichtlich ihrer Qualität und Intensität Leidensdruck erzeugen und es der jeweiligen Person erschweren, sich bedürfnisorientiert zu verhalten (Eismann & Lammers, 2017).

Es gibt unzählige Beispiele für Situationen, in denen der Regulationsprozess nicht zu Gunsten persönlicher Bedürfnisse gelingt. Psychische Erkrankungen wie Depressionen sind deutliche Beispiele dafür, dass die adaptive Regulation von Emotionen problematisch sein kann. Trotz anhaltender belastender Emotionen wie Traurigkeit und Niedergeschlagenheit sind Menschen, die unter Depressionen leiden, weniger erfolgreich darin, diese belastenden Gefühle zu beeinflussen

und zu regulieren. Sie haben Schwierigkeiten intensive und belastende Gefühlszustände auszuhalten bzw. zu verändern und verbleiben deutlich länger in diesen negativen emotionalen Zuständen (Radkovsky, 2017).

Um das Störungsbild der Depression im Sinne eines Emotionsregulationsdefizits zu untersuchen, werden im Folgenden die Konstrukte *Emotionen* und *Emotionsregulation* definiert und ausführlich beschrieben. Zudem wird auf die Problematik bei der Definition des Emotionsbegriffs eingegangen. Theoretische Modelle der Emotionsregulation sowie verschiedene Emotionsregulationsstrategien, die für diese Arbeit besonders relevant sind, werden beschrieben. Des Weiteren werden die Begriffe *adaptiv* und *maladaptiv* eingeführt und als Klassifikationskriterium kritisch beleuchtet. Außerdem werden die Möglichkeiten und Grenzen von Selbst- und Fremdbeurteilungen bei der Messung emotionsregulativer Kompetenzen dargestellt. Abschließend erfolgt eine Analyse des derzeitigen Forschungsstandes zum Zusammenhang von Emotionsregulation und depressiven Störungen über die gesamte Lebensspanne. Dabei wird der Fokus auf das Kindes- und Jugendalter sowie auf das junge und mittlere Erwachsenenalter gelegt. Des Weiteren wird der derzeitige Forschungsstand zum Zusammenhang von Emotionsregulation und der Depression im höheren Erwachsenenalter dargestellt. Aus dieser Analyse werden abschließend die Fragestellungen abgeleitet und die Hypothesen dieser Arbeit gebildet.

3.3.1 Emotionen

Wenn von *Emotionen* oder *Gefühlen* die Rede ist, bestehen im Allgemeinen bestimmte Vorstellungen oder Ideen von diesem Konstrukt. Allerdings bereitet die konkrete Definition im alltäglichen und besonders im wissenschaftlichen Sprachgebrauch Probleme (Brandstätter, Schüler, Puca & Lozo, 2013). Selbst die Entscheidung, was zum Konstrukt der Emotion gehört, ist bis heute nicht gänzlich geklärt. So bezeichnen wir z. B. Angst, Ärger, Wut oder Freude relativ klar als Emotionen, aber wie ist es mit Neugier oder Langeweile? Bei der theoretischen Auseinandersetzung mit diesem Phänomen scheinen eine genaue Definition und Klassifikation oder zumindest eine Eingrenzung sinnvoll.

Der Begriff der Emotion entwickelte sich aus dem lateinischen Wort *emovere* und kann mit unterbrechen, herausbewegen oder wegbewegen übersetzt werden. Häufig synonym werden die Begriffe Gefühl, Affekt und Stimmung verwendet, die bei näherer Betrachtung allerdings deutliche Unterschiede aufweisen.

Das *Gefühl* stellt nur einen Teil der Emotion dar. Hier geht es um das Fühlen, die Wahrnehmung einer spezifischen Emotion oder um „ein individuelles Empfinden bzw. um die private, mentale Erfahrung einer Emotion“ (Lammers, 2007, S. 30). Es handelt sich um eine subjektive Erlebensebene, die abhängig von der Person ist und sehr individuell wahrgenommen wird. Das Gefühl ist somit lediglich eine von mehreren Komponenten der Emotion (Merten, 2003). Oder um es in den Worten des Neurowissenschaftlers Antonio R. Damasio (2016) zu sagen: „Die Emotionen treten auf der Bühne des Körpers auf, die Gefühle auf der Bühne des Geistes. [...] Emotionen sind sichtbar für Außenstehende; Gefühle bleiben verborgen, sie sind Vorstellungen im Gehirn“ (S. 103).

Der Begriff des *Affekts* wird im deutschen häufig im psychiatrischen oder psychotherapeutischen Kontext verwendet. Darunter werden kurze und intensive Emotionszustände zusammengefasst, die eine starke Verhaltenstendenz aufweisen bzw. zum Verlust der Handlungskontrolle führen (Sokolowski, 2008). Im Englischen werden die Begriffe *affect* und *emotion* häufig synonym verwendet.

Stimmungen unterscheiden sich bezüglich Intensität und Dauer von Emotionen. Sie sind zeitlich ausgedehnter, dafür allerdings weniger intensiv (Brandstätter et al., 2013). Deshalb werden sie teilweise auch als verringerte, sogenannte low-level-Emotionen bezeichnet (Isen, 1984). Im Vergleich zu Stimmungen sind Emotionen objektgerichtet, d. h. sie sind auf ein bestimmtes Objekt oder Ereignis bezogen. Stimmungen sind im Gegensatz dazu situationsunabhängig und sind keine direkte Reaktion auf unmittelbare Reize bzw. lösen keine eindeutige Handlungskonsequenz aus. Stimmungen werden genau wie Emotionen als angenehm oder unangenehm erlebt (Brandstätter et al., 2013).

3.3.1.1 (Arbeits-) Definition von Emotionen

Es existiert eine Vielzahl an Definitionen zum Begriff der Emotion, die sich je nach wissenschaftlicher Tradition und Orientierung unterscheiden und sich dennoch an mehreren Stellen überschneiden (Scherer, 1990).

Nach Gross (1999) entsteht eine Emotion aus der Bewertung eines internen oder externen Reizes. Dieser Bewertungsprozess aktiviert ein koordiniertes Netzwerk von Verhaltens-, Erlebens- und physiologischen Reaktionstendenzen, das die adaptive Bewältigung einer bestimmten Situation ermöglichen soll. Auch andere Autor:innen beschreiben verschiedene Ebenen, auf denen Emotionen wahrgenommen bzw. die von ihnen beeinflusst werden (Izard, 1991; Izard & Kobak, 1991; Lang, 1995). Emotionen umfassen dabei neuronale, expressive und kognitive Prozesse, die eine subjektive Interpretation, Körpersymptome und einen Handlungsimpuls beinhalten. Frijda (1986) definiert Emotionen als ein für die Person informatives Bedeutungssystem, das Rückmeldungen über aktuelle

körperliche oder geistige Zustände und Prozesse gibt. Vice versa ausgedrückt bedeutet dies: Die Bewertung oder Einschätzung einer bestimmten Situation oder eines Ereignisses führt zur Entstehung einer spezifischen Emotion. Die Emotion informiert die Person über die Relevanz und Bedeutung einer Situation oder eines Ereignisses und ermöglicht die Ausrichtung der persönlichen Bedürfnisse.

Angesichts der Notwendigkeit einer Eingrenzung des Konstruktes, die für die wissenschaftliche Auseinandersetzung notwendig ist, scheint es naheliegend zu sein, eine der vielen Definitionen auszuwählen und zu verwenden. Frijda (1986) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit einem Konstrukt dieses zwar von anderen abgrenzbar sein sollte, aber eine exakte Definition des Begriffs nicht unbedingt erforderlich ist. Eine solche Definition ist zu Beginn einer Untersuchung auch schwer möglich, da die Abgrenzung von anderen mehr oder weniger verwandten Phänomenen wie Stimmungen, Bedürfnissen, Gedanken oder körperlichen Empfindungen problematisch ist und sich im Untersuchungsverlauf ergibt. Die Frage, was Emotionen sind und wie sie exakt definiert werden, stellt keine Voraussetzung für den wissenschaftlichen Prozess dar, sondern ist in aller Regel das Ergebnis (Frijda, 1986).

Eine exakte Definition ist (noch) nicht möglich und auch nicht notwendig. Allerdings wird eine Eingrenzung benötigt, die die Charakteristika des zu untersuchenden Konstrukts beschreibt. Eine solche Charakterisierung kann als Arbeitsdefinition bezeichnet werden (Frijda, 1986). Eine Arbeitsdefinition sollte den größtmöglichen Konsens zwischen den verschiedenen Definitionen darstellen. Nach aktueller wissenschaftlicher Beurteilung sollte eine Arbeitsdefinition des Emotionsbegriffs die folgenden Merkmale enthalten: (1) es werden aktuelle Zustände beschrieben, (2) Qualität und Intensität werden unterschieden, (3) Objektgerichtetheit liegt vor, (4) ein charakteristisches Erleben von einem genannten Zustand kann beschrieben werden, (5) es treten physiologische Veränderungen auf, (6) bestimmte Verhaltensweisen werden initiiert bzw. die Wahrscheinlichkeit, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, steigt (Brandstätter et al., 2013).

Eine Arbeitsdefinition, die diese Merkmale beinhaltet, ist die Definition von Kleinginna und Kleinginna (1981). Sie listeten 92 wissenschaftliche Definitionen in elf Kategorien auf und kondensierten daraus eine Arbeitsdefinition:

Emotion is a complex set of interactions among subjective and objective factors, mediated by neural-hormonal systems, which can (a) give rise to affective experiences such as feelings of arousal, pleasure/displeasure; (b) generate cognitive processes such as emotionally relevant perceptual effects, appraisals, labeling processes; (c)

activate widespread physiological adjustments to the arousing conditions; and (d) lead to behavior that is often, but not always, expressive, goal-directed, and adaptive. (S. 355)

Nach dieser Definition haben Emotionen eine subjektive und eine objektive Komponente, die neuronal und hormonell vermittelt wird. Zu den beschriebenen Komponenten in dieser Definition gehören auch Gefühle, die auf zwei Achsen eingeordnet werden. Die Achsen haben die Pole Erregung und Beruhigung sowie Lust und Unlust. Zudem gehören eine kognitive Komponente wie die individuelle Bewertung und eine physiologische Komponente wie die Veränderung der Herzrate, Erhöhung der Hautleitfähigkeit oder Veränderungen des autonomen Nervensystems dazu. Diese physiologischen Veränderungen sorgen für eine Anpassung an die aktuelle Situation. Eine Erhöhung der Herzrate bei Angst bereitet beispielsweise auf eine mögliche Flucht vor und sorgt dafür, dass dem Körper genügend Ressourcen wie z. B. Sauerstoff zur Verfügung stehen. Das Verhalten, das aus der Emotion resultiert, sollte dann zielgerichtet und adaptiv sein, d. h., eine angemessene Anpassung ermöglichen. Eine Emotion stellt somit eine unmittelbare und zeitlich begrenzte gefühlsmäßige, physiologische, behaviorale und kognitive Reaktion auf ein für die jeweilige Person relevantes Ereignis dar (Kleinginna & Kleinginna, 1981).

Obwohl es Schwierigkeiten bei der Einigung hinsichtlich des Untersuchungsgegenstandes gab, und van Brackel (1994) später weitere 22 Definitionen auflistete, stellt die Definition von Kleinginna und Kleinginna (1981) einen guten Kompromiss dar, der in dieser Dissertation, als Arbeitsdefinition verwendet wird.

3.3.1.2 Komponenten von Emotionen

Es gibt einen weitgehenden Konsens darüber, dass Emotionen aus mehreren Komponenten bestehen. Diese werden im Folgenden näher beschrieben. Je nach Modell oder Definitionsversuch werden die physiologische, die Erlebens-, die kognitive und die Verhaltenskomponente unterschieden und entsprechend unterschiedlich gewichtet (Brandstätter et al., 2013; Frenzel, Götz & Pekrun, 2009; Scherer, 1984).

Physiologische Komponente: Diese Komponente bezeichnet peripher-physiologische Veränderungen, die in den meisten Fällen vom autonomen Nervensystem ausgelöst werden (Parkinson, 2006). Dazu gehören beispielsweise das Erröten des Gesichts beim Gefühl von Scham, das Schwitzen oder die Veränderung der Herzrate oder der Atemfrequenz bei Angst oder Wut. In einigen früheren Theorien stellte sie die zentrale Komponente einer Emotion dar (James,

1884; Lange, 1887; Schachter & Singer, 1962). Besonders in den letzten Jahren gerieten spezifische Zustände des Nervensystems wieder in den Fokus der emotionspsychologischen Forschung. Durch bildgebende Untersuchungsverfahren wie die Magnetresonanztomografie (MRT) oder die Positronen-Emissions-Tomografie (PET) haben die neuropsychologischen Wissenschaften eine Reihe homogener, aber auch z. T. sehr heterogener Theorien zur Emotionsentstehung produziert. Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass in den Arealen im Gehirn, in denen Aktivität bei kognitiven Prozessen beobachtet werden konnte, auch Aktivität bei emotionalen Prozessen nachweisbar war (Davidson & Irwin, 1999). Das könnte ein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Kognition und Emotion sein und die kognitiven Emotionstheorien stärken.

Des Weiteren gab es Erkenntnisse zur Bedeutung des limbischen Systems (Davis & Whalen, 2001; LeDoux, 2004; Phelps, 2004). Dem limbischen System werden die Amygdala, der Hippocampus und der Gyrus cinguli zugeordnet. Besonders die Amygdala scheint eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Emotionen zu spielen. Hier kommt es zur Verknüpfung von Gedächtnisinhalten und emotionalem Erleben. Zudem scheint sie eine Rolle beim Erkennen von mimischen Emotionsausdrücken zu spielen und steht somit im Zusammenhang mit der Ausprägung empathischer Fähigkeiten (Derntl, 2012; Häusser, 2012).

Bezugnehmend auf das höhere Erwachsenenalter konnte gezeigt werden, dass Menschen im höheren Lebensalter beim Erinnern an vergangene emotionale Erfahrungen im Vergleich zu jüngeren Personen eine verringerte Aktivität des autonomen Nervensystems aufwiesen (Lawton, 2001; Levenson, Carstensen, Friesen & Ekman, 1991). Das autonome Nervensystem ist der Teil des Nervensystems, der weitgehend der willkürlichen Kontrolle entzogen ist. Es kontrolliert lebenswichtige Funktionen wie Atmung, Verdauung oder Teile der Augenmuskeln. Dieser Befund könnte zum einen bedeuten, dass die verringerte Aktivität zu einer verminderten Wahrnehmung der Emotion führt und Menschen im höheren Lebensalter weniger Energie für die Regulation von Emotionen aufwenden, weshalb sie möglicherweise erfolgreicher und flexibler im Umgang mit Emotionen sind. Zum anderen kann er bedeuten, dass sich aufgrund der höheren Lebenserfahrung im Alter emotionale Kompetenzen dahingehend verbessern, dass besonders starke Emotionen mit einer geringeren physiologischen Reaktion einhergehen (Krug & Mitmansgruber, 2008).

Erlebenskomponente: Diese Komponente wird vielfach auch als *subjektive Komponente* oder als *Gefühl* bezeichnet. Das Erleben von Emotionen hat für die meisten Menschen etwas mit Fühlen zu tun, deshalb wird das Gefühl als die unmittelbare Erfahrung beim Erleben einer Emotion angesehen. Das Fühlen oder

Erleben einer Emotion unterscheidet sich somit charakteristisch von anderen Zuständen wie Vorstellungen oder Gedanken und ist sehr individuell (Brandstätter et al., 2013). So kann der bloße Anblick eines großen Hundes bei manchen Menschen das Gefühl von Freude, bei anderen Menschen wiederum Angst oder Furcht auslösen.

Eine der bekanntesten psychologischen Theorien, in der die subjektive Erlebenskomponente im Vordergrund steht, ist die *James-Lange-Theorie*. Diese Theorie wurde beinahe zeitgleich von dem amerikanischen Psychologen William James (1884) und dem Dänen Carl Lange (1885, deutsche Übersetzung 1887) entwickelt. Nach dieser Theorie sind körperliche Vorgänge nicht die Folge einer Emotion, sondern ihre Ursache. Das Gefühl von Angst entsteht, weil wir fliehen oder uns verteidigen, wir fühlen uns niedergeschlagen oder bedrückt, weil wir weinen. Das emotionale Erleben basiert somit auf physiologischen Veränderungen, die dafür zwingend notwendig sind (Mitmansgruber, 2003).

Walter Cannon (1927), ein ehemaliger Student von William James, kritisierte die Theorie später dahingehend, dass viszerale Reaktionen zu langsam seien, um vor einem emotionalen Erleben aufzutreten. Die Eingeweide reagieren verhältnismäßig langsam und brauchen zu viel Zeit, um relevante Informationen an das ausführende Nervensystem zu transportieren. Kritik kam auch von anderen Wissenschaftler:innen, die anmerkten, dass zwischen einem emotionsauslösenden Reiz und den daraus resultierenden Veränderungen eine weitere Komponente, wie beispielsweise ein individueller Bewertungsprozess, liegen müsse (Worcester, 1893). Die Idee einer kognitiven Komponente trat in den Vordergrund und war Wegbereiter kognitiver Bewertungstheorien (Brandstätter et al., 2013).

Kognitive Komponente: Bei den kognitionstheoretischen Ansätzen steht die individuelle Bewertung (*appraisal*) eines bestimmten Ereignisses im Vordergrund (Scherer, Schorr & Johnstone, 2001). Die Kognitionstheorien sind derzeit die am weitesten verbreiteten Erklärungsmodelle für die Entstehung von Emotionen. Dennoch führen nicht alle auch eine kognitive Komponente auf. Die Begründung vieler Autor:innen: Sobald Bewertungen als Entstehungsgrund für Emotionen fungieren, sei es problematisch, diese als gesonderte Komponente einer Emotion zu betrachten (Brandstätter et al., 2013).

Die Idee, dass Einschätzungen oder Bewertungen an der Entstehung von Emotionen maßgeblich beteiligt sind, findet sich allerdings bereits in Werken aus der Antike (Brandstätter, 2013). So soll der griechische Stoiker und Philosoph Epiktet (um 50–138 n. Chr.) in seinem *Handbüchlein der Moral* gesagt haben, dass es nicht die Dinge selbst sind, die uns beunruhigen, sondern die Vorstellungen und Meinungen von diesen Dingen (Schmidt & Metzler, 1984).

In den 1960er Jahren forschte Richard Lazarus (1966), einer der bekanntesten Vertreter der *Appraisal-Theorie*, zur Entstehung und Bewältigung von Stress. Im Rahmen dieser Forschung betrachtete er das emotionale Geschehen als einen fortlaufenden Prozess. Nach der Wahrnehmung eines Stimulus vermutete er eine darauffolgende kognitive Bewertung, die ursächlich für die emotionale Reaktion ist (Scherer, 1987). Wie stressreich eine Person ein bestimmtes Ereignis erlebt, ist abhängig von der Bewertung dieses Ereignisses. Stimuli, auf die eine Bewertung erfolgt, sind extern wie bestimmte Situationen, Ereignisse oder Verhaltensweisen oder intern wie Vorstellungen, Überzeugungen oder Erinnerungen (Gross & Thompson, 2007). Bei der Bewertung und somit beim eigentlichen Entstehungsprozess einer Emotion werden drei Einschätzungsdimensionen unterschieden: Zunächst wird das Ereignis bezüglich seiner Valenz beurteilt (primäre Einschätzung). Es wird überprüft, ob das Ereignis relevante Ziele einer Person beeinträchtigt und ob das Ereignis eine positive oder negative Bedeutung für das Wohlbefinden hat. Im nächsten Schritt erfolgt eine Einschätzung hinsichtlich der individuellen Bewältigungs- oder Copingstrategien (sekundäre Einschätzung). Es wird überprüft, ob die Anforderungen der jeweiligen Situation mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen sind. Im letzten Schritt erfolgt ggf. eine Neubewertung des Ereignisses (*reappraisal*). Dies geschieht auf Grundlage der neuen Informationen, die nach den ersten beiden Schritten zur Verfügung stehen (Lazarus & Folkman, 1984). LeDoux (2004) geht davon aus, dass der Bewertungsprozess nicht unbedingt bewusst ablaufen muss, sondern dass ebenfalls implizite Bewertungen zu einer unmittelbaren Handlungs- oder Verhaltenstendenz führen.

Verhaltenskomponente: Einige Autor:innen zählen zu der Verhaltenskomponente ein Repertoire an beobachtbaren instrumentellen Handlungen, die dem Erreichen eines bestimmten Ziels dienen (Frijda, 1986; Izard, 1993). Emotionen sind demnach für die Initiierung bestimmter Verhaltensweisen verantwortlich und werden in dieser Definition auch als motivationales System betrachtet. So kann beispielsweise die Emotion Angst mit Flucht- oder Angriffsverhalten einhergehen und zu Handlungen motivieren, deren Ziel es ist, möglichst große Distanz zum angstauslösenden Reiz zu schaffen (Frijda, 1986).

Im engeren Sinne definiert, beinhaltet die Verhaltenskomponente den motorischen und auditiven Ausdruck von Emotionen. Daher wird diese Komponente auch expressive oder Ausdruckskomponente genannt. Im Rahmen dieser Definition beinhaltet die Verhaltenskomponente die Mimik, Gestik, Körperhaltung, Körperorientierung (Orientierung des Körpers bzgl. der Interaktionspartner:innen)

sowie auditive Merkmale wie Lautstärke, Sprechtempo, -pausen und Sprachmelodie (Scherer, 1982). Der mimische Ausdruck hat von vergangenen Emotionstheoretiker:innen die größte Aufmerksamkeit erhalten. Bereits Darwin (1872) beschrieb die Mimik im Rahmen seiner evolutionsbiologischen Theorien als die relevante Komponente, die einen Anpassungsvorteil bei natürlichen Selektionsprozessen ermöglicht. Er ging davon aus, dass der mimische Ausdruck bei der Lösung von Problemen des Überlebens und der Reproduktion hilft. Der Ausdruck von Angst beispielsweise warnt Artgenoss:innen vor einer drohenden Gefahr und kann ggf. eine Flucht initiieren. Darwins Idee von der Relevanz des mimischen Ausdrucks wurde von Paul Ekman weiterentwickelt, der ebenfalls davon ausgeht, dass von einer Emotion nur dann gesprochen werden kann, wenn ein distinkter Gesichtsausdruck damit verbunden ist (Ekman & Friesen, 1971). Laut Ekman (1993) existiert eine begrenzte Anzahl von *Basisemotionen*, oft auch Primäremotionen genannt. Dazu zählen Freude, Trauer, Ärger, Angst, Überraschung und Ekel. Diese Basisemotionen lassen sich anhand des distinkten mimischen Ausdrucks identifizieren und werden universell über alle Kulturen hinweg und ab dem Säuglingsalter gezeigt. Diese Annahme wird auch als *Universalitätshypothese* bezeichnet (Ekman, 1994). Im Folgenden werden die typischen mimischen Merkmale am Beispiel der Emotion Trauer beschrieben. Dabei ist die mimische Expression von Trauer sehr vielfältig. Eine abgeschwächte Form von Trauer zeigt sich im Gesicht bereits anhand von hängenden Augenlidern und am Heben des inneren Teils der Augenbrauen. Hinzukommen kann ein unfokussierter und unscharfer Blick, der einen Objektverlust ausdrückt. Zu einer Intensivierung des Ausdrucks kommt es durch die herabhängenden Mundwinkel sowie dem leicht gehobenen Kinnbuckel, durch den das Kinn etwas faltig wirkt. Die Augenbrauen ziehen sich auf der Innenseite zusammen und nach oben. Ein weiteres Merkmal von besonders intensiver Traurigkeit zeigt sich auf der Stirn. Hier bilden sich Mimikfalten, allerdings nicht über die gesamte Fläche, sondern nur mittig. Beim gleichzeitigen Erleben von Trauer und Verzweiflung wird häufig die Nasolabialfalte schräg zur Seite gezogen. Bei der Nasolabialfalte oder Nasenlippenfurche (früher „Kummerfalte“) handelt es sich um die Weichteilvertiefung, die beidseits vom oberen Ende der Nasenflügel neben die Mundwinkel zieht. Tränen können, müssen aber nicht zwangsläufig ein Zeichen von Traurigkeit sein (Merten, 2016).

Der mimische Ausdruck einer Emotion kann allerdings gehemmt bzw. manipuliert werden. Häufig wird der Gesichtsausdruck aus Gründen der sozialen Erwünschtheit kontrolliert. Die Regeln, wann und wie kontrolliert wird, werden individuell erlernt oder ergeben sich anhand kulturspezifischer Normen (Ekman,

2004). Trotz dieses Einwands geht Ekman (1999) davon aus, dass alle Emotionen ein distinktes mimisches Signal aufweisen, dieses jedoch nicht immer und unmittelbar feststellbar sei.

Carstensen, Gottman und Levenson (1995) baten jüngere und ältere Ehepartner:innen über einen früheren Beziehungskonflikt zu sprechen. In ihrem mimischen Ausdruck zeigten ältere Teilnehmende im Vergleich zu jüngeren Befragten in Konfliktsituationen mit ihren Partner:innen weniger Ärger, Kampflust oder Ablehnung. Auch nach Kontrolle der Intensität des diskutierten Beziehungskonfliktes zeigte sich, dass ältere Teilnehmende mehr Zuwendung zu ihren Partner:innen empfanden und seltener in ihrem emotionalen Ausdruck negative Emotionen zeigten. Die Autor:innen erklärten dieses Ergebnis mit einer generell höheren Verträglichkeit älterer Menschen und dem Wunsch, gute und enge Beziehungen aufrechtzuerhalten. Der verringerte mimische Ausdruck negativer Emotionen sorgt für die Aufrechterhaltung relevanter Beziehungen zu nahestehenden Bezugspersonen oder Familienangehörigen, die als besonders angenehm und emotional bedeutsam erlebt werden. Damit steht dieser Befund im Einklang mit der Theorie der sozioemotionalen Selektivität, die in Abschnitt 3.1.3 erläutert wurden.

3.3.2 Emotionsregulation

Emotionsregulation beschreibt alle Prozesse, bei denen Individuen aktiv Einfluss auf die Entstehung und Bewertung sowie auf den Verlauf und den Ausdruck von Emotionen nehmen (Garber & Dodge, 2004; Gross, 1998b, 1999). Es wird der aktive Charakter der Einflussnahme betont, mit dem das Individuum emotionales Erleben aktiv erzeugt, bewahrt oder verändert, um damit eine Anpassung an die jeweiligen Lebensbedingungen zu erreichen (Zimmermann, 1999). Emotionsregulation umfasst somit die Auslösung neuer und die Veränderung bereits bestehender Emotionen (Eisenberg & Spinrad, 2004). Anders ausgedrückt: Individuen nehmen Einfluss darauf, welche Emotionen erlebt und wann sie ausgedrückt werden, aber auch in welcher Intensität sie erlebt werden (Gross, 1999). Dabei werden alle Ebenen des emotionalen Erlebens angesprochen: die kognitive, die motivationale, die behaviorale und die physiologische Ebene (Scherer, 1990). Dementsprechend ist Emotionsregulation ein komplexer Prozess, bei dem es zu Initiierung, Aufrechterhaltung und Veränderung von subjektiv wahrgenommenen Gefühlszuständen, physiologischen Prozessen, emotionsspezifischen Kognitionen und emotionsbezogenen Verhaltensweisen kommt. Um individuelle Ziele

zu verfolgen, wird demnach aktiv Einfluss auf die Dauer sowie die Intensität emotionaler Zustände genommen (Thompson, 1994).

Bei der Analyse früherer Definitionen des Konzepts der Emotionsregulation wird deutlich, dass dieses Konzept Ende der 1980er Jahre eher als etwas Statisches betrachtet wurde. Emotionsregulation fand in diesen Definitionen als etwas vom Kontext Unabhängiges statt (Catanzaro & Mearns, 1990). Im weiteren Verlauf veränderte sich dieses Bild zu Gunsten der Kontextabhängigkeit. Emotionsregulation wird in diesem Verständnis als flexibel verstanden und als gelungen bezeichnet, wenn eine Anpassung an den jeweiligen Kontext erfolgt (Gross, 1998a, 1999; Thompson, 1994).

Der Konsens heutiger Definitionen liegt darin, dass bei einer adaptiven und gelungenen Emotionsregulation Strategien eingesetzt werden, die für die Befriedigung situationsangemessener Bedürfnisse sorgen (Horowitz & Znoj, 1999; Linehan, 1996; Weber, Geisler, Kubiak & Siewert, 2008). Dieser Prozess ist besonders im Hinblick auf die Auswahl der eingesetzten Strategien flexibel. Strategien wie Vermeidung oder Unterdrückung, die vor einiger Zeit noch als negativ klassifiziert wurden, sind bei situationsadäquatem Einsatz durchaus adaptiv (siehe Abschnitt 3.3.2.3).

Emotionsregulation wird zudem in einigen aktuellen Definitionen als etwas Reflexives beschrieben. Holodynski (2006) beispielsweise beschreibt zwei Phasen, die den Prozess der Emotionsregulation ausmachen: Reflektion und konkretes Handeln. Eine Emotion wird auf verschiedenen Ebenen erlebt. Daraus ergibt sich zunächst eine Phase, in der dieses Erleben reflektiert bzw. analysiert wird. Aus dieser Reflektion entstehen Impulse zur Verhaltensplanung und -steuerung, die die Phase des konkreten Handelns einleiten.

Das Konzept der Emotionsregulation hat sich im Verlauf der letzten Jahre stark gewandelt. Wo vormalig die Kontrolle psychopathologisch impulsiven Verhaltens im Vordergrund stand (Catanzaro & Mearns, 1990; Gross, 1998b, 1999), wird heute der Fokus deutlich erweitert. Mittlerweile schließt der Prozess der Emotionsregulation das aktive und bewusste Wahrnehmen und die Modulation von Emotionen ein, um sich im Einklang mit individuellen Bedürfnissen und Zielen zu verhalten und diese zu verfolgen. Dabei werden auch die Akzeptanz und Toleranz von unangenehmen Emotionen angestrebt, solange deren Erleben einem bestimmten Ziel dient. Psychisches Wohlbefinden stellt im Rahmen dieses Prozesses einen wichtigen Richtwert dar (Gratz & Roemer, 2004; Linehan, 1996).

Aufgrund der Fähigkeit unsere Gefühle gezielt zu beeinflussen, sind wir in der Lage, Handlungen zu planen und auszuführen, um persönlich relevante Ziele zu erreichen. Ist dieser Prozess gestört, kann sich das auf unser Wohlbefinden auswirken. Menschen mit Defiziten im Bereich des Emotionsbewusstseins, des Emotionsverständnisses, der Empathie und letztlich der eigentlichen Emotionsregulation sind signifikant häufiger von Angststörungen und Depressionen betroffen und weisen ein geringeres Wohlbefinden sowie häufiger körperliche Erkrankungen auf (Aldao, 2013; Aldao et al., 2010; Berking & Wuppermann, 2012; Henry & Crawford, 2005; Petermann, Petermann & Nitkowski, 2016). Aufgrund dieses Zusammenhangs, der sich auch bei anderen Störungsbildern zeigt, wurden emotionsregulatorische Prozesse besonders im Bereich der klinischen Psychologie in den letzten Jahren intensiv untersucht. Therapieverfahren, die emotionsübergreifende Regulationsfertigkeiten systematisch trainierten, stellten sich als effektiv heraus. Die Förderung der emotionalen Kompetenz wurde beispielsweise Bestandteil des Skill-Trainings der *Dialektisch-Behavioralen Therapie* (DBT) von Marsha Linehan (1993) oder der *Akzeptanz- und Commitment-Therapie* (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Die Verbesserung emotionaler Kompetenzen stellte sich als bedeutender therapeutischer Ansatzpunkt heraus. Auch in der Entwicklungspsychologie erfährt das Konzept der Emotionsregulation bereits seit vielen Jahren Beachtung (Gross, 1998b) sowie seit einiger Zeit auch in der Arbeits- und Organisationspsychologie und der Persönlichkeitspsychologie (Gross, 2015).

Trotz des regen Forschungsinteresses und einer Vielzahl an Publikationen fehlt derzeit noch eine einheitliche Definition und Operationalisierung des Konzeptes. Modelle und Interventionen weisen eine starke Heterogenität auf. Dadurch wird die Interpretation der aktuellen Befundlage erschwert (Berking, 2017; Gross, 2015; Heber, Lehr, Riper & Berking, 2014). Im folgenden Abschnitt werden zwei der bekanntesten Modelle der Emotionsregulation vorgestellt: Das (erweiterte) *Prozessmodell der Emotionsregulation* nach Gross (1998a, 2015) und das *Modell der adaptiven Emotionsregulation* nach Berking (2017).

3.3.2.1 Theoretische Modelle der Emotionsregulation

Laut Masters (1991) dient Emotionsregulation dem Ziel, positive wie auch negative Emotionen zu aktivieren oder zu unterdrücken. Dabei unterscheidet er drei unterschiedliche Formen der Regulation: Zum einen beschreibt er eine reaktive Form, bei der Emotionen, die nach einem bestimmten Ereignis auftreten, aktiv beeinflusst werden. Die zweite Form beschreibt Regulationsstrategien, die vor dem Eintreten eines bestimmten Ereignisses eingesetzt werden. Die dritte Form besteht aus kognitiven Regulationsstrategien, wie der kognitiven Neubewertung,

die ebenfalls eingesetzt werden, bevor ein bestimmtes Ereignis eintritt. Letzteres beschreibt er als eine eher passive Form, die er mit individuellen Persönlichkeitseigenschaften oder einem persönlichen Attributionsstil assoziiert. Neben der Idee, dass Emotionsregulation zu verschiedenen Zeitpunkten des emotionalen Prozesses möglich ist, beschreibt Masters (1991) das Vorhandensein von adaptiven und maladaptiven Emotionsregulationsstrategien. Allerdings liefert er nur wenige eindeutige Kriterien, an denen die Adaptivität einer Strategie beurteilt werden kann.

Das *Prozessmodell der Emotionsregulation* nach Gross (1998a) ist eines der bekanntesten Konzepte. Gross (1998a) klassifiziert wie Masters (1991) verschiedene Emotionsregulationsstrategien nach dem Zeitpunkt ihres Einsatzes. Es werden Strategien beschrieben, die eingesetzt werden, bevor die Emotion entsteht (antecedens-fokussierte Strategien) und Strategien, die auf eine Veränderung der Emotion abzielen, wenn diese bereits aktiviert wurde (response-fokussierte Strategien). Zu diesen Strategien gehören

1. Situationsauswahl,
2. Situationsveränderung,
3. Aufmerksamkeitslenkung,
4. Kognitive Neubewertung,
5. Reaktionsveränderung.

Die verschiedenen Strategien setzen an unterschiedlichen Abschnitten des Entstehungs- und Verarbeitungsprozesses der Emotion an. Zu den Strategien, die relativ früh in der Entstehung der Emotion ansetzen, gehören (1) Situationsauswahl, (2) Situationsveränderung, (3) Aufmerksamkeitslenkung und (4) Kognitive Neubewertung.

Bei der Situationsauswahl werden Personen, Gegenstände, Orte und Situationen, die eine unerwünschte Emotion verursachen, vermieden bzw. aktiv aufgesucht, um eine gewünschte Emotion auszulösen. Bei depressiven Patient:innen könnte beispielsweise ein maladaptiver Umgang im Hinblick auf die Situationsauswahl darin bestehen, dass sie Treffen mit Freund:innen oder Arzttermine vermeiden, was sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken kann.

Bei der Situationsveränderung soll aktiv Einfluss auf eine Emotion genommen werden. Eine emotionale Situation soll dahingehend verändert werden, dass die Emotion, die entstanden ist, entweder verringert oder verstärkt wird. Zum Beispiel werden durch die Einnahme von Medikamenten Ängste, die in einer bestimmten Situation aufkommen, verringert.

Bei der Aufmerksamkeitslenkung, werden bestimmte emotionsauslösende Aspekte einer Situation entweder fokussiert oder bewusst ausgeklammert. Depressive Patient:innen leiden häufig unter Grübeln, welches belastende Emotionen wie Angst oder Hoffnungslosigkeit auslösen kann (Nolen-Hoeksema, 2000). Eine Fokussierung auf den Inhalt dieser Gedanken und damit eingehenderes Katastrophisieren wirkt sich negativ auf die Stimmung und den Krankheitsverlauf aus. Ein wirksames Mittel im Umgang mit Grübelgedanken sind Achtsamkeits- oder Atemübungen. Der Fokus der Aufmerksamkeit wird dabei auf emotional weniger bedeutsame Aspekte wie z. B. die Atmung gelegt, was zur einer Unterbrechung der Grübelgedanken führt (Deyo, Wilson, Ong & Koopman, 2009). Zudem werden das Kontrollerleben und die Selbstwirksamkeit der Patient:innen gefördert, da sie die Erfahrung machen, dass Emotionen beeinflussbar sind.

Eine weitere antezedens-fokussierte Strategie ist die kognitive Neubewertung. Bei der Neu- oder Umbewertung wird einer emotionsauslösenden Situation eine neue Bedeutung verliehen, um damit Einfluss auf die entstehenden Emotionen zu nehmen. Ein Beispiel wäre die Angst vor einem bevorstehenden Klinikaufenthalt. Die Angst würde sich dadurch verringern, indem die Patient:innen den Klinikaufenthalt weniger als Bedrohung, sondern mehr als Möglichkeit verstehen, Unterstützung im Umgang mit ihrer Erkrankung zu erhalten (Hofmann, Hering, Sawyer & Asnaani, 2009). In Abschnitt 3.3.2.2 erfolgt eine ausführliche Beschreibung der kognitiven Neubewertung.

Die Strategie, die eine Veränderung der bereits aktivierten Emotion bewirken soll, ist (5) Reaktionsveränderung. Ziel dieser Strategie ist es, die Emotion auf kognitiver, physiologischer oder auf Verhaltensebene zu beeinflussen. Ängste, die mit physiologischer Erregung einhergehen, werden beispielsweise durch den Konsum von Alkohol beeinflusst. Eine adaptive Variante, die physiologische Erregung zu verringern, sind Entspannungstechniken. Zur Reaktionsveränderung gehört auch die aktive Unterdrückung des emotionalen Ausdrucksverhaltens oder eines belastenden Gedankens (Suppression). Dabei kann es sich zum einen um Bemühungen handeln, den mimischen Ausdruck einer Emotion zu verbergen, eine gute Miene zum bösen Spiel zu machen, oder zum anderen darum, die Gedanken an ein emotionsauslösendes Ereignis zu unterdrücken (Gedankenunterdrückung). Der Schmerz beim Gedanken an eine verstorbene Person kann beispielsweise dadurch vermieden werden, dass systematisch alle Erinnerungen an diese gehemmt werden.

Die antezedens-fokussierten Strategien werden als effektive Strategien konzeptualisiert, während die response-fokussierte Strategie als weniger effektiv beschrieben wird. In einer Studie von Gross (1998a) konnte gezeigt werden, dass kognitive Neubewertung der Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks

(Suppression) überlegen war. Den Studienteilnehmenden wurde dafür ein Film über eine Armamputation gezeigt, der bei den meisten Menschen Ekel auslöst. Eine Gruppe wurde beim Betrachten des Filmes instruiert, die Strategie der kognitiven Neubewertung anzuwenden. Sie sollten den Film als Lehrmaterial für Medizinstudierende ansehen. Die andere Gruppe sollte die Strategie der Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks (Suppression) anwenden und während des Film bewusst keine emotionale Erregung zeigen. Eine Kontrollgruppe betrachtete den Film ohne weitere Instruktionen. Hinsichtlich des mimischen Ausdrucks war die Strategie der Suppression am erfolgreichsten. Zeichen des Ekels im mimischen Ausdruck waren zwar reduziert, allerdings zeigte diese Gruppe im Vergleich zur Gruppe, die die Strategie der kognitiven Neubewertung anwenden sollte, eine höhere physiologische Reaktion und die Studienteilnehmenden berichteten von einem höheren subjektiven Ekelgefühl. Die Strategie der kognitiven Neubewertung war der Suppression überlegen und stellte sich als effizientere Strategie im Umgang mit belastenden Emotionen dar. In weiteren Studien, in denen die Emotionen Trauer und Freude untersucht wurden, zeigten sich ähnliche Ergebnisse (Gross & Levenson, 1997). Diese Befunde wurden von den Autoren dadurch erklärt, dass Menschen zur Regulation von Emotionen kognitive Ressourcen aufwenden. Der Zeitpunkt des Einsatzes der jeweiligen Strategie entscheidet darüber, in welchem Ausmaß der Einsatz der kognitiven Ressourcen erforderlich ist. Wird die Emotion bereits vor dem Auftreten reguliert, z. B. durch die Auswahl einer günstigeren oder angenehmeren Situation oder durch kognitive Neubewertung der Situation, sollte die Beanspruchung geringer sein. Die Regulation einer bereits aktivierten Emotion sollte demnach mit einem höheren kognitiven Aufwand einhergehen. Wird beispielsweise eine anstehende Prüfung als Herausforderung gewertet (kognitive Neubewertung), wird ein Prüfling weniger Aufwand bei der Regulation von Angst haben, als wenn er während der Prüfung versucht, die Symptome der Angst lediglich zu verstecken (Suppression).

Eine hohe kognitive Beanspruchung bedeutet in der Regel auch eine erhöhte Aktivität des vegetativen Nervensystems. Auf körperlicher Ebene wird dies durch einen erhöhten Herzschlag, Schwitzen oder durch eine gesteigerte Atemfrequenz wahrgenommen. Der Körper befindet sich in einem Aktivitätsmodus (Gross, 2001; Gross & Levenson, 1997). Weitere Studien konnten dieses Ergebnis replizieren, was als Beleg für die Annahmen gewertet wurde (Aldao et al., 2010; Koole, 2009; Sheppes & Meiran, 2008).

Die kognitive Neubewertung wurde in diesen Studien stellvertretend für die antezedens-fokussierten Strategien und die Suppression stellvertretend für

die response-fokussierte Strategie angesehen. Von einer allgemeinen Überlegenheit der antezedens-fokussierten Strategien gegenüber den response-fokussierten Strategien aufgrund der Überlegenheit von kognitiver Neubewertung gegenüber Suppression zu sprechen, scheint allerdings problematisch zu sein. Im Rahmen eines adaptiven und kontextspezifischen Einsatzes der verschiedenen Emotionsregulationsstrategien sollte keine Strategie gegenüber der anderen per se überlegen sein. Vielmehr sollte eine adaptive Emotionsregulation abhängig von der Häufigkeit und der Dauer des Einsatzes der verschiedenen Strategien sein sowie vom Kontext, in denen sie eingesetzt werden (Heber et al., 2014). Des Weiteren konnte eine Metaanalyse von Webb, Miles und Sheeran (2012) zeigen, dass die unterschiedlichen Strategien den emotionalen Prozess auf verschiedene Ebenen beeinflussen. Bei der Aufmerksamkeitslenkung zeigten sich moderate Effekte auf allen Ebenen des emotionalen Prozesses. Bei der Suppression zeigten sich große Effekte lediglich auf die Verhaltenskomponente, während Neubewertung einen Einfluss auf die behaviorale und subjektive Komponente hatte, allerdings keinen auf die physiologische Komponente.

Kritik am Prozessmodell der Emotionsregulation kommt zudem aus der Praxis. Besonders in der psychotherapeutischen Behandlung scheint es wenig hilfreich zu sein, Strategien zeitlich in antizipatorisch und reaktiv einzuteilen. Für Patient:innen ist im Rückblick die Zuordnung häufig nicht eindeutig möglich und es entstehen Probleme bei der Abgrenzung der verschiedenen Strategien.

Das Prozessmodell der Emotionsregulation (Gross, 1998a) macht keine Aussage darüber, was eine Person dazu veranlasst, eine der beschriebenen Strategien zu wählen oder eben nicht zu wählen. Die Gründe für die Auswahl einer Strategie werden durch das Modell nicht ausreichend erklärt und es wird zudem nicht deutlich, warum Strategien initiiert und warum sie wieder beendet werden. Zur Beantwortung dieser Fragen entwickelte Gross (2015) das *erweiterte Prozessmodell*. Dieses Modell folgt dem Ansatz der Emotionsregulationsflexibilität, der in Abschnitt 3.3.2.3 beschrieben wird. Es wird dabei keine generelle Kategorisierung von Emotionen oder Regulationsstrategien vorgenommen, sondern die Effektivität wird stärker kontextbezogen betrachtet (Aldao et al., 2016; Gross, 2015).

Ausgehend von einer inneren oder äußeren Welt bzw. Situation (*world*) wird in diesem Modell eine aufkommende Emotion zunächst einmal wahrgenommen (*perception*) und in einem nächsten Schritt bewertet (*valuation*). Bei der Bewertung wird gegenübergestellt, ob die aktuelle Emotion zum angestrebten emotionalen Zielzustand passt oder davon abweicht. Bei einer Abweichung wird die Emotion durch eine Handlung reguliert (*action*). Dadurch soll die Kluft zwischen dem wahrgenommenen und dem gewünschten Zustand verringert werden.

Die Handlung sollte in einem weiteren Sinne verstanden werden: Sie kann die Regulation einer Emotion auf kognitiver Ebene (kognitive Neubewertung) sein, es kann eine aktive Handlung (aktives Problemlösen, soziales Teilen) oder eine physiologische Veränderung (Schwitzen, Erröten, Erhöhung des Herzschlags) darunter verstanden werden. Der beschriebene Regulationsprozess wird in Form von Feedbackschleifen wiederholt durchlaufen. Zu Störungen dieses Prozesses kann es beispielsweise dann kommen, wenn Emotionen nicht ausreichend wahrgenommen (Kahn & Garrison, 2009; Rude & McCarthy, 2003), korrekt erkannt und benannt werden (Brody, Haaga, Kirk & Solomon, 1999) oder wenn der Regulationsprozess, z. B. aufgrund der Überzeugung, dass Emotionen unveränderbar sind (Tamir, John, Srivastava & Gross, 2007), nicht initiiert wird.

In der Erweiterung seines Modells berücksichtigt Gross (2015) stärker die Dynamik und die Steuerung des emotionsregulativen Prozesses. Der Regulationsprozess wird als etwas Dynamisches verstanden und es wird ein 3-stufiger, sequenzieller Zyklus angenommen. Zu den sequenziellen Phasen gehören (1) Identifikation von Emotionen, (2) Selektion einer passenden Regulationsstrategie und (3) Implementierung der gewählten Strategie und Umsetzung. Diese sequenziellen Phasen werden immer wieder durchlaufen, solange bis der Regulationsprozess das erwünschte Ziel erreicht hat. Die implementierte Strategie wird im Sinne eines Monitorings überwacht, um herauszufinden, ob eine weitere Modifikation notwendig ist oder ob der angestrebte Zielzustand bereits erreicht wurde. Wird ein weiterer Zyklus eingeleitet, kommt es wiederum zum Monitoring des gegenwärtigen Zustandes und die gewählte Strategie wird beibehalten, gestoppt oder es findet ein Wechsel zu einer anderen Strategie statt. Innerhalb der drei sequenziellen Phasen kommt es zu den beschriebenen Feedbackschleifen (world, perception, valuation, action). Abbildung 3.6 zeigt die verschiedenen sequenziellen Phasen, die aus mehreren Feedbackschleifen bestehen können.

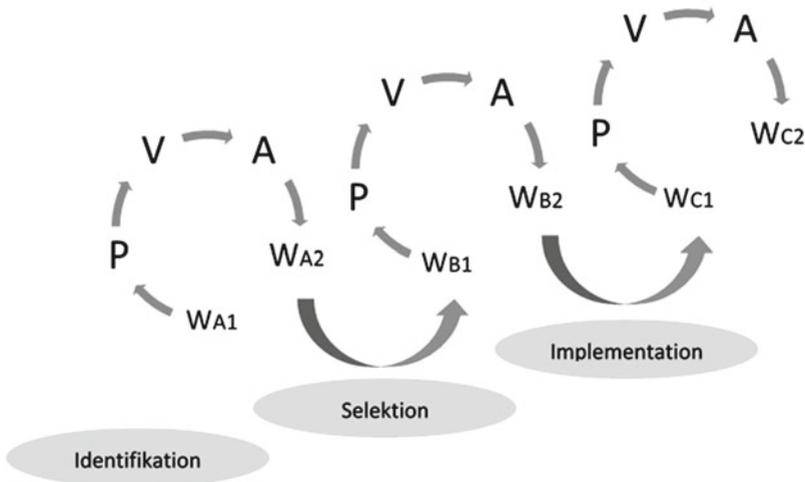


Abbildung 3.6 Das erweiterte Prozessmodell der Emotionsregulation in Anlehnung an Gross (2015). Der Regulationsprozess ist dynamisch und läuft in sequenziellen Phasen (Identifikation, Selektion und Implementierung) ab. Innerhalb dieser Phasen kommt es wiederholt zu Feedbackschleifen, in denen die äußere/innere Welt (world; W) und die Emotionen, die damit einhergehen, wahrgenommen (perception; P), bewertet (valuation; V) und ggf. mit gegensteuernden Handlungen (action; A) verändert werden. Auf die Darstellung der sich wiederholenden Feedbackschleifen, während der sequenziellen Phasen, wurde verzichtet

Der prozessorientierte Ansatz der flexiblen Emotionsregulation nach Gross (2015) ermöglicht es, spezifische Probleme im Regulationsprozess zu erfassen und differenzierter zu untersuchen, anstatt sie als allgemeine Störung der Emotionsregulation zu verstehen. Spezifische Probleme, die in der Therapie behandelt werden, sind dann beispielsweise das Fehlen eines definierten Zielzustandes (Regulation, um besser zu arbeiten oder um einen Konflikt zu vermeiden), Probleme bei der Wahrnehmung und Benennung von Emotionen („Ist das Scham oder Traurigkeit?“) oder Schwierigkeiten bei der Initiierung oder Beendigung einer bestimmten Strategie. Das Modell berücksichtigt die Flexibilität emotionaler Reaktionen und betrachtet den emotionsregulatorischen Prozess auf einem ausgedehnten Zeitstrahl. Diese Prozesssicht ist im Vergleich zu der vorherigen Aufteilung der Strategien in *vor* oder *nach* der affektiven Reaktion differenzierter und damit für die klinische Praxis wesentlich besser geeignet.

Ein weiteres bekanntes Modell, das den Prozess der Emotionsregulation erklärt, ist das *Modell der adaptiven Emotionsregulation* nach Berking (2017). Dieses wird im Folgenden ausführlich dargestellt, da es die theoretische Grundlage dieser Untersuchung darstellt. Zudem wurde das Konstrukt der Emotionsregulationskompetenz anhand dieser Theorie operationalisiert.

Das Modell baut auf bereits bestehenden Theorien und Modellen auf (Gilbert & Procter, 2006; Greenberg, 2002; Gross, 1998a). Es zielt darauf ab, Emotionsregulationsdefizite besonders für klinische und andere Risikogruppen zu identifizieren und Ansatzpunkte für Interventionen zu entwickeln. Effektive Emotionsregulation wird im Modell der adaptiven Emotionsregulation als ein situationsadaptives Zusammenspiel der unterschiedlichen Emotionsregulationskompetenzen definiert (Berking, 2017). Es wird davon ausgegangen, dass die folgenden sieben Kompetenzen für die adaptive Regulation von Emotionen relevant sind:

- 1) **Bewusstes Wahrnehmen:** Um belastende Emotionen zu regulieren, werden affektive Zustände zunächst einmal wahrgenommen und in den Fokus der bewussten Aufmerksamkeit gerückt. Wahrgenommen werden kann alles, was auf körperlicher, kognitiver oder Verhaltensebene geschieht. Was auf den verschiedenen Ebenen wahrgenommen wird, sollte laut der Theorie nicht bewertet werden, um maladaptives Problemverhalten zu verringern bzw. zu verhindern (Berking, 2017).

Verschiedene Studien konnten zeigen, dass Frauen mit Bulimia nervosa signifikant mehr Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung ihrer Emotionen hatten und dass dadurch Purging-Verhalten wie selbst-induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien begünstigt wurde (Sim & Zeman, 2004). Es wird davon ausgegangen, dass die verringerte Emotionswahrnehmung die Aufrechterhaltung einer negativen Stimmung begünstigt und Problemverhalten wie Purging oder Essanfälle auslöst (Crosby, 2009; Smyth, 2009). Ziel der bewussten Wahrnehmung ist es, die aktuelle emotionale Reaktion zunächst bewusst wahrzunehmen, sie zu spüren und zu beobachten, ohne dass unmittelbarer Handlungsdruck entsteht bzw. bevor Maßnahmen zur Veränderung der emotionalen Reaktion eingeleitet werden (Berking, 2017).

Studien zur bewussten und bewertungsfreien Wahrnehmung kommen aus den achtsamkeitsbasierten Ansätzen und zeigen, dass diese Kompetenz trainierbar ist. Neben diesen Studien geben weitere Studien aus der Forschung zu Wahrnehmungstrainings (Wells, White & Carter, 1997) eindeutige Hinweise auf die Relevanz und Effektivität dieser Kompetenz (Baer, 2003; Berking & von Känel, 2007; Heidenreich & Michalak, 2016; Kabat-Zinn, 2003).

- 2) **Erkennen und Benennen:** Beim Erkennen und Benennen werden Emotionen korrekt erkannt und es wird ihnen ein semantisches Konzept zugeordnet. Eine mentale Repräsentation einer ansonsten automatischen oder teilweise auch unbewusst ablaufenden Reaktion wird gebildet und Konzepte bezüglich des Umgangs mit dieser Emotion aktiviert. Diese Konzepte enthalten explizit abgespeichertes Wissen über den Umgang mit dieser Emotion und werden zur adaptiven Emotionsregulation herangezogen. Das Benennen der Emotion ermöglicht im nächsten Schritt eine Analyse der Ursache. Erst wenn die Ursache einer Emotion identifiziert wurde, können Maßnahmen zum adaptiven und konstruktiven Umgang eingeleitet werden. Wird beispielsweise die Emotion Traurigkeit korrekt erkannt, kann das Wissen über den Umgang mit Traurigkeit genutzt werden, um gegensteuernde Maßnahmen wie ein Treffen mit Freund:innen bewusst einzuleiten (Berking, 2017).
- 3) **Analyse der Ursachen:** Um die eigenen emotionalen Reaktionen zu verstehen, wird ein Arbeitsmodell zu den auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen benötigt. Vielen Patient:innen fehlt es an diesem Modell und somit auch an Ansatzpunkten zur Veränderung der belastenden Emotion. Wissen Patient:innen nicht, warum eine Emotion ausgelöst wurde und was sie aufrechterhält, entwickeln sich Gefühle des Ausgeliefertseins und der Machtlosigkeit. Diese Gefühle werden häufig als Kontrollverlust erlebt und lösen Ärger, Stress oder Anspannung aus. Es kommt zu einer gesteigerten physiologischen Erregung, wodurch kognitive Funktionen wie analytisches Denken gehemmt werden. Aufgrund der gehemmten kognitiven Funktionsfähigkeit fällt es Patient:innen schwer, konstruktive Lösungsmöglichkeiten für belastende Emotionen zu entwickeln, was das Erleben von eigener Machtlosigkeit begünstigt. Der dadurch entstehende Teufelskreis kann dann unterbrochen werden, wenn Patient:innen darin unterstützt werden, funktionale Erklärungsmodelle für belastende Emotionen zu entwickeln, die konkrete Lösungsmöglichkeiten beinhalten.

Die Analyse der Ursache kann ebenso zu der Erkenntnis führen, dass eine Emotion gerade nicht veränderbar ist oder dass eine Veränderung im Moment nicht gewünscht wird. Diese *konstruktive Hoffnungslosigkeit* gilt als wichtige Voraussetzung, eine Emotion für eine gewisse Zeit zu akzeptieren und auszuhalten, um vergebliche Regulationsversuche, die Kraft und Energie kosten, einzustellen (Berking, 2017).

- 4) **Emotionale Selbstunterstützung:** Emotionen wie Wut, Ärger oder Angst lösen bei einigen Patient:innen Selbstvorwürfe aus. Diese richten sich gegen die eigene Person, aber besonders gegen die eigenen Emotionen. Patient:innen sind verärgert über ihre Emotionen und werten sich deswegen ab. Diese

oft harte und abwertende Selbstkritik führt zur Aktivierung eines negativen Selbstbilds, wodurch es in der Folge zu immer massiveren Selbstabwertungen kommt. Innere Dialoge wie „Die Angst macht mich zu einem Schwächling.“ oder „Du Idiot, schon wieder ärgerst du dich.“ sind Teil dieser Selbstabwertungen und entwertenden Selbstbeschimpfungen und begünstigen zusätzlich belastende Emotionen wie Scham oder Traurigkeit. Adaptiver ist es, sich beim Aufkommen einer belastenden Emotion selbst zu unterstützen. Dazu gehört die Fähigkeit, sich aus eigenem Antrieb innerlich aufzumuntern und aufzubauen, um so aktiv das Abrutschen in eine depressive Stimmungslage zu verhindern. Selbstbezogenes Mitgefühl und eine positive Selbstunterstützung stellen eine wichtige Kompetenz im Umgang mit belastenden Emotionen dar (Berking et al., 2014). Menschen, die unter emotionalen Problemen leiden, zeigen allerdings häufig einen deutlichen Mangel an emotionaler Selbstunterstützung und selbstbezogenem Mitgefühl. Dieser Mangel kann einen auslösenden sowie einen aufrechterhaltenden Faktor für die belastende Emotion und letztlich für die psychische Störung darstellen. Die Behandlung von Patient:innen mit emotionsregulatorischen Problemen sollte dementsprechend auch immer die Arbeit an der Förderung und Stärkung der emotionalen Selbstunterstützung enthalten (Eismann & Lammers, 2017).

- 5) **Gezielte Regulation:** Die bisher beschriebenen Kompetenzen werden im Modell der adaptiven Emotionsregulation als Hilfskompetenzen betrachtet, die den Prozess der Basiskompetenzen unterstützen. Zu diesen Basiskompetenzen gehören die Akzeptanz und Toleranz, die unter Punkt 6) beschrieben werden sowie die gezielte Regulation. Auf Basis einer selbstunterstützenden und wohlwollenden Grundhaltung werden belastende Emotionen bewusst reguliert. Bei der gezielten Regulation werden emotionale Reaktionen hinsichtlich Qualität, Intensität und Dauer aktiv beeinflusst und in eine weniger belastende und zugleich gewünschte Reaktion umgewandelt. Bei der gezielten Regulation werden zunächst Überlegungen zu einem angemessenen und realistischen Zielgefühl angestellt. Wird als belastende Emotion beispielsweise die Angst in einer bestimmten Situation identifiziert, kann ein mögliches Zielgefühl Mut, Zuversicht, Gelassenheit oder ein Gefühl von Sicherheit sein. Das Formulieren eines positiv besetzten Zielgefühls soll die Patient:innen im Sinne eines Annäherungsziels motivieren und ihre Regulationsbemühungen dahingehend organisieren. Im zweiten Schritt werden Veränderungsideen und konkrete Verhaltensstrategien entwickelt, mit deren Hilfe sich die belastende Emotion in das gewählte Zielgefühl umwandeln lässt (Berking, 2017).
- 6) **Akzeptanz und Toleranz:** Die zweite Basiskompetenz im Modell der adaptiven Emotionsregulation ist die Akzeptanz und Toleranz belastender

Emotionen. Diese Kompetenz ist besonders dann wichtig, wenn belastende Emotionen im gegenwärtigen Moment nicht veränderbar sind. Dies kann dann der Fall sein, wenn die Veränderung dieser Emotion von hormonausschüttenden Zentren im Gehirn abhängig ist, die allerdings nur zu einer langsamen physiologischen Veränderung führen. Emotionale Reaktionen wie Panik oder Wut gehen mit der Ausschüttung bestimmter Hormone und Neurotransmitter einher, die ihre Wirkung im Körper erst einmal entfalten und dann eine gewisse Zeit brauchen, bis sie wieder merklich abgebaut wurden. Die Erwartung, innerhalb kürzester Zeit nach einer extremen emotionalen Reaktion, ruhig und ausgeglichen zu sein, ist aufgrund physiologischer Bedingungen entsprechend unrealistisch. Indem Patient:innen sich ausdrücklich die eigene Erlaubnis geben, eine belastende Emotion für den Moment zu erleben und diese nicht mit allen Mitteln vermeiden wollen, fällt es ihnen leichter, das Vorhandensein der Emotion im gegenwärtigen Moment zu tolerieren. Dabei ist es in der Arbeit zu Toleranz und Akzeptanz von belastenden Emotionen besonders wichtig, den Patient:innen zu vermitteln, dass das Aushalten einer Emotion ein absichtlicher Prozess ist und nicht einer Resignation gleichkommt. Sie sollten darin bestärkt werden, dass sie belastende Emotionen aushalten können, ohne zwangsläufig maladaptive Verhaltensweisen zur Vermeidung wie Selbstverletzungen oder Substanzkonsum einzusetzen. Mit der Akzeptanz einer belastenden Emotion erfahren Patient:innen einen Rückgang der inneren und äußeren Anspannung. Nur in diesem Zustand der emotionalen Ruhe lassen sich Emotionen adaptiv regulieren (Berking, 2017).

Das Konzept der Akzeptanz und Toleranz von belastenden Emotionen ist nicht neu. In achtsamkeitsbasierten Ansätzen wie der *Mindfulness-Based Stress Reduction* (Kabat-Zinn, 1990) oder in der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014) wird seit einigen Jahren bewusst mit einer akzeptierenden Haltung gegenüber dem aversiven Erleben von Emotionen gearbeitet. Ziel dieser Ansätze ist die bewusste Ausrichtung der eigenen Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment, um so die Fähigkeit zu fördern, die Existenz einer Emotion zu akzeptieren, ohne dass diese ein maladaptives Verhalten auslöst. Akzeptanz im Sinne einer Regulationsstrategie wird in Abschnitt 3.3.2.2 ausführlich beschrieben

- 7) **Konfrontationsbereitschaft:** Sich emotional mit belastenden Situationen zu konfrontieren, wird dann notwendig, wenn es um das Erreichen persönlich relevanter Ziele geht. Das bewusste Konfrontieren mit einer belastenden Situation oder Emotion ist eine relevante Hilfskomponente. Ohne die Bereitschaft,

sich absichtsvoll zu konfrontieren, werden die anderen Kompetenzen nicht trainiert und entwickeln sich nicht ausreichend. Diese bewusste und absichtsvolle Konfrontation führt zum Erwerb von Veränderungskompetenzen. Sie ermöglicht die Regulation oder die Akzeptanz von Emotionen und sorgt letztlich für die langfristige Befriedigung individueller Bedürfnisse (Berking, 2017). Fehlt die Bereitschaft sich beispielsweise mit einer angstauslösenden Prüfungssituation bewusst zu konfrontieren, werden bestimmte schulische oder beruflichen Ziele nicht erreicht und leistungsorientierte Bedürfnisse nicht befriedigt.

7a) **Resilienz**: Resilienz kann als psychische Widerstandskraft definiert werden, die eine aktive und konstruktive Anpassung an besondere Herausforderungen oder an Anforderungen des täglichen Lebens erlaubt. Als Gegenpart zur Resilienz wird *Vulnerabilität* (Verwundbarkeit oder Verletzlichkeit) verstanden (Gabriel, 2005). Anwendung kann der Begriff in der Beschreibung von Personen finden. Während manche Menschen auf problematische Lebensumstände oder Krisen mit psychische Erkrankungen reagieren oder besonders anfällig dafür sind, fällt es anderen leichter, Krisen zu überwinden, z. B. durch den Rückgriff auf ihre persönlichen Ressourcen. Zu den persönlichen Ressourcen können Persönlichkeitseigenschaften wie Optimismus oder das soziale Netzwerk gehören (Masten, 2001). Wird Resilienz als ein Aspekt des adaptiven Emotionsregulationsprozesses betrachtet, wird sie durch die Bereitschaft gefördert, sich absichtlich mit Situationen zu konfrontieren, die belastende Emotionen auslösen, aber zur Erreichung persönlicher Ziele notwendig sind (Hayes et al., 1996; Margraf & Berking, 2005). Resilienz kann in diesem Kontext als die Überzeugung, auch intensive belastenden Emotionen aushalten zu können, betrachtet werden (Berking, 2010). Des Weiteren konnte ein altersunspezifischer positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und positivem Affekt gefunden werden (Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace, 2006). Je höher das Ausmaß des positiven Affekts desto geringer war das Stresserleben und desto stärker war der Rückgriff auf bestehende Ressourcen ausgeprägt. Verschiedene Studien konnten darüber hinaus zeigen, dass ein hohes individuelles Potenzial zur Entwicklung und Förderung von Resilienz vorliegt (Gabriel, 2005; Werner & Smith, 1977). Davon lässt sich ableiten, dass Resilienz keine stabile Persönlichkeitseigenschaft darstellt und grundsätzlich gefördert werden kann.

Abbildung 3.7 zeigt das Modell einer adaptiven Emotionsregulation nach Berking (2017) mit der Abfolge eines konstruktiven Umgangs mit belastenden Emotionen. Emotionen werden zunächst bewusst wahrgenommen, erkannt und korrekt benannt. Danach erfolgt eine Analyse der Ursachen, bei der die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren identifiziert werden. Um die verschiedenen Kompetenzen situationsspezifisch zu aktivieren, ist emotionale Selbstunterstützung wichtig. Als Basiskompetenzen werden in diesem Modell die Fähigkeiten, negative Emotionen gezielt zu regulieren und zu akzeptieren bzw. zu tolerieren, angesehen. Akzeptanz und Toleranz negativer Emotionen sollte sich dann einstellen, wenn belastende Ereignisse nicht mehr veränderbar sind bzw. wenn eine Veränderung mit zu hohen Kosten verbunden ist. Die konstruktive Hoffnungslosigkeit ist der Akzeptanz und Toleranz belastender Emotionen vorgeschaltet. Die gezielte Regulation einer Emotion sollte nach der Analyse der Ursache erfolgen, in der Maßnahmen für Veränderung identifiziert wurden. Die Abfolge eines adaptiven Regulationsprozesses funktioniert nur bei ausreichender Konfrontationsbereitschaft. Dadurch kommt es zum Erwerb von Veränderungskompetenzen oder zur Resilienzbildung (Berking, 2017; Heber et al., 2014).

Berking et al. (2010) konnten zeigen, dass systematisches Training die Anwendung der einzelnen Kompetenzen verbessert. In anderen Studien zeigten sich zudem positive Zusammenhänge zwischen einzelnen Kompetenzen des Modells und psychischer Gesundheit und Lebenszufriedenheit (Berking, Orth, Wuppermann, Meier & Casper, 2008; Berking & Wupperman, 2012; Berking & Znoj, 2008). Auch konnte gezeigt werden, dass die Ergänzung einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Standardbehandlung (KVT) durch das gezielte Training emotionaler Kompetenzen die Wirksamkeit der Behandlung auf die depressive Symptomatik verbessern konnte (Berking et al., 2013). Eine empirische Absicherung des Modells bei älteren Erwachsenen steht noch aus.

Das erweiterte Prozessmodell der flexiblen Emotionsregulation (Gross, 2015) und das Modell der adaptiven Emotionsregulation (Berking, 2017) weisen Gemeinsamkeiten auf. Um diese beiden Modelle als Einheit zu verstehen und in diesem Sinne anzuwenden, wurden sie zusammengeführt und in Abbildung 3.8 überblicksartig dargestellt. In beiden Modellen wird ein prozessorientierter Ansatz verfolgt. Besonders bei Gross (2015) wird der Regulationsprozess als dynamisch verstanden und folgt dem aktuellen Ansatz der Emotionsregulationsflexibilität, der in Abschnitt 3.3.2.3. beschrieben wird. Emotionsregulationsstrategien werden dabei nicht mehr kategorisiert. Stattdessen wird die Effektivität einer Strategie situations- und zielbezogen beurteilt. Auch bei Berking (2017) geht es um einen konstruktiven Umgang mit Emotionen, bei der die effektive und zielführende Anwendung von Strategien als etwas Individuelles betrachtet wird. Beide

Themen der Regulationsproblematiken und eignen sich aus diesem Grunde für eine praxisbezogene Anwendung.

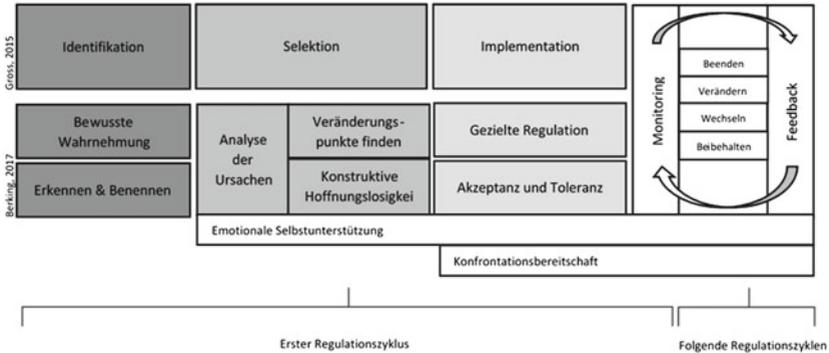


Abbildung 3.8 Zusammenführung des erweiterten Prozessmodells der flexiblen Emotionsregulation (Gross, 2015) und des Modells der adaptiven Emotionsregulation (Berkling, 2017) in Anlehnung an Barnow, Pruessner & Schulze (2020)

Neben Gross (2015) und Berkling (2017) sehen mittlerweile auch andere Autor:innen im emotionsregulativen Prozess nicht lediglich eine Kontrolle des emotionalen Erlebens oder des Ausdrucks bzw. eine Kontrolle impulsiver, emotionaler Verhaltensweisen (Gratz & Roemer, 2004; Greenberg, 2002; Linehan, 1993, 1996). Vielmehr wird die Fähigkeit, eigene Emotionen achtsam wahrzunehmen und ihnen Bedeutung beizumessen, als eine bedeutende emotionale Kompetenz angesehen. Diese Fähigkeit stellt für einige Forschende die Basis dar, Emotionen adaptiv zu regulieren und zur Befriedigung individueller Bedürfnisse einzusetzen.

Nach Marsha Linehan (1993, 1996) sind in diesem Verständnis von Emotionsregulation zwei grundlegende emotionale Kompetenzen besonders relevant: Die eigenen Gefühle wahrzunehmen, zu erkennen und zu benennen sowie die Fähigkeit belastende Emotionen, die zu maladaptiven Verhaltensweisen führen, bewusst zu reduzieren bzw. zu modifizieren. Eine adaptive Emotionsregulation beschreibt Linehan (1993, 1996) als einen Prozess, bei dem Individuen fähig sind, bereits aktivierte, intensive und belastende Emotionen zu beeinflussen. Die Einflussnahme sollte durch aktive Modifikationsversuche, wie dem Hemmen von unangemessenen Bewertungen oder Erwartungen oder durch das Umlenken oder Vermeiden von selbstschädigenden Handlungen, erfolgen (Linehan, 1996).

Diese neueren Konzepte finden ihren Einsatz vor allem in der klinischen Praxis. Patient:innen werden beim Erlernen der beschriebenen emotionalen Kompetenzen unterstützt. So werden z. B. konkrete Schritte erarbeitet, die impulsiven Verhaltensweisen kurzzeitig zu unterdrücken, um so adaptives Handeln zu ermöglichen. Dementsprechend soll adaptives Handeln, unabhängig von der aktuellen emotionalen Verfassung, das Erreichen eines persönlich relevanten Ziels ermöglichen. Dafür lernen die Patient:innen, Emotionen zunächst einmal wahrzunehmen, ihnen ein semantisches Konzept zuzuordnen („Das ist Angst/ Trauer.“), den Zusammenhang zwischen Bewertung und Emotion zu erkennen und letztendlich durch aktives, adaptives Handeln impulsives, selbstschädigendes oder unangemessenes Verhalten zu vermeiden. Auf eine vermeintliche Kränkung lernen Patient:innen z. B. nicht mehr mit sozialem Rückzug oder übermäßigem Alkoholkonsum zu reagieren, sondern mit adaptiven Verhaltensweisen wie dem Einsatz von bestimmten Skills (z. B. Atemübungen, Sport) oder der Neubewertung der Situation. Damit wird die physiologische Aktivierung reduziert und ein aktives Hilfesuchverhalten gefördert. Aktivierte dysfunktionale Bewertungen, die in diesen spezifischen Situationen aufkommen, werden erkannt und ggf. angepasst (Linehan, 1993, 1996).

Die verschiedenen Konzepte der Emotionsregulation gehen von einem unterschiedlichen Repertoire an Regulationsstrategien aus. Diese Strategien werden zum Erreichen individueller Ziele eingesetzt, um individuelle Bedürfnisse zu befriedigen. Im Folgenden werden Emotionsregulationsstrategien beschrieben, die für diese Untersuchung von besonderer Relevanz sind.

3.3.2.2 Emotionsregulationsstrategien

In den letzten Jahren wurden verschiedene Emotionsregulationsstrategien umfangreich untersucht und beschrieben. Zu diesen Strategien gehören beispielsweise Rumination, das Unterdrücken (Suppression) des emotionalen Ausdrucks oder des gedanklichen Inhalts, das Vermeiden einer realen oder gedanklichen Auseinandersetzung mit einer emotionalen Anforderung, Substanzgebrauch, sozialer Rückzug, das Beschuldigen anderer Menschen, Selbstbeschuldigung, aktives Problemlösen, Planen, Relativieren, Katastrophisieren, Ablenkung (Distraction), kognitives Neubewerten (reappraisal), soziales Teilen, Suchen nach sozialer Unterstützung oder die Akzeptanz eigener Emotionen oder der Situation (Barnow, 2018; Barnow et al., 2020; Loch, Hiller & Witthöft, 2011; Petermann et al., 2016). Diese Auflistung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit – eine Liste möglicher Regulationsstrategien ist denkbar lang. Im Folgenden werden ausgewählte Regulationsstrategien vorgestellt, die sich bisher im Bereich depressiver Störungen als relevant erwiesen haben. Dazu gehören

Akzeptanz, kognitive Neubewertung und Rumination. Diese werden im Folgenden ausführlich beschrieben. Des Weiteren werden Selbstbeschuldigung, Andere beschuldigen, positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung, Relativieren und Katastrophisieren beschrieben. Dabei handelt es sich ebenfalls um Strategien, die sich im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen als relevant erwiesen haben und daher in dieser Arbeit untersucht werden (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001).

Akzeptanz: In Kombination mit achtsamkeitsbasierten Ansätzen hat das Konzept der Akzeptanz in den letzten Jahren besonders im Bereich der Psychotherapie an großer Bedeutung gewonnen. Heidenreich und Michalak (2016) sehen in der Akzeptanz den Gegenpart zur Vermeidung. Sie verstehen darunter die Bereitschaft, die inneren Erfahrungen oder Ereignisse so anzunehmen wie sind, selbst wenn diese unangenehm sind. Im ursprünglichen Sinne geht es bei der Akzeptanz um eine Grundhaltung, in der Ereignisse bewusst angenommen werden, ohne dass dies mit einem Veränderungs- oder Vermeidungswunsch verbunden ist (Kabat-Zinn, 1990). Akzeptanz spielt in der Psychotherapie besonders dann eine wichtige Rolle, wenn Emotionen wie Traurigkeit, Wut oder Scham als stark belastend erlebt werden und Betroffene dieses Erleben mit aller Macht beenden wollen. Allerdings ist das nicht in jedem Fall möglich, z. B. bei Ereignissen oder Situationen, die nicht beeinflussbar sind oder eine Kontrolle der emotionsauslösenden Faktoren nicht möglich ist. Dies ist z. B. beim Tod einer geliebten Person oder bei einer irreversiblen Erkrankung der Fall. Vermeidung oder Unterdrückung der belastenden Emotionen würden in diesem Fall allenfalls einen kurzfristigen mildernden Effekt haben, langfristig würde sich die Belastung aber durch das ständige (Wieder-) Erleben der Emotionen verstärken. Bei Ereignissen, die nicht veränderbar sind, kann es hilfreich sein, das Ereignis an sich und die Folgen zunächst einmal zu akzeptieren. Dabei handelt es sich nicht um Resignation oder bloße Hinnahme, sondern um die absichtsvolle und wertungsfreie Wahrnehmung der Emotion. Aktuelle Gefühle, Gedanken und körperlichen Empfindungen werden wahrgenommen, bewusst erlebt und nicht ignoriert oder unterdrückt. Es wird kein Versuch unternommen, diese Gefühle, Gedanken oder körperliche Empfindungen aktiv zu verändern, zu kontrollieren oder zu vermeiden. Zur Akzeptanz gehört das Wissen, dass belastende Emotionen nicht dauerhaft anhalten und dass diese mit der Zeit an Intensität verlieren. Ziel ist es, emotionale, körperliche und kognitive Ressourcen zu schonen, indem Energie und Kraft nicht in etwas Unveränderliches investiert werden. Durch die akzeptierende und annehmende Haltung wird eine gewisse Distanz zum emotionsauslösenden Ereignis aufgebaut. Aus dieser distanzierten Haltung kann die Entscheidung, ob sich ein Investment von

Kraft und Energie lohnt besser getroffen werden. Dahinter steckt die Annahme, dass die Bewältigung eines bestimmten Problems oder einer Situation erst dann möglich wird, wenn das Problem und die Emotionen, die dadurch entstehen, als solche akzeptiert und ihre Existenz nicht verleugnet wird. In einer Prüfungssituation, die mit starker Angst verbunden ist, kann es sinnvoll sein, die Angst anzuerkennen und sich bewusst zu machen, dass diese Situation wahrscheinlich bei den meisten Menschen Angst auslöst. Anspannung und Erregung können sich durch die Akzeptanz der Angst verringern. In diesem Zustand wird es möglich, weiterführende Interventionen oder Maßnahmen einzuleiten (Barnow, 2018).

Studien im Zusammenhang mit depressiver Symptomatik zeigen erste vielversprechende Ergebnisse (Ehring et al., 2008; Eifert & Heffner, 2003; Hofman, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004; Liverant, Brown, Barlow & Roemer, 2008). Campbell-Sills et al. (2006a) untersuchten in einer klinischen Stichprobe den Effekt der Akzeptanz und der Gefühlsunterdrückung einer emotionalen Reaktion vor, während und nach einer negativen, emotionalen Filmsequenz. Der Vergleich zeigte, dass depressive Patient:innen, die die Instruktion bekamen, belastende Gefühle zu unterdrücken, über ein deutlich höheres Anspannungsniveau berichteten. Bei diesen Patient:innen wurde zudem eine erhöhte Herzfrequenz gemessen. Patient:innen, die die Strategie der Akzeptanz anwenden sollten, konnten sich signifikant schneller vom emotionsauslösenden Ereignis und von den damit verbundenen belastenden Gefühlen distanzieren. Zudem berichteten diese Patient:innen nach dem Film über ein geringeres Maß an negativen Affekt und subjektiven Stresserleben. Auch wurde bei ihnen eine deutlich geringere Herzfrequenz gemessen.

Brassen, Gamer, Peters, Gluth und Büchel (2012) verglichen ältere depressive Patient:innen mit gesunden Kontrollproband:innen hinsichtlich ihres adaptiven Umgangs mit emotionalen Empfindungen wie beispielsweise Bedauern. Die Höhe der Akzeptanz war entscheidend dafür, wie stark das Bedauern über verpasste Gelegenheiten im Verlauf des Lebens ausgeprägt war. Zudem zeigte sich ein positiver Zusammenhang mit körperlicher Gesundheit und ein negativer mit der Ausprägung der depressiven Symptomatik. Die Autor:innen weisen auf die Relevanz der Akzeptanz gerade in dieser Altersgruppe hin, da Personen hier häufiger mit Ereignissen konfrontiert werden, die unveränderbar sind, wie z. B. dem Tod einer nahestehenden Person, schweren Erkrankungen oder Einbußen der persönlichen Autonomie. Ein akzeptierender Verarbeitungsstil scheint bezüglich dieser unveränderbaren Ereignisse hilfreich zu sein. Er fördert eine verstärkte Ausrichtung des Lebens auf das Hier und Jetzt, ist hilfreich beim Umgang mit Ungewissheit sowie bei der Relativierung und Anpassung persönlicher Werte.

Kognitive Neubewertung: Kognitive Neubewertung wird in der Literatur häufig als positive Neu- oder Umbewertung bezeichnet. Die Basis besteht in einer veränderten bzw. adaptiveren und häufig auch in einer realistischen Bewertung einer emotionsauslösenden Situation. Die emotionale Bedeutung einer spezifischen, i. d. R. belastenden Situation wird verändert. Dies führt zu einer anderen Sichtweise, durch welche die Intensität belastender Emotionen verringert wird. Zudem kann früh in den emotionalen Verarbeitungsprozess eingegriffen werden, sodass belastende Emotionen gar nicht erst entstehen (Gross, 1998a). Die Neubewertung findet entweder unmittelbar nach der auslösenden Situation und vor der emotionalen Reaktion statt oder die Situation kann nachträglich, mit etwas zeitlichem Abstand, neu bewertet werden (Gross, 2014).

Die kognitive Neubewertung wird dadurch ermöglicht, dass ein Ereignis in der Regel nie gänzlich positiv oder negativ ist. Es ist abhängig von der Bewertung, ob ein belastendes Ereignis als Problem oder als Herausforderung angesehen wird. Eine irreversible Erkrankung beispielsweise ist ein leidvolles Ereignis. Sie kann unter Umständen aber auch als Möglichkeit des persönlichen Wachstums oder als Reifung interpretiert werden und bietet damit zugleich gewisse Chancen. Die Bewältigung oder der Umgang mit dieser Erkrankung können die erlebte Selbstwirksamkeit fördern oder die erkrankten Personen können als Vorbild für andere Betroffene dienen (Shiota & Levenson, 2009).

Die Regulationsstrategie der Neubewertung sollte allerdings nicht mit positivem Denken gleichgesetzt werden. Alles in einem positiven Licht zu betrachten ist im Sinne einer adaptiven Emotionsregulation nicht sinnvoll bzw. sogar schädigend (McMahon & Naragon-Gainey, 2018). Bei der kognitiven Neubewertung geht es vielmehr um einen Perspektivwechsel, bei dem versucht wird, eine Situation realistisch zu erfassen und zu bewerten, um damit eine distanzierte Sichtweise einzunehmen. Besonders bei belastenden Ereignissen kann diese Distanz bzw. der realistische Blick auf die Situation stark entlastend sein, da er erlaubt, die Situation noch einmal ruhig und lösungsorientiert zu betrachten (Troy, Shallcross & Mauss, 2013).

Insbesondere depressive Patient:innen berichten häufig, dass sie als unangenehm oder belastend erlebte Ereignisse aus der Vergangenheit immer wieder analysieren, sich gedanklich nur schlecht von ihnen lösen und letztendlich unverhältnismäßig lange grübeln, was einen negativen Einfluss auf die depressive Symptomatik hat (Nolen-Hoeksema, 2000). Dass sich Perspektivwechsel und eine distanzierte Betrachtungsweise positiv auf das emotionale Erleben depressiver Patient:innen auswirken, konnte von Kross, Gard, Deldin, Clifton und Ayduk (2012) gezeigt werden. Die Autor:innen untersuchten depressive Patient:innen

und baten sie, sich ganz bewusst an ein belastendes Ereignis aus ihrer Vergangenheit zu erinnern. Eine Gruppe bekam die Instruktion, die damit in Verbindung stehenden Emotionen aus einer Ich-Perspektive zu betrachten („Warum habe ich mich damals so gefühlt?“). Die andere Gruppe sollte die Rolle eines distanziereten Beobachtenden einnehmen und aus dieser Perspektive die aufkommenden Emotionen beurteilen („Warum hat Frau Müller sich damals so gefühlt?“). Es zeigte sich, dass die depressiven Studienteilnehmenden, die eine distanzierende Haltung einnehmen sollten, von weniger depressionstypischen Gedanken und Überzeugungen und einem geringeren negativen Affekt berichteten als die Vergleichsgruppe. Zudem zeigten diese Studienteilnehmenden weniger Vermeidung in der Schilderung der Situation und den damit verbundenen Emotionen und sie berichteten eine geringere Anzahl stark emotional aufgeladenen Details. Die Autor:innen gingen davon aus, dass besonders bei depressiven Patient:innen eine distanzierte Haltung zu mehr Objektivität führt und so belastende Emotionen adaptiver reguliert werden. John und Gross (2004) konnten ebenfalls zeigen, dass kognitive Neubewertung eine wirksame Strategie zur Regulation belastender Emotionen ist. Sie ist assoziiert mit dem Erleben von mehr positiven und weniger negativen Emotionen sowie mit erhöhtem psychischen und körperlichen Wohlbefinden.

John und Gross (2004) gehen davon aus, dass sich die Fähigkeit, Emotionen adaptiv zu regulieren, im Verlauf des Lebens entwickelt. Sie nehmen an, dass Menschen im höheren Lebensalter häufiger auf adaptive Strategien wie Neubewertung als auf maladaptive Strategien wie Unterdrückung zurückgreifen. Sie untersuchten dafür ältere Frauen bezüglich der Häufigkeit der Anwendung der Strategien Neubewertung und Unterdrückung. Da im Fokus der Untersuchung eine mögliche Veränderung der Strategieanwendung über den Verlauf des Lebens stand, verglichen sie aktuelle und retrospektive Daten. Für die retrospektiven Daten sollten die Teilnehmerinnen beurteilen, wie sie im Alter von 20 Jahren geantwortet hätten. Die Ergebnisse zeigten, dass mit 20 Jahren signifikant häufiger Unterdrückung und im Alter häufiger Neubewertung angewandt wurde. Die Autoren erklären diesen Befund damit, dass individuelle Erfahrungen über den Verlauf des Lebens zu einer adaptiven Regulation beitragen. Im Alter werden also vermehrt Strategien angewendet, die zu einer langfristigen Steigerung positiver Emotionen beitragen und das Wohlbefinden erhöhen. Das positive Neubewerten und der damit einhergehende Perspektivwechsel erlauben es, den Aufmerksamkeitsfokus zu verändern, die Situation aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten und eine akzeptierende Haltung einzunehmen.

Grübeln: Der Begriff Grübeln wird in der Fachsprache als *Rumination* bezeichnet, was vom lateinischen Wort *ruminatio* stammt. Es bedeutet so viel wie wiederkäuen, wiederholendes Reden oder Gedankenkreisen. Beim Ruminieren wird ein belastendes Ereignis aus der Vergangenheit immer wieder gedanklich rekapituliert. Dabei kommt es zu einer intensiven gedanklichen Beschäftigung mit den eigenen Gefühlen und Gedanken bzgl. eines belastenden Ereignisses. Das belastende Ereignis wird nachträglich gedanklich mit dem Ziel durchgespielt, es besser zu verstehen. Ruminieren stellt damit im Prinzip den Versuch einer Problemlösung dar, ohne den aktiven Versuch, das Problem zu lösen. Im Vergleich zum Nachdenken ist dieser Prozess allerdings nicht konstruktiv und lösungsorientiert. Es erfolgt keine Änderung der Situation. Stattdessen kreisen die Gedanken fortwährend um das belastende Ereignis und die Emotionen, die damit verbunden sind (Barnow, 2018). Dabei werden Argumente und Überlegungen lediglich wiederholt, zusätzliche Informationen fließen nicht ein. So werden z. B. schambesetzte Ärgerreaktionen wiederholt erlebt und es kommt zu einem erhöhten Stresserleben, was sich auf körperlicher Ebene durch einen erhöhten Blutdruck, den Anstieg der Herzrate und des Muskeltonus sowie durch Symptome wie Kopf- und Magenschmerzen zeigen kann. Die Grübelgedanken beziehen sich bei Menschen mit einer Depression häufig auf bestimmte Ereignisse oder auf die Ursachen und Konsequenzen der depressiven Stimmung. Dabei sind sie in ihrer Beschaffenheit weder zielorientiert, noch motivieren sie zur Lösungssuche oder -umsetzung. Durch das Ausbleiben einer Lösung verstärken sich Gefühle von Hilf- und Machtlosigkeit, die einen Einfluss auf den Selbstwert haben. Rumination hat zudem stark negative Auswirkungen auf die Stimmung (Zhou et al., 2020).

Verschiedene Studien konnten zeigen, dass Rumination eine der problematischsten Strategien im Zusammenhang mit depressiven Störungen darstellt und dass es an der Entstehung und Aufrechterhaltung maßgeblich beteiligt ist (Barnow, Reinelt & Sauer, 2016; Nolen-Hoeksema, 2000; Olatunji, Naragon-Gainey & Wolitzky-Taylor, 2013; Papageorgiou & Wells, 2003; Zhou et al., 2020). Nolen-Hoeksema (1991) definiert Rumination im Kontext einer depressiven Störung als sich wiederholende Gedanken über die Ursache, Bedeutung und Konsequenz depressiver Symptome. Dabei wird angenommen, dass der eigene als belastend erlebte emotionale Zustand im Mittelpunkt der sich wiederholenden Gedankenkreise steht und Patient:innen sich gedanklich nur schwer von diesem passiven Denken distanzieren.

Der Einfluss des Ruminierens auf die depressive Symptomatik konnte in Studien wiederholt gezeigt werden. So fand sich in verschiedenen Quer- und Längsschnittstudien, dass Ruminieren einen erheblichen Risikofaktor bei der Entstehung einer depressiven Episode darstellt (Morrow & Nolen-Hoeksema,

1990; Trask & Sigmon, 1999). Auch in experimentellen Laboruntersuchungen führte die Anweisung zur Rumination bei Studienteilnehmenden dazu, dass eine depressive Stimmung länger und intensiver aufrechterhalten wurde (Lyubomirsky, Caldwell & Nolen-Hoeksema, 1998; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). In prospektiven Studien wurde festgestellt, dass übermäßiges Ruminieren zu einer verlängerten Persistenz der depressiven Symptomatik führte (Nolan, Roberts & Gotlib, 1998; Nolen-Hoeksema, McBride & Larson, 1997). Rumination stellte zudem einen guten Prädiktor für die Entstehung einer erneuten depressiven Episode dar und es zeigte sich, dass depressive Patient:innen mit verstärktem Ruminationsverhalten schlechter auf eine psychotherapeutische Behandlung ansprachen (Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000).

Zudem konnte gezeigt werden, dass Rumination Konzentration und Gedächtnis beeinflusst, lösungsorientierte Handlungstendenzen vermindert (Lyubomirsky, Tucker, Caldwell & Berg, 1999), Risikofaktoren wie verzerrtes und selbstkritisches Denken fördert (Spasojevic & Alloy, 2002) und einen negativen Einfluss auf interpersonelle und soziale Kompetenzen (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995) hat.

Selbstbeschuldigung und **Andere beschuldigen**: Dabei handelt es sich um kognitive Strategien, die sich auf die kausale Zuschreibung eines negativen Ereignisses auf sich selbst oder auf Andere beziehen. Zwar ist die aktuelle Studienlage besonders zur Selbstbeschuldigung inkonsistent, aber eine Übersichtsstudie konnte zeigen, dass verhaltens- und personenbezogene Selbstbeschuldigung zur Entstehung einer Depression und zur Einsamkeit beitragen (Anderson, Miller, Riger, Dill & Sedikides, 1994). Zur Strategie Andere beschuldigen konnte über verschiedene Stichproben hinweg gezeigt werden, dass beim Erleben bedrohlicher Ereignisse Andere für das eigene Unglück verantwortlich zu machen, mit Beeinträchtigungen des emotionalen Wohlbefindens und der körperlichen Gesundheit assoziiert war (Tennen & Affleck, 1990).

Positive Refokussierung: Bei dieser Strategie geht es um die bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit auf angenehme Gedanken, nach dem Erleben eines belastenden Ereignisses. Darunter wird die Fähigkeit verstanden, sich in einer Problemsituation mit schönen und angenehmen Gedanken und Erinnerungen abzulenken. Die Refokussierung auf angenehme Gedanken könnte im weiteren Sinne als ein mentaler Rückzug verstanden werden und hätte in diesem Fall konzeptuelle Überschneidungen mit der Vermeidung belastender Emotionen. Im Sinne einer adaptiven Emotionsregulation kann positive Refokussierung demnach kurzfristig hilfreich sein; eine langfristig und kontextunspezifische Nutzung hat allerdings eher maladaptiven Charakter (Garnefski et al., 2001).

Refokussierung auf Planung: Bei der Anwendung dieser Strategie wird die Aufmerksamkeit bewusst darauf gerichtet, was das Individuum tun kann, um eine unangenehme Situation zu lösen oder sie leichter zu bewältigen. Es handelt sich hierbei um eine kognitive Strategie, welcher idealtypisch aktive Bemühungen zur Problemlösung folgen (Garnefski et al., 2001). Wird Refokussierung auf Planung als eine Vorbereitung zu einer aktionsfokussierten Problemlösung angesehen, konnten Carver et al. (1989) positive Zusammenhänge zu Optimismus und Selbstwertgefühl sowie einen negativen Zusammenhang zu Ängstlichkeit finden.

Relativieren: Das Relativieren bezieht sich auf die Abmilderung eines unangenehmen Ereignisses, indem es mit schlimmeren Ereignissen verglichen wird oder die Auswirkungen des aktuellen Ereignisses über den zeitlichen Verlauf betrachtet werden (Garnefski et al., 2001). Beim Relativieren handelt es sich um das Herunterspielen einer Problemsituation anhand eines Vergleichs mit anderen Situationen oder mit den Problemen anderer Menschen. Auch hier sollte der Einsatz kurzfristig und kontextspezifisch erfolgen, da ansonsten die Anwendung eher vermeidenden Charakter hat. Wird Relativieren kontextunspezifisch und längerfristig eingesetzt, um belastende Emotionen zu regulieren, kann es zur gedanklichen und realen Vermeidung des emotionsauslösenden Ereignisses kommen. Durch die Vermeidung werden Problemlösekompetenzen nicht erlernt und neue, positive Erfahrungen verhindert (Barnow, 2018). Die Vermeidung verhindert die Erfahrung, eine Situation bewältigen zu können und ist deshalb auch von psychopathologischer Bedeutung (Fries & Grawe, 2006).

Katastrophisieren: Katastrophisieren wird als das Vorwegnehmen von Gedanken bezogen auf die übertriebenen Konsequenzen eines negativen Ereignisses beschrieben. Es handelt sich hierbei um eine kognitive Verzerrung, bei der die Überzeugung besteht, dass ein bestimmtes negatives Ereignis mit großer Sicherheit tatsächlich eintreten wird und dass dieses Ereignis bei den Betroffenen den größtmöglichen Schaden anrichten wird. Dabei würde ein Großteil der anderen Menschen dieses Ereignis als sehr unwahrscheinlich oder als erträglich beurteilen. Beim Katastrophisieren kommt es zur Antizipation des belastenden Ereignisses und dessen Folgen und im weiteren Verlauf zu übermäßigem Grübeln (Jenness et al., 2016). So konnten positive Zusammenhänge zwischen Katastrophisieren und emotionaler Belastung sowie Depression gefunden werden (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995).

In diesem und in den vorherigen Kapiteln wurden die Begriffe *positiv* und *negativ* zu Klassifikation von emotionalem Erleben verwendet. Konsens besteht darüber, dass beispielsweise Freude und Stolz zu den positiven Emotionen gehören und Emotionen wie Wut, Angst oder Traurigkeit unangenehm sind und

deshalb eher den negativen Emotionen zugeordnet werden. Bei emotionalen Empfindungen wie Wehmut oder Melancholie ist eine Zuordnung weniger eindeutig. Die Dichotomisierung von Emotionen in positiv und negativ ist demnach per Definition schwierig. Zudem sind vermeintlich negative Emotionen zwar häufig unangenehm, können aber durchaus von Nutzen sein (Eismann & Lammers, 2017). Die Problematik einer Dichotomisierung von Emotionen wird im folgenden Kapitel ausführlich beschrieben und es werden Ansätze zur Lösung dieses Problems vorgestellt.

3.3.2.3 Adaptiv vs. maladaptiv? Klassifikation von Emotionen und Emotionsregulationsstrategien

Die Klassifizierung von Emotionen und Emotionsregulationsstrategien in *positiv* oder *negativ* ist problematisch. Zwar sind Emotionen mit positivem, lustvollem Erleben assoziiert bzw. werden als schmerzhaft und unangenehm empfunden, allerdings scheint es an dieser Stelle sinnvoller zu sein, den emotionsauslösenden Anlass entsprechend als positiv oder negativ zu bewerten (Eismann & Lammers, 2017). Bei der Betrachtung spezifischer Emotionsregulationsstrategien, die üblicherweise als negativ klassifiziert werden, wie z. B. das Unterdrücken oder Vermeiden wird deutlich, dass ein zeitlich begrenzter Einsatz durchaus sinnvoll sein kann. Sie sind z. B. in Akutsituationen hilfreich, um belastende Emotionen kurzfristig zu regulieren oder sie sind bei traumatischen Ereignissen hochgradig funktional, um das Überleben zu sichern (English, Lee, John & Gross, 2017). Insgesamt sind die Kategorien positiv und negativ in Bezug auf emotionales Erleben wenig hilfreich, da diese Bezeichnungen automatisch zu Bewertungen führen, die den Umgang mit der jeweiligen Emotion und letztlich mit der Situation erschweren. Die Emotion Ärger generell als negativ zu bewerten, würde einen konstruktiven Umgang mit dieser Emotion verhindern. Das Ziel bestünde lediglich darin, den Ärger zu vermeiden oder zu unterdrücken anstatt die Energie und die Potenziale, die in dieser Emotion liegen, zu nutzen.

Mit dem steigenden Interesse an den Prozessen der Emotionsregulation stieg auch das Interesse an einer Klassifikation, die eine Aussage über die Effektivität von Emotionen, aber besonders von bestimmten Regulationsstrategien machte. Aufgrund von Untersuchungen zum Zusammenhang von Emotionsregulation und psychischer Gesundheit wurden die Kategorien *adaptiv* und *maladaptiv* eingeführt. Beeinflusst wurde diese Kategorisierung besonders von Forschenden aus dem Bereich der klinischen Psychologie (Aldao et al., 2010; Gross, 2015; Goossens, Van Malderen, Van Durme & Braet, 2016; McMahon & Naragon-Gainey, 2018). Es wird davon ausgegangen, dass jede Emotion und jede Emotionsregulationsstrategie adaptiv oder maladaptiv sein kann (Gross, 1999). Adaptiv bedeutet

in diesem Zusammenhang, dass die Emotion oder die Regulationsstrategie in der jeweiligen Situation nachvollziehbar, angemessen und bezüglich einer bedürfnisorientierten Verhaltenssteuerung hilfreich ist. Die Emotion Schuld beispielsweise ist dann adaptiv, wenn ein berechtigterweise kritisierbares Verhalten vorliegt und das Schuldgefühl eine Verhaltenskorrektur beispielsweise in Form einer Entschuldigung initiiert. Diese soll den Konflikt abwenden und für die Aufrechterhaltung relevanter sozialer Beziehungen sorgen.

Als maladaptiv gelten Emotionen oder Strategien, die hinsichtlich Qualität oder Quantität im situativen Kontext unangemessen und nicht hilfreich bei der Befriedigung individueller und häufig langfristiger Bedürfnisse sind. Das Bedürfnis kurzfristig „Dampf abzulassen“ kann mit dem Bedürfnis, persönlich relevante Beziehungen nicht zu gefährden, sondern langfristig aufrechtzuerhalten, konkurrieren. Scham beispielsweise wäre dann maladaptiv, wenn keine Verhaltenskorrektur erfolgen würde, sondern lediglich ein sozialer Rückzug. Allerdings ist Scham häufig mit starker Selbstabwertung verbunden und nur in wenigen Situationen adaptiv. Von Adaptivität kann nur dann gesprochen werden, wenn aufgrund der Scham ein unangemessenes Verhalten in der Vergangenheit reflektiert und die Unterlassung dieses Verhaltens in der Zukunft wahrscheinlicher wird (Eismann & Lammers, 2017).

Auch bei der Betrachtung spezifischer Emotionsregulationsstrategien zeigten sich Zusammenhänge zwischen Häufigkeit und Nutzung bestimmter Strategien mit Wohlbefinden und Psychopathologie. Strategien, die besonders häufig untersucht wurden, waren kognitive Neubewertung und Unterdrückung (Dryman & Heimberg, 2018; Goldin, McRae, Ramel & Gross, 2008; Gross & John, 2003). Empirische Studien konnten zeigen, dass Neubewertung einen größeren Beitrag zur Verringerung des negativen Affekts leisten konnte als Unterdrückung. Des Weiteren zeigten sich bei Personen, die vermehrt Neubewertung zur Regulation belastender Emotionen einsetzten, negative Zusammenhänge mit Psychopathologie (Aldao, Gee, De Los Reyes & Seager, 2016; Barnow, 2012; Sheppes, Suri & Gross, 2015). Positive Zusammenhänge mit Psychopathologie zeigten sich bei einer häufigeren Nutzung von Unterdrückung (Gross & John, 2003; Izadpanah, Barnow, Neubauer & Holl, 2019; John & Gross, 2004). Auch bei anderen Emotionsregulationsstrategien wurden Hinweise darauf gefunden, dass bestimmte Strategien entweder eher in einem positiven oder einem negativen Zusammenhang mit Wohlbefinden und Psychopathologie stehen. So wurden Strategien wie Neubewertung, Akzeptanz und Problemlösen als adaptiv klassifiziert, da empirische Studien negative Zusammenhänge mit Psychopathologie zeigen konnten. Strategien wie Unterdrückung, Vermeidung und Rumination, die im Mittel eher positiv

mit psychischen Beschwerden assoziiert waren, wurden als maladaptiv klassifiziert (für eine Übersicht, siehe Aldao et al., 2010; für empirische Beispiele, siehe Conklin et al., 2015; Goossens et al., 2016; McMahon & Naragon-Gainey, 2018; Wante, Mezulis, Van Beveren & Braet, 2017).

Diese Dichotomie hat heuristischen Wert für die Forschung, aber besonders für die Praxis. Allerdings wird angenommen, dass die als adaptiv klassifizierten Strategien grundsätzlich funktional sind und die als maladaptiv klassifizierten Strategien im Allgemeinen mit dysfunktionalen Konsequenzen verbunden sind. Aktuelle empirische Befunde zeigen jedoch, dass es sinnvoll sein kann, die Effektivität einer Strategie in Abhängigkeit vom Kontext zu beurteilen (Birk & Bonanno, 2016; English et al., 2017; Haines et al., 2016; Sheppes & Gross, 2011; Troy, Ford, McRae, Zarolia & Mauss, 2017). Troy et al. (2013) konnten zeigen, dass die Effektivität der Strategie Neubewertung von der Kontrollierbarkeit der Situation abhängig war. In einer Laborstudie induzierten sie Traurigkeit und stellten fest, dass bei einigen Studienteilnehmenden die Anwendung von Neubewertung mit höherer Depressivität assoziiert war. Da Neubewertung im Allgemeinen als adaptive Strategie angesehen wird, entsprach dieser Befund nicht den Erwartungen. Bei näherer Betrachtung stellte sich heraus, dass diejenigen der Studienteilnehmenden mit höheren Depressionswerten reagierten, welche in den vergangenen Monaten häufiger kontrollierbare Stresssituationen erlebt hatten. Studienteilnehmende hingegen, die in den vergangenen Monaten überwiegend unkontrollierbaren Stressoren ausgesetzt waren, reagierten bei Anwendung von Neubewertung mit geringeren depressiven Symptomen. Die Kontrollierbarkeit der Situation scheint für die Effektivität von Neubewertung entscheidend zu sein. Dieser Befund konnte in anderen Laborstudien (Troy et al., 2017) und unter Verwendung von *Ecological Momentary Assessment* (EMA; Haines et al., 2016) repliziert werden. Ecological Momentary Assessment bezeichnet eine Erhebungsstrategie, die das Ziel verfolgt, unverzerrt und unmittelbar im „natürlichen“ Umfeld der Versuchsperson zu erfassen, z. B. durch Tagebücher, Audio- oder Videoaufzeichnungen. Dadurch werden Verzerrungen durch Antworttendenzen verringert und die Validität der Messung erhöht sich (Haines et al., 2016). Die Autor:innen erklären die Ergebnisse damit, dass es unter kontrollierbaren Bedingungen adaptiver ist, aktive Regulationsstrategien wie beispielsweise das aktive Problemlösen anzuwenden. In Situationen, die als unkontrollierbar erlebt werden, kann es wiederum hilfreicher sein, die emotionale Reaktion mithilfe von Neubewertung zu regulieren (Haines et al., 2016; Troy et al., 2013). Auch eine andere Studie zu emotionalen Reaktionen im Zusammenhang mit Verlusterlebnissen

zeigte, dass Strategien wie Rumination oder Unterdrückung in diesen bestimmten Situationen adaptive Strategien darstellten, die zur Reduktion depressiver Symptome führten (Eisma et al., 2015).

Des Weiteren konnten Studien aus den vergangenen Jahren zeigen, dass die Effektivität einer Strategie auch vom interpersonellen Kontext beeinflusst werden kann. Arens, Balkir und Barnow (2013) untersuchten Frauen aus Deutschland und der Türkei. Sie fanden, dass die häufige Unterdrückung einer Emotion oder des emotionalen Ausdrucks bei Frauen aus der Türkei, einer eher kollektivistisch geprägten Kultur, mit verringertem negativen Affekt und erhöhtem psychischen Wohlbefinden assoziiert war. Bei den Frauen aus Deutschland, bei denen eher ein individualistisch geprägter kultureller Hintergrund angenommen wird, fand sich ein umgekehrter Wirkmechanismus. Auch andere Studien fanden, dass das kulturelle Wertesystem einen moderierenden Einfluss auf den Einsatz von Unterdrückung und negativen Affekt bzw. die erlebte Qualität sozialer Beziehungen hatte (Butler, Lee & Gross, 2007).

Außerdem scheinen die Intensität der zu regulierenden Emotionen und die Anzahl von Stressoren einen Einfluss auf die Effektivität einer Strategie zu haben (Dorman Ilan, Tamuz & Sheppes, 2019; Hay, Sheppes, Gross & Gruber, 2015; Sauer et al., 2016; Sheppes & Gross, 2011; Suri et al., 2018). Bei hoher emotionaler Intensität, die beispielsweise unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis erlebt wird, kann der Einsatz von Vermeidung oder Unterdrückung zunächst einmal sinnvoll sein. Die prinzipiell als eher maladaptiv klassifizierten Strategien ermöglichen eine kurzfristige Verschiebung der Aufmerksamkeit vom aversiven Reiz und haben so eine protektive Wirkung (Shafir, Thiruchselvam, Suri, Gross & Sheppes, 2016). Bei Emotionen mit geringer Intensität scheinen wiederum Strategien wie Neubewertung oder Relativieren effektiver zu sein (Sheppes & Gross, 2011; Suri et al., 2018).

Dieser Zusammenhang zeigte sich auch in Bezug auf die Anzahl von Stressoren. Studienteilnehmende, die einen leichten Stromschlag erhielten, konnten den negativen Affekt unter der Verwendung von Neubewertung effektiver regulieren als Studienteilnehmende, die zusätzlich einem weiteren Stressor, hier dem Kaltwassertest (*cold pressure task*), ausgesetzt waren. Die Autor:innen erklärten diesen Befund damit, dass unter hohem Stress Neubewertungen weniger effektiv angewendet werden können und andere Strategien wesentlich effektiver sind (Raio, Orederu, Palazzolo, Shurick & Phelps, 2013).

Ein weiterer Aspekt, der einen Einfluss auf die Effektivität einer Strategie hat, ist das individuelle Ziel, das mit der Regulation verbunden ist. In der Regel dient Regulation dazu, angenehme Emotionen zu intensivieren und belastende

Emotionen zu verringern (Gross et al., 2006). Verschiedene Studien konnten allerdings zeigen, dass Personen unter bestimmten Umständen bestrebt sind, negative Emotionen zu intensivieren. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn Wut und Ärger genutzt werden, um in einer Auseinandersetzung den eigenen Standpunkt entschiedener und bestimmter vertreten zu können oder wenn Trauer bewusst gesteigert wird, um in einer belastenden Lebenssituation soziale Unterstützung zu erhalten (English et al., 2017; Tamir, 2009; Tamir & Ford, 2012). Emotionen werden somit nicht ausschließlich im Sinne eines hedonistischen Prinzips reguliert. Stattdessen spielt auch das Erreichen eines persönlich relevanten Ziels bei der Wahl der Emotion, die erlebt werden soll, und somit bei der gewählten Regulationsstrategie, eine entscheidende Rolle. Die Passung zwischen regulatorischen Zielen und eingesetzten Strategien scheint von Bedeutung zu sein.

Die Kategorisierung von Emotionen und Emotionsregulationsstrategien als adaptiv und maladaptiv ist für Forschung und Praxis praktikabel und empirisch gut belegt. Allerdings sollte bei der Definition der beiden Kategorien berücksichtigt werden, dass eine Strategie nicht per se adaptiv oder maladaptiv ist. Stattdessen sollte bei der Beurteilung der Effektivität zusätzlich die Häufigkeit berücksichtigt werden, mit der die Strategie angewendet wird sowie der Kontext. Kontextfaktoren, die einen Einfluss auf die Effektivität haben, sind die Kontrollierbarkeit einer Situation (Haines et al., 2016; Troy et al., 2013; Troy et al., 2017), interpersonelle Faktoren (Arens et al., 2013; Butler, 2007; Eisma et al., 2015), die Intensität der zu regulierenden Emotion, die Anzahl von Stressoren (Dorman et al., 2019; Hay et al., 2015; Sauer et al., 2016; Sheppes & Gross, 2011; Suri et al., 2018; Szasz, Coman, Curtiss, Carpenter & Hofmann, 2018) und die Ziele, die mit der Regulation verfolgt werden (English et al., 2017; Tamir, 2009; Tamir & Ford, 2012). Aufgrund der aktuellen Befunde haben verschiedene Forschende die Idee der *Emotionsregulationsflexibilität* entwickelt. Die Effektivität von Emotionsregulationsstrategien wird danach in Abhängigkeit vom Kontext betrachtet. Es wird von einer allgemeinen Kategorisierung abgesehen, da das Potenzial der Regulationsstrategie abhängig von der jeweiligen Situation ist und auch die Adaptivität somit kontextbezogen ist.

Zusammengefasst sollte eine adaptive Emotionsregulation nicht starr und einseitig verlaufen, sondern flexibel und situationsangemessen. Zudem geht ein adaptiver und funktional flexibler Regulationsstil mit geringerer Psychopathologie einher (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). Die verursachten Kosten stellen einen guten Indikator für den adaptiven Einsatz einer Emotionsregulationsstrategie dar. Verursacht eine Regulationsstrategie hohe kognitive oder körperliche Anstrengung bzw. ist sie mit hohen sozialen Kosten verbunden, wird sie in der

derzeitigen Literatur als eher maladaptiv beschrieben (Petermann et al., 2016, Aldao et al., 2010, Aldao & Nolen-Hoeksma, 2012).

Im Rahmen dieser Untersuchung wird eine Unterscheidung zwischen adaptiven und maladaptiven Emotionen bzw. Regulationsstrategien vorgenommen. Die Definition dieser Begriffe orientiert sich dabei an den aktuellen empirischen Daten, die die Effektivität von Emotionsregulation kontextabhängig betrachten. Dabei werden adaptive Emotionen und Emotionsregulationsstrategien als allgemein nachvollziehbar und in der jeweiligen Situation als angemessen und hilfreich angesehen. Sie gelten als Richtmaß für die Umsetzung von sinnvollen und reflektierten Handlungen und helfen bei der Befriedigung angemessener Bedürfnisse. Eine adaptive Emotionsregulation wird als flexibel und situationsbezogen verstanden. Zudem verringert sie unangenehme Folgen von belastenden Emotionen und ermöglicht das Erreichen langfristiger Ziele (Barnow, 2012). Maladaptive Regulationsstrategien stehen oft im Zusammenhang mit kritischen Lebenserfahrungen und führen in ihrer Folge nicht zur Befriedigung eines angemessenen Bedürfnisses bzw. stehen der langfristigen Ziel- und Bedürfnisbefriedigung entgegen (Barnow, 2012). Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie belastendes emotionales Erleben nicht verringern, sondern bestenfalls unterdrücken. Bei einseitiger und unflexibler Anwendung führen maladaptive Strategien häufig zu zwischenmenschlichen Konflikten und stehen in einem positiven Zusammenhang mit der Entstehung und der Aufrechterhaltung von verschiedenen psychopathologischen Störungsbildern wie affektiven Störungen oder Angststörungen. Daher spielen maladaptive Regulationsstrategien eine relevante Rolle für das Verständnis unterschiedlicher Psychopathologien und deren Behandlung (Eismann & Lammers, 2017).

3.3.2.4 Emotionsregulation im Alter

Nach der Theorie der Entwicklungsaufgaben (Havighurst, (1948, 1972) sowie nach den Konzepten der Lebensspannenpsychologie (Baltes & Baltes, 1990; Thomae 1979; siehe Abschnitt 3.1.2) stehen Menschen in jeder Lebensphase altersspezifischen Herausforderungen gegenüber. So wie in jungen Jahren spielen ebenso im Alter emotionale Ressourcen und Kompetenzen eine relevante Rolle, wenn es um die Bewältigung der jeweiligen Aufgaben geht. Dabei sind das emotionale Erleben und die Fähigkeit Emotionen adaptiv zu regulieren auch im Alter ein entscheidender Faktor, der zur Stabilität des Wohlbefindens beiträgt. Im Rahmen des Konzepts des erfolgreichen Alterns wird das psychische Wohlbefinden als zentrales Beurteilungskriterium definiert. Umso erstaunlicher ist es, dass sich

die Forschung erst verhältnismäßig spät mit dem Zusammenhang zwischen Wohlbefinden, emotionalen Ressourcen und Emotionsregulation im Alter beschäftigt hat (Lawton, 2001).

Derzeit existiert lediglich eine vergleichsweise geringe Anzahl an Studien zu emotionsregulativen Prozessen und zum subjektiven Wohlbefinden bei gesunden Menschen im höheren Lebensalter. In der Tendenz weisen diese bisherige Daten darauf hin, dass emotionale Kompetenzen und Ressourcen sowie subjektives Wohlbefinden im Alter nicht, wie früher angenommen, prinzipiell abnehmen. Die Häufigkeit positiver Emotionen weist sogar eine gewisse Stabilität auf. Es wird vermutet, dass bestimmte, als adaptiv klassifizierte Emotionsregulationsstrategien im Alter mit höherer Effizienz eingesetzt werden. Die Häufigkeit negativer Emotionen scheint im Verlauf des Lebens sogar abzunehmen (Charles, Reynolds & Gatz, 2001; Lawton, 2001). Dennoch kann die Befundlage als eher heterogen angesehen werden, weshalb es sinnvoll erscheint, verschiedene Bereiche des Emotionsregulationsprozesses differenzierter zu betrachten. Martin und Kliegel (2014) schlagen dafür eine Einteilung in die subjektive Emotionswahrnehmung, die affektive Komplexität, den Emotionsausdruck und die eigentliche Emotionsregulation vor. Für die Fragestellungen dieser Arbeit sind die Bereiche *subjektive Emotionswahrnehmung* und *Emotionsregulation* besonders relevant und werden im Folgenden beschrieben.

Im Rahmen der *subjektiven Emotionswahrnehmung* werden Altersunterschiede in der Häufigkeit und in der Intensität von Emotionen betrachtet. In der Regel werden Emotionen dabei auf zwei unabhängige Dimensionen reduziert: positiver und negativer Affekt. Der positive Affekt bezieht sich beispielsweise auf das Ausmaß an freudiger Erregtheit, Ruhe und Ausgeglichenheit. Der negative Affekt auf das Ausmaß an Lethargie, Trauer, Verachtung, Anspannung, Ärger, Gereiztheit und Angst (Watson & Tellegen, 1985). Besonders der positive Affekt gilt als zentraler Faktor bei der Beurteilung des subjektiven Wohlbefindens (Diener, Sandvik & Larsen, 1985). In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass positiver Affekt mit erhöhtem subjektiven Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit einhergeht (Burgdorf & Panksepp, 2006; Moriwaki, 1974) und das Risiko von Frailty im Alter reduzieren kann (siehe Abschnitt 3.2.1.1; Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004).

Wird die Häufigkeit erlebter Emotionen im Alter betrachtet, wurde früher davon ausgegangen, dass negative Emotionen im Alter kontinuierlich ansteigen, z. B. aufgrund von steigenden Verlusterfahrungen und sich verringern den Entwicklungsgewinnen. Es wurde angenommen, dass damit eine Verringerung des Wohlbefindens einhergeht (Stacey & Gatz, 1991). Die Mehrzahl der aktuellen Studien widerspricht dieser früheren Annahme. Während einige wenige

Studien auf eine generelle Abnahme der Häufigkeit negativer wie positiver Emotionen im Alter hinweisen (Diener et al., 1985; Lawton, Kleban, Rajagopal & Dean, 1992), zeigt der Großteil der Untersuchungen bei gesunden Menschen im höheren Lebensalter eine Abnahme lediglich des negativen Affekts mit darauffolgender stabiler Phase (Barrick, Hutchinson & Deckers, 1989; Carstensen et al., 2000). Allerdings kann das Erleben eines negativen Affekts auch als adaptiv betrachtet werden. Dies ist der Fall, wenn er die Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben unterstützt (Labouvie-Vief, 2003). In verschiedenen Studien wurde der negative Affekt nicht als Gesamtwert operationalisiert, sondern es wurden verschiedene diskrete negative Emotionen betrachtet und hinsichtlich ihrer Funktionalität unterschieden. Dabei stellte sich heraus, dass im jungen Erwachsenenalter im Vergleich zum höheren Erwachsenenalter zwar mehr Ärger berichtet wird, dieser aber beim Aufbau von Ressourcen und bei der Verfolgung altersspezifischer Ziele unterstützt. Im Alter wiederum werden häufiger Emotionen wie Traurigkeit und Verachtung berichtet, diese scheinen allerdings bei der Bewältigung von Verlusten und bei Prozessen der Zielablösung zu unterstützen und hätten dann eher einen adaptiven Charakter (Kunzmann, Kappes & Wrosch, 2014; Neumann, 2016). Das Erleben negativer Emotionen kann eine angemessene und adaptive Reaktion auf altersspezifische Entwicklungsaufgaben sein und nicht lediglich als Emotionsregulationsdefizit interpretiert werden. Die Entwicklung des subjektiven Wohlbefindens ist unter diesen Annahmen noch nicht eindeutig geklärt.

Im Hinblick auf die Häufigkeit positiver Emotionen zeigte sich ebenfalls kein eindeutiges Ergebnis. Einige wenige Studien gehen von einer Abnahme positiver Emotionen im Alter aus (Stacey & Gatz, 1991). Eine Erklärung für eine mögliche Abnahme der Häufigkeit positiver allerdings auch negativer Emotionen kann darin bestehen, dass mit zunehmendem Alter die kognitive Leistungsfähigkeit nachlässt, wodurch das Erkennen und Identifizieren der eigenen Emotionen unter Umständen eingeschränkt sein kann (Mather, 2012). Eine Vielzahl anderer Studien weist allerdings darauf hin, dass im Rahmen eines erfolgreichen Alterungsprozesses die Häufigkeit positiver Emotionen stabil bleibt bzw. positiver Affekt sogar ansteigt (Charles et al., 2001; Gross et al., 1997; Mroczek & Kolarz, 1998).

Untersuchungen zur Intensität erlebter Emotionen im Alter zeigen ebenfalls ein eher heterogenes Bild: Eine Studie konnte zeigen, dass in einer Gruppe älterer Erwachsener die Intensität der erlebten negativen wie positiven Emotionen mit dem Alter nachließ (Lawton et al., 1992). Dagegen zeigten Kunzmann und Grünh (2005), dass die Intensität von Trauer bei Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Befragten stärker ausgeprägt war, wenn

beide Gruppen eine Videosequenz betrachten sollten, in der es um Themen wie Tod, Sterben und Vergänglichkeit ging. In einer anderen Studie wurden ältere und jüngere Studienteilnehmende gebeten, über ein persönliches Ereignis zu berichten, das entweder von Wut oder von Traurigkeit geprägt war. Dabei reagierten die Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu den jüngeren Befragten mit weniger Wut im mimischen und verbalen Ausdruck, in der physiologischen Erregung und im subjektiven, selbstberichteten emotionalen Erleben. In Bezug auf die Intensität von Traurigkeit gab es keine Altersunterschiede (Kunzmann, Rohr, Wieck, Kappes & Wrosch, 2017). Die Inkonsistenz dieser Ergebnisse kann sich aus dem querschnittlichen Studiendesign ergeben. Die *National Health and Nutrition Examination Study* (1992), in der 5 000 Teilnehmende im Alter von 24 bis 74 Jahren über einen Zeitraum von neun Jahren zweimal jährlich zu ihrem subjektiven Wohlbefinden befragt wurden, zeigte, dass im Querschnitt der positive wie auch der negative Affekt im Alter abnahmen. Wurden die Daten im Längsschnitt betrachtet, ergaben sich keine Alterseffekte. Carstensen et al. (2000) wählten ebenfalls einen Längsschnitt und kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Im Einklang mit anderen Längsschnittuntersuchungen fanden auch sie weder Alterseffekte in der Häufigkeit und Intensität positiver Affekte noch in der Intensität negativer Affekte. Allerdings fanden sie, dass die Häufigkeit des negativen Affekts bei Studienteilnehmenden bis zu einem Alter von 60 Jahren verringert war. Mit fortschreitendem Alter verringerte sich dann die Häufigkeit des positiven Affekts. Dieses Ergebnis konnte im Rahmen der Berliner Altersstudie repliziert werden. Kotter-Grühn et al. (2010) fanden im Längsschnitt ebenfalls keine Altersunterschiede in der Intensität positiver und negativer Affekte bei Menschen im höheren Lebensalter. Allerdings zeigte sich auch hier eine Abnahme positiver Affekte bei Studienteilnehmenden über 85 Jahren. Auch in anderen Studien konnte gezeigt werden, dass es im sehr hohen Erwachsenenalter, besonders in den letzten Jahren vor dem Tod, zu einer Abnahme positiver Affektivität (Charles, et al., 2001; Diener & Suh, 1997) sowie zu einem Anstieg negativer Affektivität kam (Gerstorf, Ram, Röcke, Lindenberger & Smith, 2008; Griffin, Mroczek & Spiro, 2006). Da bei einem Großteil der beschriebenen Studien das subjektive Wohlbefinden nicht erhoben wurde, kann keine eindeutige Aussage über den Einfluss der Veränderungen der Affektivität auf das Wohlbefinden gemacht werden.

Auch wenn die empirische Evidenz zur subjektiven Emotionswahrnehmung gemischt ist (Kunzmann et al., 2017), weist ein Großteil der Studien darauf hin, dass das subjektive Wohlbefinden über die Lebensspanne stabil bleibt (Charles & Carstensen, 2007; Diener & Suh, 1997; Lawton, 2001). Ältere Studien konnten sogar zeigen, dass kein Unterschied im Wohlbefinden zwischen älteren und jüngeren Erwachsenen existiert (Diener & Lucas, 1999; Diener & Suh, 1997).

Gesunde Menschen im höheren Lebensalter scheinen besonders erfolgreich in der Aufrechterhaltung positiver Affektivität (Barrick et al., 1989; Carstensen et al., 2000; Charles, et al., 2001; Gross et al., 1997) und in der Verminderung negativer Affektivität zu sein (Carstensen et al., 1999; Charles, 2010). Erklärend wird hier angenommen, dass sich aufgrund von Lernprozessen die Fähigkeit zur adaptiven Emotionsregulation mit fortschreitendem Alter stetig verbessert (Charles & Carstensen, 2007; Charles & Luong, 2013; Isaacowitz & Blanchard-Fields, 2012; Scheibe & Carstensen, 2010). Allerdings zeigt sich auch, dass es im hohen Alter offensichtlich zu einer Zunahme des negativen Affekts und zu einem Abfall der emotionalen Stabilität kommt (Gerstorf et al., 2008; Kunzmann et al., 2000; Mroczek & Spiro III, 2005). In zukünftigen Untersuchungen zum Zusammenhang von subjektiver Emotionswahrnehmung und Wohlbefinden im Alter könnten neben Quer- und Längsschnittuntersuchungen Untersuchungen zur intraindividuellen Variabilität differenzierte Informationen liefern.

Im Folgenden werden zum einen die Studienlage zum Prozess der Emotionsregulation bei gesunden Menschen im höheren Lebensalter beschrieben und zum anderen die Effektivität verschiedener Emotionsregulationsstrategien beurteilt. Zunächst einmal konnte gezeigt werden, dass gesunde Menschen im höheren Lebensalter die Effektivität ihrer Emotionsregulationsstrategien positiver einschätzten als dies jüngere Menschen taten (Birditt & Fingermann, 2005; Gross et al., 1997; Scheibe & Carstensen, 2010). Allerdings liefern Studien zu physiologischen Parametern des Emotionsregulationsprozesses (z. B. Hauttemperatur, Hautleitfähigkeit, Herzfrequenz) ein eher heterogenes Bild, an dem eine alterskorrelierte Verbesserung der Emotionsregulation nicht eindeutig erkennbar war (Bäckman & Molander, 1991; Magai, Consedine, Krivoshekova, Kudadije-Gyamfi & McPherson, 2006). Einige Studien zeigten, dass emotionale Reize bei Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Menschen eine verringerte physiologische Reaktion auslösten. Erklärt wurde dieses Ergebnis durch eine verringerte Flexibilität des kardiovaskulären Systems (Kunzmann & Grünh, 2005; Levenson et al., 1991). Allerdings ist nach wie vor unklar, ob eine verringerte physiologische Reaktion die Ursache oder die Folge einer erfolgreicherer Emotionsregulation im Alter ist. Dies muss durch weitere Untersuchungen geklärt werden (Cacioppo, Berntson, Klein & Poehlmann, 1997).

Eine Vielzahl an Studien zeigte, dass gesunde Menschen im höheren Lebensalter erfolgreich in der Regulation ihrer Emotionen sind und dass es ihnen tendenziell gut gelingt, sich an Veränderungen, die mit dem Alterungsprozess einhergehen, emotional anzupassen. Dafür wurden u. a. Untersuchungen zur Aufmerksamkeit und zum Gedächtnis durchgeführt. Dabei konnte gezeigt werden, dass gesunde Menschen im höheren Lebensalter emotional positive Inhalte

besser erinnerten und wahrnahmen als neutrale oder negative Inhalte (Charles et al., 2003; Grünh et al., 2007; Mather & Carstensen, 2003). Diese Untersuchungen stützen die Annahme des Positivitätseffekts (siehe Abschnitt 3.1.3). Es wird davon ausgegangen, dass Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Menschen erfolgreicher darin sind, ihren Aufmerksamkeitsfokus von negativen emotionalen Informationen zu weniger belastenden Informationen zu verschieben (Scheibe & Carstensen, 2010), irrelevante negative Stimuli zu ignorieren und sich an mehr positive als an negative emotionale Ereignisse zu erinnern (Mather, 2012). Mit dem Ziel ihr subjektives Wohlbefinden zu steigern, sind sie zunehmend motivierter, ihre Emotionen mit Fokus auf den gegenwärtigen Moment zu regulieren (Carstensen, Fung & Charles, 2003; Charles & Carstensen, 2007).

Auch in Laborstudien sowie in Studien, die das emotionale Erleben der Menschen im höheren Lebensalter im Alltag anhand von *Experience Sampling-Methoden* (zeitnahe Befragung durch elektronische Endgeräte oder Tagebücher) erfassten, konnte gezeigt werden, dass Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Menschen von einem verbesserten emotionalen Erleben und höherem subjektiven Wohlbefinden berichteten. Dieser Befund wird u. a. damit erklärt, dass sich mit dem Alter der negative Affekt verringert und das emotionale Erleben differenzierter wird. Eine gewisse emotionale Stabilität tritt ein, wenn Erinnerungen mit positiven emotionalen Erfahrungen länger aufrechterhalten werden als emotional belastende (Carstensen et al., 2000; Gross et al., 1997).

Zur Erhöhung des subjektiven Wohlbefindens und zur emotionalen Stabilität scheinen nach der Theorie der sozioemotionalen Selektivität von Carstensen et al. (1999) auch soziale Veränderungen beizutragen. Wie in Abschnitt 3.1.3. erläutert wurde, wird angenommen, dass mit dem Bewusstwerden der abnehmenden Lebenszeit der Fokus eher auf gegenwärtig emotionale als auf zukunftsorientierte Ziele gelegt wird. Das Verfolgen emotionaler Ziele gelingt in der Regel am besten im Familien- und engen Freundeskreis (Carstensen, Mikels & Mather, 2006), weshalb das soziale Netzwerk mit dem Alter bewusst verkleinert wird (Lang & Carstensen, 2002). Zudem ist die Aufrechterhaltung eines verringerten sozialen Netzwerks, bestehend aus Familienmitgliedern oder anderen nahestehenden Personen, organisatorisch besser zu bewältigen, was zu dem beschriebenen Fokus beiträgt (Charles & Carstensen, 2007).

Die gesteigerte Motivation der Menschen im höheren Lebensalter zu Affektoptimierung konnte auch von Scheibe, Mata und Carstensen (2009) gezeigt werden. Sie fanden, dass Menschen im höheren Lebensalter ihre eigenen emotionalen Reaktionen, bezogen auf ein zukünftiges Ereignis, besser einschätzen konnten als

jüngeren Menschen. Allerdings zeigte sich dieser Effekt lediglich bei positiven Ereignissen und nicht bei negativen. Dieser Befund wird dahingehend interpretiert, dass diese Fähigkeit für eine effektive Situationsauswahl prädestiniert. Menschen im höheren Lebensalter sind erfolgreicher in der Auswahl von Situationen, die zur Erhöhung ihres subjektiven Wohlbefindens potenziell beitragen (Nielsen, Knutson & Carstensen, 2008).

Auch bei einer gesundheitsbezogenen Entscheidungsaufgabe riefen Menschen im höheren Lebensalter wesentlich mehr positive als negative Entscheidungskriterien ab und nahmen vermehrt die positiven Aspekte einer Entscheidung in den Blick (Löckenhoff & Carstensen, 2007). Diese Selektivität und Ausrichtung auf positive Emotionen kann in bestimmten Bereichen allerdings auch nachteilig sein. Besonders bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen kann es sinnvoll sein, nicht lediglich die positiven Aspekte zu betrachten, sondern auch mögliche negative Folgen. Ein Emotionsregulationsstil, der darauf ausgerichtet ist, positive Emotionen zu fördern und negative Emotionen zu vermeiden, ist im Hinblick auf medizinische Behandlungen problematisch. Häufig müssen negative Emotionen, wie z. B. Ängste vor bestimmten Eingriffen, in Kauf genommen werden, um Gesundheit langfristig zu erhalten (Tesch-Römer, 2010).

Neben den beschriebenen Studien, die annehmen, dass sich emotionale Kompetenzen bei gesunden Menschen mit dem Alter verbessern, zeigen einige wenige Studien gegenteilige Ergebnisse. Ong, Rothstein und Uchino (2012) gehen davon, dass es mit dem Alter zu einem Verlust der Flexibilität des peripher-physiologischen Systems kommt und somit zu einer altersbezogenen Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit (Lindenberger & Baltes, 1997). Dadurch stehen nicht mehr genug Ressourcen zur Verfügung, um anspruchsvolle, kognitive Emotionsregulationsstrategien anzuwenden. Eine erfolgreiche und adaptive Emotionsregulation und eine Affektoptimierung sind nur noch begrenzt möglich (Charles, 2010; Charles & Luong, 2013). Menschen im höheren Lebensalter fällt es im Vergleich zu jüngeren Menschen deutlich schwerer, komplexe Affektzustände zum einen zu erleben (Labouvie-Vief, 2003) und zum anderen stark emotionale bzw. anhaltende Belastungssituationen auszuhalten und diese zu bewältigen (Charles, 2010). Diese Befunde stützen die Annahme, dass positive Affekte mit dem Alter abnehmen, negative Affekte kontinuierlich zunehmen und dass das subjektive Wohlbefinden mit dem Alter negativ korreliert (Stacey & Gatz, 1991).

Auch im Bereich der Personenwahrnehmung zeigte sich, dass Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Menschen bei der Beurteilung einer fremden Person ihren Fokus vermehrt auf vorab gegebene, negative anstatt auf positive emotionale Informationen richteten. Im Verlauf der Beurteilung

waren sie rigider und ließen sich stärker von dem Gesamteindruck einer Person beeinflussen anstatt differenzierte Informationen, die sie später bekamen, in den Entscheidungsprozess einzubeziehen (Hess & Pullen, 1994). Andere Studien konnten zudem zeigen, dass Menschen im höheren Lebensalter weniger gut in der Lage waren, bereits aktivierte negative Emotionen zu regulieren (Mather, 2012; Shiota & Levenson, 2009). Gesunde Frauen im höheren Lebensalter reagierten zwar auf uneindeutige emotionale Situationen tendenziell eher mit einem positiven Interpretationsstil, benötigten allerdings signifikant mehr Zeit als jüngere Frauen, um sich von negativen emotionalen Bildern zu erholen. Darüber hinaus hatten sie vergleichsweise mehr Probleme, ein breites Spektrum positiver Emotionsregulationsstrategien flexibel anzuwenden (van Reekum et al., 2011).

Bei der Betrachtung spezifischer Emotionsregulationsstrategien zeigt sich zunächst, dass das Anwendungsmuster nicht statisch ist, sondern sich im Verlauf des Lebens offenbar anpasst und verändert. Diehl, Coyle und Labouvie-Vief (1996) untersuchten Altersunterschiede in der Anwendung von Coping- und Vermeidungsstrategien beim Erleben eines konflikthaften Ereignisses. Sie konnten zeigen, dass Jugendliche und jüngere Erwachsene verschiedene Strategien eher undifferenziert anwendeten und tendenziell ein aggressives Verhalten bei der Bewältigung zeigten, was auf ein geringeres Maß an Impulskontrolle und Selbstbewusstsein hinwies. Im Vergleich dazu zeigten Menschen im höheren Lebensalter eine Kombination aus Bewältigungs- und Vermeidungsstrategien, die auf eine stärkere Impulskontrolle und die Tendenz hinwiesen, Konfliktsituationen eher vermeiden oder positiv bewerten zu wollen. Der Fokus der Menschen im höheren Lebensalter lag dementsprechend eher auf Konfliktvermeidung als auf Konfrontation und sie wendeten häufiger kognitive Strategien wie Neubewertung an. Dieses Ergebnis stimmt mit anderen Befunden überein, die zeigen konnten, dass Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Menschen generell weniger maladaptive Regulationsstrategien anwendeten (Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987; McCrae, 1989; Schirda, Valentine, Aldao & Prakash, 2016).

Weitere Befunde weisen ebenfalls darauf hin, dass Menschen im höheren Lebensalter ihre Emotionen häufig besser regulieren und zwar dahingehend, dass sie im verstärkten Maße kognitive Ressourcen mit dem Ziel aufwenden, positive Affektzustände zu maximieren und gleichzeitig negative oder aversive Emotionen zu verringern oder zu vermeiden (Carstensen et al., 2006). Auch Lawton et al. (1992) zeigten anhand einer Fragebogenstudie, dass mit fortschreitendem Alter die aktive Suche nach neuen Herausforderungen oder emotionalen Belastungssituationen abnahm. Dafür stieg die Fähigkeit emotionaler Impulskontrolle deutlich

an. Phillips, Henry, Hosie und Milne (2008) ließen jüngere und ältere Studienteilnehmende Filme ansehen, in denen es um Ungerechtigkeit und Leid ging. Sie fanden, dass Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Studienteilnehmenden besser in der Lage waren, ihre subjektiven Gefühle nach dem Betrachten des Films zu verbalisieren und ihnen ein semantisches Konzept zuzuordnen. Zudem fanden sie, dass es den älteren Studienteilnehmenden besser gelang, mithilfe von positiven Erinnerungen die belastenden Emotionen, die der Film bei ihnen ausgelöst hatte, zu regulieren (positive Refokussierung), allerdings nur dann, wenn sie explizit dazu aufgefordert wurden.

In welchem Verhältnis und mit welcher Variabilität Personen die verschiedenen Emotionsregulationsstrategien einsetzen, scheint einem Entwicklungsprozess über die gesamte Lebensspanne zu unterliegen. Mit zunehmendem Alter scheinen gesunde Menschen vermehrt solche Strategien einzusetzen, die sich für sie zur Stabilisierung oder Steigerung des subjektiven Wohlbefindens als effektiv erwiesen haben. Es kann als funktional angesehen werden, in Belastungssituationen nach Lösungen zu suchen, die sich bereits bewährt haben. Strategien, deren Einsatz sich im Verlauf des Lebens als ineffektiv und dysfunktional herausgestellt hat, werden verringert. Der adaptive Einsatz von Emotionsregulationsstrategien lässt darauf schließen, dass mit dem Alter nicht nur die emotionale Kontrolle ansteigt, sondern ebenfalls die emotionale Kompetenz, mit der bewussten Regulation von Emotionen auf das subjektive Wohlbefinden aktiv Einfluss zu nehmen (Charles & Carstensen, 2007; John & Gross, 2004).

Nach Schulz (1976) lassen sich zwei emotionale Kontrollstrategien unterscheiden: primäre und sekundäre Kontrolle. Bei den primären Kontrollstrategien findet bei der Regulation von Emotionen vermehrt eine Einflussnahme auf die externe Umwelt statt. Hierzu zählen z. B. die bewusste Situationsauswahl oder die Situationsveränderung. Bei den sekundären Kontrollstrategien kommt es eher zu intrapersonellen Veränderungen. Dies umfasst eine veränderte Betrachtungsweise oder neue Bewertungen, die durch die kognitive Neubewertung einer Situation erreicht werden. McConatha und Huba (1999) konnten zeigen, dass sich primäre Kontrollstrategien im Verlauf des Lebens umgekehrt u-förmig entwickeln, während die sekundäre Kontrolle von Emotionen kontinuierlich ansteigt. Es kommt zu einem Wechsel von überwiegend primärer Kontrolle im Jugend- und Erwachsenenalter hin zu einem vermehrten Einsatz von sekundären Kontrollstrategien im Alter. Emotionsregulationsstrategien verändern sich demnach mit fortschreitendem Alter und es kann von einem Alterstrend gesprochen werden. Während im Jugend- und Erwachsenenalter eher instrumentelle, externale Strategien präferiert werden, werden im Alter vermehrt verschiedene intrapsychisch-internale Strategien angewendet (Martin & Kliegel, 2014). Verschiedene korrelative Studien

wie auch Laborstudien konnten diese Annahmen unterstützen (Affleck, Tennen, Croog & Levine, 1987; Gross & John, 2003; Loewenstein, 2007; Taylor, 1983). Gesunde Menschen im höheren Lebensalter, die bei belastenden Lebensereignissen wie z. B. chronischen Erkrankungen oder Unfällen häufiger die Strategie der kognitiven Neubewertung anwendeten, berichteten von mehr sozialen Kontakten, seltener von negativem und mehr positivem Affekt und von einem höheren subjektiven Wohlbefinden. Diese Effekte fanden sich zum einen im Selbstbericht, aber auch im Fremdbbericht, wenn Angehörige, Familienmitglieder oder nahestehende Personen befragt wurden (Gross & John, 2003; Loewenstein, 2007).

Zusammengefasst gehen einige wenige Studien von einem Anstieg des negativen Affekts mit zunehmenden Alter und einer zunehmenden Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Emotionsregulation aus (Charles, 2010; Charles & Luong, 2013; Stacey & Gatz, 1991). Allerdings sei hier festzuhalten, dass ein Anstieg des negativen Affekts nicht zwangsläufig mit einem verringerten Wohlbefinden einhergehen muss. Das verstärkte Erleben negativer Emotionen wie beispielsweise Trauer kann ebenfalls als adaptive Strategie im Umgang mit altersspezifischen Entwicklungsaufgaben angesehen werden und würde in diesem Fall nicht zwangsläufig ein Emotionsregulationsdefizit darstellen (Kunzmann et al., 2014; Labouvie-Vief, 2003; Neumann, 2016).

Aktuelle Quer- und Längsschnittstudien zeigen ein sehr komplexes Bild des Zusammenhangs von Affektivität und Wohlbefinden, das zunächst von Stabilität und später von Veränderungen geprägt ist (Griffin et al., 2006). Der Großteil der aktuellen Studien zur Affektivität im Alter geht davon aus, dass sich in der Altersgruppe der jungen Alten der negative Affekt verringert und der positive Affekt stabil bleibt (Barrick et al., 1989; Carstensen et al., 2000; Charles, et al., 2001; Gross et al., 1997). Erst im sehr hohen Erwachsenenalter, in der Altersgruppe der Hochaltrigen, scheint es zu einem Anstieg der negativen Affektivität und zu einer Verringerung des subjektiven Wohlbefindens zu kommen (Gerstorff, et al. 2008; Griffin et al., 2006).

Bezüglich der Anwendung spezifischer Emotionsregulationsstrategien kann anhand der Mehrzahl der Studien festgestellt werden, dass es Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Menschen gibt (Birditt & Fingerhann, 2005; Carstensen et al., 2000; Gross et al., 1997; Levenson et al., 1991; Scheibe & Carstensen, 2010). Zur Steigerung des Wohlbefindens liegt der Fokus der gesunden Menschen im höheren Lebensalter eher auf dem Erreichen emotionaler Ziele (Carstensen et al., 2006). Im Sinne des Positivitätseffekts werden positive und angenehme Informationen besser erinnert und wahrgenommen als negative oder neutrale (Mather, 2012; Scheibe & Carstensen, 2010). Menschen im höheren Lebensalter setzen dafür eher Emotionsregulationsstrategien ein, die sich für sie

im Verlauf ihres Lebens als effektiv und funktional erwiesen haben und vermeiden Strategien, die für sie ineffektiv und dysfunktional sind (Charles & Carstensen, 2007; John & Gross, 2004; Rantanen et al., 2019). Verschiedene Studien konnten zeigen, dass junge Erwachsene eher aktive Regulationsstrategien bei der Bewältigung von Problemen einsetzen, während Menschen im höheren Lebensalter neben aktiven Regulationsstrategien vermehrt kognitive Strategien einsetzen und damit über ein umfangreicheres Strategie-Repertoire zur Regulation ihrer Emotionen verfügen (Blanchard-Fields, Chen & Norris, 1997; Blanchard-Fields, Mienaltowski & Seay, 2007). Der Regulationsprozess bei Menschen im höheren Lebensalter scheint eher passiv zu sein, da sie im Vergleich zu jüngeren Menschen zwar vermehrt kognitive Strategien einsetzen, hier aber hauptsächlich Strategien wie Vermeidung, Ablenkung, Unterdrückung oder sozialer Rückzug (Blanchard-Fields, Stein & Watson, 2004; Blanchard-Fields et al., 1997; Charles, Piazza, Luong & Almeida, 2009; Scheibe, Sheppes & Staudinger, 2015). Der vermehrte Einsatz dieser Strategien wird in der gegenwärtigen Literatur als eher maladaptiv klassifiziert. Allerdings kann der Einsatz als Schutz vor aversiven Emotionen betrachtet werden und dabei helfen, Energie zu sparen und Konzentration aufrechtzuerhalten (Consedine, Magai & Bonanno, 2002).

Insgesamt kann von einem Zugewinn an emotionaler Kompetenz und Emotionsregulationsfähigkeit bei gesunden Menschen im höheren Lebensalter ausgegangen werden. Dieser ergibt sich zum einen aus der Lebenserfahrung, die den Einsatz effektiver und funktionaler Emotionsregulationsstrategien begünstigt (Blanchard-Fields, 2007), und zum anderen dadurch, dass Menschen im höheren Lebensalter zunehmend motivierter sind, ihre Emotionen dahingehend zu regulieren, dass subjektives Wohlbefinden im gegenwärtigen Moment stabilisiert oder gesteigert wird (Carstensen et al., 2003; Charles & Carstensen, 2007).

3.3.2.5 Emotionsregulation in der Selbst- und Fremdbeurteilung

In der klinischen Psychologie fehlen oft objektivierbare Indikatoren zur Erfassung von pathologischen Dimensionen, sodass Wissenschaftler:innen und Praktiker:innen im klinischen Kontext vielfach auf die Selbstbeurteilungen von Patient:innen angewiesen sind. Die Beurteilungs- oder Ratingverfahren, die dabei zum Einsatz kommen, sind nicht unumstritten und es wird immer wieder die Frage gestellt, ob die Kosten den Wert dieser Verfahren übersteigen (Coombs, 1964; McClelland, 1959). Dennoch sind Selbstbeurteilungsverfahren fester Bestandteil der klinischen Diagnostik. Das liegt zum einen daran, dass die Beschaffung von objektiven Daten sehr aufwendig ist und zum anderen, dass kein anderes Messverfahren so geeignet ist, um die Erlebnisrealität von Betroffenen abzubilden (Langer & Schulz von Thun, 1974). Trotz diverser Nachteile, zu

denen insbesondere auch die leichte Fälschbarkeit im Sinne von bewussten oder unbewussten Über- oder Untertreibungen gehören, sind Selbstbeurteilungsverfahren derzeit das Mittel der Wahl zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften in Forschung und Praxis.

Demgegenüber stehen die Fremdbeurteilungsverfahren. Bei diesen Verfahren werden Urteile von außenstehenden Dritten, wie Eltern, Partner:innen oder Behandelnden, eingeholt. Diese beurteilen die Fähigkeiten und Kompetenzen der zu bewertenden Person auf Basis ihres sichtbaren Verhaltens. Der Vergleich von Selbst- und Fremdbeurteilungen ist eine häufig verwendete Validierungsstrategie in der Persönlichkeitsdiagnostik (Funder, 1999; Mervielde, 2005). Besonders in institutionellen Kontexten wird der Fremdbeurteilung häufig der Vorrang vor der Selbstbeurteilung gegeben. Beispielsweise wird in der Schule der Beurteilung durch die Lehrkräfte größeres Gewicht beigemessen als der der Schüler:innen (Brouër, 2014).

Von einer generellen und allgemeingültigen Überlegenheit von Fremd- gegenüber Selbstbeurteilen auszugehen, ist allerdings problematisch (Langer & Schulz von Thun, 1974). Die Fremdbeurteilung kann ebenso durch Urteilstendenzen oder -fehler beeinflusst sein wie das Selbsturteil. Beide haben keinen Anspruch auf „objektive Richtigkeit“ (Brouër, 2014). Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass in bestimmten Gruppen die Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren und das eigene Verhalten valide einzuschätzen, eingeschränkt ist. Dies ist z. B. bei der Verhaltens- und Psychodiagnostik von Kindern der Fall. Neben der Exploration des Kindes durch die Behandelnden, ist die Beurteilung der Eltern oder Lehrkräfte notwendig und wird standardmäßig eingeholt (Döpfner & Petermann, 2012). Auch im höheren Erwachsenenalter, beispielsweise bei der Früherkennung von Demenzen, kommt der Auskunft enger Bezugspersonen eine wichtige Bedeutung zu. Kognitive Defizite, die sich aufgrund der Demenz entwickeln, werden von den Betroffenen häufig nicht berichtet, da die Krankheitseinsicht bereits zu Beginn der Erkrankung stark beeinträchtigt ist. Damit verringert sich die Zeit bis zur Diagnosestellung und somit auch die Zeit, die Patient:innen bleibt, um auf die Ausgestaltung von Behandlungs- und Pflegeangeboten aktiv und bewusst Einfluss zu nehmen. Eine nahe Bezugsperson kann meist präzisere Aussagen zu kognitiven Veränderungen der Betroffenen machen, wodurch die Fremdbeurteilung die Validität der Beurteilung erhöht und eine bedeutende Rolle einnimmt (Wolf et al., 2009).

Bei Personen, die sich in einer depressiven Episode befinden, kann die Selbstwahrnehmung ebenfalls beeinträchtigt sein. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei Menschen mit einer akuten Depression eine eingeschränkte

Introspektions- und Mentalisierungsfähigkeit einen Teil der Symptomatik ausmacht (WHO, 2012). Besonders während einer schweren depressiven Episode verändert sich die Genauigkeit einer Selbstbewertung (Matt et al., 1992; Shiota & Levenson, 2009; für eine ausführliche Erläuterung zum Zusammenhang von Mentalisierungsfähigkeit und Depression siehe Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004). Die Validität der Selbstbeurteilung nimmt mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung ab und es wird empfohlen die Diagnostik durch Fremdbeurteilungen zu ergänzen (Fischer-Kern, 2008; Gallwitz & Lehl, 1978). Fremdbeurteilungen sind sinnvoll, da sie auf dem externen Bezugsrahmen von Behandelnden mit häufig langjähriger Erfahrungen und einer großen Anzahl von Patient:innen basieren. Dieser stellt den Vergleichsmaßstab für die Beurteilung dar. Aufgrund der Fehleranfälligkeit von Selbstbeurteilungen gelten die Ergebnisse der Fremdbeurteilungsverfahren deshalb bei einem Großteil der klinisch-psychologischen Untersuchungen als *das* Kriterium, an dem Selbstbeurteilungen von Menschen mit akuter Depression zu validieren sind (Schahn & Amelang, 1992).

Bezogen auf die Beurteilung der eigenen Emotionsregulationskompetenz konnte zudem gezeigt werden, dass die globale Bewertung dieser Kompetenz eine hohe Introspektionsfähigkeit voraussetzt (Feldman Barrett, 1997). Unter Introspektionsfähigkeit ist die nach innen gerichtete Beobachtung von eigenen emotionalen Vorgänge zu verstehen. Diese planmäßige und zielgerichtete Wahrnehmung ist ein komplexer Prozess. Ein hohes kognitives Funktionsniveau ist erforderlich, da das emotionale Erleben zunächst wahrgenommen, beschrieben und letztlich analysiert werden muss (Eder & Raab, 2015). Dieser Prozess stellt bereits für gesunde Menschen eine Herausforderung dar. Eine noch größere Herausforderung ist er für Patient:innen in klinisch psychotherapeutischer Behandlung, die häufig unter formalen Denkstörungen (z. B. verlangsamtes oder umständliches Denken) leiden. Des Weiteren kann gerade die retrospektive Selbsteinschätzung von emotionsregulativen Kompetenzen häufig Gedächtnisverzerrungen und Effekten der sozialen Erwünschtheit unterliegen, die die Beurteilung beeinflussen (Kluemper, 2008).

Vor allem bei Patient:innen mit emotionalen Problematiken würde eine ergänzende Fremdbeurteilung der emotionalen Kompetenz zur Erhöhung der Objektivität bei der diagnostischen Entscheidungsfindung führen. Die Frage, ob bei Patient:innen ein Regulationsdefizit einen auslösenden oder aufrechterhaltenden Beitrag zur depressiven Symptomatik leistet, wird besser beantwortet und die Sicherheit der Diagnose erhöht. Die auf der Diagnose aufbauende therapeutische Behandlung würde maßgeblich davon profitieren, da die einzelnen Bausteine der Therapie besser auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Patient:innen

abgestimmt werden und ein patient:innenzentriertes Behandlungsangebot ermöglichen.

Besonders im Bereich der Behandlung von Patient:innen im höheren Erwachsenenalter ist der Einsatz von Fremdbeurteilungsverfahren augenscheinlich sinnvoll. Fremdbeurteilungen sollen auch hier die Selbstbeurteilungen nicht ersetzen, aber sie stellen eine wichtige und geeignete Ergänzung in der Diagnostik dar (Schmitt et al., 2010). Allerdings ist die Validität von Fremd- gegenüber Selbstbeurteilungen bezogen auf die emotionale Kompetenz bisher kaum Gegenstand empirischer Studien. Es konnten keine Studien gefunden werden, die den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Depression in der Selbst- sowie in der Fremdwahrnehmung bei Menschen im höheren Lebensalter untersucht haben. Es fehlt derzeit an Befunden, die eine Einschätzung über die Validität von Fremdbeurteilungsverfahren bei der Erfassung emotionsregulativer Kompetenzen in dieser Altersgruppe erlauben.

3.3.3 Aktueller Forschungsstand zum Zusammenhang von Emotionsregulation und Depression über die Lebensspanne

Eine Vielzahl empirischer Befunde weist darauf hin, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Emotionsregulationsdefiziten und psychischen Störungen besteht und dass Personen mit psychischen Störungen eher zu einem maladaptiven Umgang mit belastenden Emotionen neigen (Berking et al., 2010; Garnefski & Kraaij, 2006; Gross, 1999; Gross & Levenson, 1997). Derzeit existieren vergleichsweise wenig Studien, die diesen Zusammenhang zum einen bei klinischen Stichproben und zum anderen störungsspezifisch untersucht haben. Im Folgenden werden Studien aufgeführt, die die Emotionsregulationskompetenz spezifisch in der Gruppe depressiver Patient:innen untersucht haben und der Frage nachgegangen sind, ob sich diese Zielgruppe von Menschen ohne diagnostizierte psychische Erkrankung in ihren Emotionsregulationsstrategien unterscheidet. Der Fokus dieser Studien liegt dabei auf dem Kindes- und Jugendalter sowie dem frühen und mittleren Erwachsenenalter.

Ein Kriterium der Depression ist ein anhaltend negativer Affekt. Es scheint von Bedeutung zu sein, dass Menschen mit Depressionen Probleme haben, negative Emotionen adaptiv zu regulieren (Joormann & D'Avanzato, 2010). Allerdings stellt sich die Frage, ob eine maladaptive Emotionsregulation die Ursache für eine depressive Störung darstellt oder ob Emotionsregulationsdefizite die Folge bzw. ein Symptom der Störung sind.

Um erste Annahmen über eine mögliche Kausalrichtung zu treffen, eignet sich die Übersichtsarbeit von Goodman (2007), bei der die Auswirkungen einer mütterlichen depressiven Störung auf die Entwicklung der Psychopathologie der Kinder betrachtet wurden. Es konnte gezeigt werden, dass Kinder depressiver Mütter ein deutlich erhöhtes Risiko aufwiesen, später selbst eine Depression zu entwickeln. Zudem zeigte sich, dass bei depressiven Kindern bereits vor dem Auftreten der depressiven Symptomatik ein eher maladaptiver Emotionsregulationsstil vorlag. Die Maladaptivität des Regulationsstils bestand zum einen darin, dass belastende Emotionen nicht adäquat reguliert werden konnten (Field et al., 2007) und zum anderen darin, dass der Aufmerksamkeitsfokus auf negative Affektzustände nur schwer verschoben werden konnte (Maughan, Cicchetti, Toth & Rogosch, 2007). Zum Kindes- und Jugendalter haben Magai und Hunziker (1998) des Weiteren festgestellt, dass wiederholte aversive emotionale Erlebnisse in der frühen Kindheit Einfluss auf die Emotionsregulationskompetenz im Erwachsenenalter hatten und negatives affektives Erleben in Form depressiver Symptome begünstigten. Den positiven Zusammenhang zwischen Emotionsregulationsdefiziten und depressiver Symptomatik konnten auch Klemanski et al. (2017) in einer aktuellen Studie zeigen. Dafür untersuchten sie Jugendliche mit schwerer depressiver Symptomatik. Sie kamen zu den Ergebnissen, dass die betroffenen Jugendlichen über ein geringeres Bewusstsein über das eigene affektive Erleben und über einen dysregulierten Emotionsausdruck verfügten. Zudem berichteten sie über den vermehrten Einsatz maladaptiver Emotionsregulationsstrategien. Auch in anderen Studien konnten bei Jugendlichen negative Zusammenhänge zwischen als adaptiv klassifizierten Regulationsstrategien wie kognitiver Neubewertung, Akzeptanz oder lösungsorientiertem Handeln und depressiven Symptomatik gezeigt werden (Lange & Tröster, 2015; Koglin, Petermann, Jaščenoka, Petermann & Kullik, 2013). Des Weiteren konnten hohe bis moderate positive Zusammenhänge bezüglich maladaptiver Strategien wie Ruminaton, Unterdrückung, Selbstbeschuldigung, sozialer Rückzug oder Selbstabwertung gefunden werden (Avenevoli, Knight, Kessler & Merikangas, 2008; Grob & Smolenski, 2009; Hughes, Gullone & Watson, 2011). In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass Emotionsregulationsdefizite von Jugendlichen die Schwere der sieben Monate später auftretenden depressiven Symptome vorhersagen konnten (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin & Nolen-Hoeksema, 2011).

Die aufgeführten Studien weisen darauf hin, dass Emotionsregulationsdefizite eine relevante Rolle im Hinblick auf auslösende und aufrechterhaltende Faktoren für eine depressive Störung im Kindes- und Jugendalter spielen.

Im Folgenden werden Studien vorgestellt, die das frühe- und mittlere Erwachsenenalter fokussieren. Dabei werden zunächst Befunde zur allgemeinen Emotionsregulationskompetenz vorgestellt und im Anschluss der Einfluss spezifischer Emotionsregulationsstrategien auf depressive Symptome betrachtet.

Eine defizitäre Emotionsregulation gilt als Faktor, der an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression im frühen- und mittleren Erwachsenenalter beteiligt ist. Verschiedene Längsschnittstudien, die diese Altersgruppe fokussierten, konnten bereits einen Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und depressiver Symptomschwere zeigen (Berking et al., 2014; Wirtz, Radkovsky, Ebert & Berking, 2014). Zudem scheint die Förderung der Emotionsregulation eine erfolgversprechende Intervention zur Verringerung depressiver Symptome zu sein. So konnten Radkovsky et al. (2014) zeigen, dass Emotionsregulationskompetenzen wie die gezielte Regulation sowie die Akzeptanz und Toleranz von belastenden Emotionen zur Verringerung der Symptomatik während einer Depressionsbehandlung beitragen. In anderen Längsschnittstudien konnte darüber hinaus der negative Zusammenhang zwischen dem Verstehen, der mitfühlenden Selbstunterstützung sowie der Konfrontationsbereitschaft und depressiver Symptome zu verschiedenen Zeitpunkten einer psychotherapeutischen Behandlung gezeigt werden (Ehret, 2014; Hopfinger, 2016).

In Querschnittstudien fanden sich ebenfalls negative Zusammenhänge zwischen depressiver Symptomatik und verschiedenen Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation. Es zeigte sich, dass es depressiven Patient:innen im Vergleich zu Erwachsenen ohne Depression schwerer fiel, belastende Emotionen zu identifizieren (Honkalampi et al., 1999; Kahn & Garrison, 2009; Rude & McCarthy, 2003), diese Emotionen zu akzeptieren, zu tolerieren und auszuhalten (Brody et al., 1999; Campbell-Sills, Barlow, Brown und Hofman 2006b; Shallcross et al., 2010; Tull, Gratz, Salters & Roemer, 2004), sich beim Erleben belastender Emotionen effektiv mitfühlend und wohlwollend selbst zu unterstützen (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006; Hofmann et al., 2011; Kuyken et al., 2010) und diese Emotionen adaptiv zu modifizieren (Catanzaro et al., 2000; Ehring et al., 2008; Kassel, Bornovalova & Mehta, 2007).

Greenberg (2000, 2004) fand bei depressiven Patient:innen im Vergleich zu Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung einen emotional überregulierenden Stil. Dieser kennzeichnete sich dadurch, dass Patient:innen mit Depressionen mehr Probleme hatten, aversive Emotionen in der gegenwärtigen Situation erst einmal zuzulassen und zu akzeptieren. Belastende, emotionale Erfahrungen wurden zum einen nur vermindert wahrgenommen und zudem wurden im Sinne einer Regulation der belastenden Emotionen hauptsächlich Strategien angewendet, die der Vermeidung des Erlebens dienten. Zusätzlich

war bei den depressiven Patient:innen die emotionale Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt, was ebenfalls als vermeidende Strategie und als eine verringerte Emotionsakzeptanz und -toleranz interpretiert wurde.

Zusätzlich zeigte Leppänen (2006) in einem Übersichtsartikel, dass bei depressiven Patient:innen eine Aufmerksamkeitstendenz hin zu negativen emotionalen Hinweisreizen (z. B. traurige Gesichter) und weg von positiv emotionalen Hinweisreizen (z. B. glückliche Gesichter) vorlag. Zudem fand er bei diesen Patient:innen eine verbesserte Erinnerung an emotional negatives Material. Im Vergleich zu gesunden Kontrollen zeigten sie eine erhöhte neuronale Aktivität als Reaktion auf traurige Gesichter und eine verminderte neuronale Aktivität als Reaktion auf glückliche Gesichter. Dieses spezifische Muster bei der Verarbeitung von emotionalen Informationen blieb größtenteils nach Remission der Symptome bestehen und wurde ebenfalls bei Hochrisikogruppen, wie bei Nachkommen bipolarer oder depressiver Eltern, gefunden.

Die aufgeführten Untersuchungen zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen dysfunktionaler Emotionsregulationskompetenz und depressiver Psychopathologie. Im Folgenden werden Untersuchungen zum Einfluss spezifischer Emotionsregulationsstrategien auf die depressive Symptomatik im jungen und mittleren Erwachsenenalter dargestellt.

Anhand experimenteller Untersuchungen werden Aussagen über mögliche Kausalrichtungen gemacht. Dabei werden Emotionsregulationsstrategien systematisch manipuliert und daraufhin Veränderungen in der depressiven Symptomatik erfasst. Ergebnisse experimenteller Studien sprechen für einen positiven Zusammenhang zwischen Emotionsregulationsdefiziten und depressiver Psychopathologie. Liverant et al. (2008) zeigten, dass depressive Patient:innen Probleme bei der Anwendung adaptiver Emotionsregulationsstrategien, besonders von Akzeptanz und Toleranz, hatten. Maladaptive Emotionsregulationsstrategien wie Unterdrückung wurden von depressiven Patient:innen signifikant häufiger genutzt als von nicht-depressiven Kontrollen, wenn negative Stimmung systematisch induziert wurde (Ehring, Tuschen-Caffier, Schnülle, Fischer & Gross, 2010). Wurden Menschen mit aktuell vorliegender Depression instruiert, ihre Emotionen auf ein negatives Ereignis zu unterdrücken, benötigten sie länger, um die dysphorische Stimmung zu überwinden, als Studienteilnehmende, die die Strategie der Akzeptanz und Toleranz anwenden sollten (Campbell-Sills et al., 2006a).

Auch verschiedene Längsschnittuntersuchungen bei Erwachsenen konnten zeigen, dass die häufige Nutzung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien sowie die Überzeugung, negativen Affekt weniger erfolgreich regulieren zu können, die Schwere der depressiven Symptomatik im Verlauf der Erkrankung signifikant vorhersagen konnten (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Kassel et al., 2007). In

einer Studie von Peeters, Nicolson, Berkhof, Delespaul und DeVries (2003) zeigte sich, dass Menschen mit Depressionen den negativen Affekt nach einem belastenden Ereignis länger aufrecht erhielten, als dies nicht depressive Kontrollen taten. Im Umgang mit positiven Emotionen zeigten sich ebenfalls Unterschiede. Die Tendenz depressiver Patient:innen auf als positiv erlebte Emotionen mit weniger Wertschätzung und eher mit Ablehnung und Skepsis zu reagieren, sagte geringer intensive positive Emotionen und eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik vorher (Raes, Smets, Nelis & Schoofs, 2012).

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass besonders Rumination bei der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Symptome eine entscheidende Rolle spielt. Anhand der Häufigkeit von Rumination konnten in klinischen wie auch in nicht-klinischen Stichproben Beginn, Dauer und eine erneute Exazerbation der depressiven Symptomatik vorhersagt werden. Der Vorhersagewert der Rumination zeigte sich über verschiedene Altersgruppen hinweg (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Roelofs et al., 2009; Rood, Roelofs, Bögels, Nolen-Hoeksema & Schouten, 2009). Eine mögliche Erklärung dieser Befunde kann darin liegen, dass depressive Patient:innen Probleme bei der Akzeptanz und Toleranz belastender Emotionen haben. Rumination wird als Versuch betrachtet, diese belastenden Emotionen zu unterdrücken. Im Sinne einer Vermeidungsstrategie stellt Rumination allerdings eine maladaptive Strategie dar, da das Ruminieren einen negativen Einfluss auf die Schwere und die Dauer der depressiven Symptomatik hat (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). Zudem konnte gezeigt werden, dass mit der Vermeidung von belastenden Emotionen ein Defizit in der kognitiven Neubewertung einhergeht und dass die Fähigkeit zum aktiven Problemlösen verringert wird (Barnow, 2012).

In einer Metaanalyse, in der überwiegend Studien mit College-Studierenden aufgenommen wurden, untersuchten Aldao et al. (2010) den Zusammenhang zwischen dem Einsatz spezifischer Regulationsstrategien und depressiver Symptomatik. Sie fanden, dass der vermehrte Einsatz adaptiver Strategien das Risiko, eine depressive Störung zu entwickeln, nur mäßig verringerte. Der vermehrte Einsatz maladaptiver Strategien war hingegen mit einem deutlich erhöhten Risiko verbunden. Zudem korrelierten in dieser Altersgruppe Strategien wie Rumination und Unterdrückung mit einer starken Symptomausprägung, während positive Neubewertung, aktives Problemlösen oder Akzeptanz zwar in einem negativen, allerdings schwachen und inkonsistenten Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik standen. Ein maladaptiver Regulationsstil wurde als Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störung identifiziert. Darüber hinaus berichten auch andere Übersichtsarbeiten über mittlere bis hohe positive Zusammenhänge zwischen der Schwere depressiver Symptome und dem

vermehrten Einsatz von als maladaptiv klassifizierten Strategien wie Vermeidung, Unterdrückung, Rumination, Katastrophengedanken oder Selbstbeschuldigung. Ein vermehrter Einsatz dieser Strategien stellte einen stabilen Prädiktor für die Schwere der depressiven Symptomatik dar (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Aldao et al., 2010; Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski, Kraaij & Van Etten, 2005). Ausgehend von diesen Ergebnissen scheint bei depressiven Patient:innen im jungen und mittleren Erwachsenenalter weniger die Förderung adaptiver Strategien als die Reduktion maladaptiver Regulationsstrategien ein guter Ansatzpunkt für Interventionen und präventive Maßnahmen zu sein.

Auch verschiedene Querschnittstudien zeigen einen Zusammenhang zwischen der Nutzung spezifischer kognitiver Emotionsregulationsstrategien und emotionalen Problemen. Garnefski et al. (2002a) verglichen 99 depressive Patient:innen im Alter zwischen 18 und 68 Jahren mit gesunden sogenannten *matched samples* und erfassten in beiden Gruppen die Nutzung von neun kognitiven Emotionsregulationsstrategien: Selbstbeschuldigung, Andere beschuldigen, Rumination, Katastrophisieren, Akzeptanz, positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positive Neubewertung und Relativieren. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der klinischen Stichprobe und den gesunden Kontrollen in der Nutzung der Strategien Selbstbeschuldigung, Andere beschuldigen, Rumination, Katastrophisieren, Akzeptanz und positive Refokussierung. Nur positive Refokussierung wurde von den gesunden Kontrollen signifikant häufiger angewendet, alle anderen Strategien signifikant häufiger von der klinischen Stichprobe. Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren und positive Neubewertung wurden als signifikante Prädiktoren identifiziert, um zwischen den Gruppen zu unterscheiden. In anderen Querschnittsstudie stellten sich neben den von Garnefski et al. (2002a) identifizierten Strategien auch häufige Rumination und ein verringerter Einsatz von Akzeptanz als relevante Prädiktoren heraus (Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van Den Kommer & Teerds, 2002b; Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee & Van Den Kommer, 2004).

Im Rahmen von Interventionsstudien konnte der Einfluss der Regulationskompetenz auf die depressive Symptomatik gezeigt werden. Eine geringe Regulationszuversicht innerhalb einer kognitiven-verhaltenstherapeutischen Depressionsbehandlung sagte eine verringerte Abnahme der depressiven Symptome vorher (Backenstrass et al., 2006; Cohen, Gunthert, Butler, O'Neill & Tolpin, 2005; Fehlinger, Stumpfenhorst, Stenzel & Rief, 2013). Im Rahmen einer anderen randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie wurden 432 depressive Patient:innen im frühen und mittleren Erwachsenenalter untersucht. Dabei wurden Patient:innen, die eine konventionelle kognitiv-verhaltenstherapeutische Depressionsbehandlung erhielten, mit Patient:innen verglichen, deren Therapie zusätzlich

um ein Training zur Förderung emotionaler Kompetenzen (Berking, 2017) ergänzt wurde. Es zeigte sich eine signifikant höhere Reduktion der depressiven Symptomatik und des negativen Affekts bei den Patient:innen, die ein zusätzliches Training zur Förderung ihrer emotionsregulativen Kompetenzen bekommen hatten. Zudem zeigte sich in dieser Gruppe ein stärkerer Anstieg des Wohlbefindens, den die Autoren durch eine Verbesserung der Regulationsfähigkeit erklärten. Die Regulationsfähigkeit spielt eine relevante Rolle beim Erhalt der psychischen Gesundheit und des subjektiven Wohlbefindens (Berking et al., 2013). Auch andere Interventionsstudien, die die Förderung emotionaler Kompetenzen fokussieren, wie beispielsweise die DBT (Linehan, 1993) oder die ACT (Hayes et al., 2014), konnten einen positiven Einfluss auf die Reduktion der depressiven Symptomatik zeigen (Bai, Luo, Zhang, Wu & Chi, 2020; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007; Panos, Jackson, Hasan & Panos, 2014). Diese und weitere Studien liefern einen Hinweis auf die Wirksamkeit und Effektivität emotionsregulatorischer Techniken oder Trainings, die als Ergänzung zu einer klinischen oder ambulanten Depressionsbehandlung durchführbar sind (Rohde, Adolph, Dietrich & Michalak, 2014; Bakker, 2017). Sie geben einen Hinweis darauf, dass die Förderung der Emotionsregulationskompetenz einen erfolgsversprechenden Ansatzpunkt zur Verbesserung der Wirksamkeit einer Depressionsbehandlung darstellen kann.

Zusammenfassend zeigen die beschriebenen Studien, dass Defizite in der Emotionsregulation ein relevanter Risikofaktor und eine aufrechterhaltende Bedingung für eine depressive Störung im jungen und mittleren Erwachsenenalter darstellen (Hofmann, Sawyer, Fang & Asnaani, 2012). Eine Erklärung dafür ist, dass es depressiven Erwachsenen im Vergleich zu Erwachsenen ohne Depression schwerer fällt, belastende Emotionen adaptiv zu regulieren und dass diese Regulationsdefizite bereits vor der Entstehung der depressiven Symptomatik bestehen können (Field et al., 2007; Goodman, 2007; Maughan et al., 2007; Kovacs, Joormann & Gotlib, 2008). Spezifische Strategien wie Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren, positive Neubewertung, Rumination und Akzeptanz scheinen im Rahmen einer depressiven Symptomatik eine relevante Rolle zu spielen (Garnefski et al., 2002a; Garnefski et al., 2004). Studien zu Emotionsregulationsprozessen bei verschiedenen anderen psychischen Störungen zeigen ebenfalls Unterschiede, die sich zwischen den jeweiligen Krankheitsbildern unterscheiden (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Des Weiteren zeigen die aufgeführten Befunde, dass es altersabhängige Unterschiede in der Emotionsregulationskompetenz zwischen Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen gibt. Neben einem der Kernsymptome einer depressiven Episode, der gedrückten Stimmung, geben die aufgeführten Studien einen Hinweis darauf, dass beim Krankheitsbild der

Depression im frühen und mittleren Erwachsenenalter emotionale Instabilität und verminderte Emotionserkennung eine relevante Rolle spielen. Die Emotionsregulation scheint eine wichtige Fähigkeit darzustellen, die mit verschiedenen Aspekten der depressiven Störung assoziiert ist. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Förderung der Emotionsregulationskompetenz einen vielversprechenden Ansatz bei der Behandlung depressiver Störungen darstellt (Backenstrass et al., 2006; Berking et al., 2013; Bai et al., 2020; Cohen et al., 2005; Forman et al., 2007; Panos et al., 2014). Offen bleibt allerdings die Frage, ob und inwiefern ein Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und depressiver Symptomatik auch im Alter besteht.

3.3.4 Aktueller Forschungsstand zum Zusammenhang von Emotionsregulation und Depression im Alter

Depressionen und dementielle Erkrankungen gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen im Alter (Blazer, 2003; Linden, et al., 1998; Naismith, et al., 2012; Soeder, 2002). Besonders die Depression hat einen großen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit und das psychische Wohlbefinden der Menschen im höheren Lebensalter (Hoe, Hancock, Livingston & Orrell, 2006; James, Xie & Karlawish, 2005; Scocco, Fantoni & Caon, 2006; Shin, Carter, Masterman, Fairbanks & Cummings, 2005). Weiss et al. (2012) konnten zeigen, dass depressive Symptome einen größeren Einfluss auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Menschen im höheren Lebensalter hatten als kognitive Beeinträchtigungen. Verglichen mit depressiven Störungen im mittleren Erwachsenenalter sind depressive Episoden im Alter schwerer und mit höherer Symptombelastung verbunden (Castro-Costa et al., 2007). Zusätzlich weisen sie höhere Rezidiv- und Suizidraten auf (Mitchell & Subramaniam, 2005) und gehen mit einer erhöhten nicht-suizidalen Mortalität einher (Schulz et al., 2002; Waern et al., 2002).

Im Rahmen der Ätiologie ist die Rolle depressiver Episoden im Jugend- oder frühen bzw. mittleren Erwachsenenalter in Bezug auf die Depression im Alter noch nicht ausreichend geklärt. Es hat sich allerdings gezeigt, dass der Großteil der Patient:innen, die im Alter unter einer Depression leiden, die erste depressive Episode erst nach dem 60. Lebensjahr entwickeln (Brodsky et al., 2001; Bruce et al., 2002; Fiske et al., 2009). Es scheint daher von besonderer Relevanz, altersspezifische Vulnerabilitäten und Risikofaktoren zu untersuchen. Erkenntnisse darüber leisten einen entscheidenden Beitrag zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes.

Studien, die das frühe und mittlere Erwachsenenalter fokussiert haben, konnten zeigen, dass Personen mit depressiven Störungen häufiger maladaptive Emotionsregulationsstrategien einsetzten als gesunde Kontrollen (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Ehring et al., 2010; Garnefski et al., 2002a; Garnefski & Kraaij, 2006; McLaughlin et al., 2011). Ein Großteil der Studien weist auf einen positiven Zusammenhang zwischen Emotionsregulationsdefiziten und depressiver Symptomatik hin (Gross & Munoz, 1995; Hollon et al., 2002; Joormann & D'Avanzato, 2010; Kring & Werner, 2004; Rude & McCarthy, 2003). Welche Rolle Emotionsregulation beim Krankheitsbild der Depression im Alter spielt, kann anhand dieser Studien nicht beantwortet werden. Erkenntnisse aus Studien, die das frühe oder mittlere Erwachsenenalter untersucht haben, sind nicht ohne Weiteres auf das höhere Erwachsenenalter übertragbar. Zudem ist es problematisch, therapeutische Interventionen auf Grundlage dieser empirischen Daten zu entwickeln. Altersspezifische Bedingungen, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung dieses Krankheitsbildes beteiligt sind, sollten empirisch untersucht werden. Auf dieser Grundlage sollten therapeutische Interventionen entwickelt werden, die an die Bedürfnisse der Altersgruppe angepasst sind.

Insgesamt existieren derzeit nur wenige Quer- und kaum Längsschnittstudien, die den Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression im Alter untersucht haben. Im Folgenden werden zunächst Studien vorgestellt, die den Zusammenhang zwischen verschiedenen Aspekten der Emotionsregulationskompetenz und depressiver Symptomatik untersucht haben und anschließend Studien zum Einsatz spezifischer Regulationsstrategien.

In einer experimentellen Studie verglichen Mah und Pollock (2010) über 60-jährige Patient:innen, bei denen eine Major Depression diagnostiziert wurde, mit einer gesunden Kontrollgruppe hinsichtlich der Erkennungsleistung emotionaler Stimuli. Dafür zeigten sie den Studienteilnehmenden Bilderserien mit fröhlichen, traurigen, ängstlichen oder neutralen Gesichtsausdrücken. Sie baten die Studienteilnehmenden, die Gesichtsausdrücke zu benennen und erfassten die Latenzzeit der Reaktion. Außer bei den neutralen Gesichtsausdrücken zeigten die gesunden Kontrollen bei der Beurteilung der Gesichtsausdrücke insgesamt längere Latenzzeiten als die Menschen mit Depression. Menschen mit Depressionen nahmen sich im Vergleich zu den gesunden Kontrollen insgesamt weniger Zeit, um die Gesichtsausdrücke zu beurteilen, was auf Kosten der korrekten Erkennung der neutralen Gesichtsausdrücke ging. Bei der Beurteilung der neutralen Gesichter kam es im Vergleich zu den gesunden Kontrollen zu signifikant mehr Fehlinterpretationen. Dieses Ergebnis war für die Autor:innen ein erster Hinweis auf

das Vorliegen von Unterschieden in der emotionalen Wahrnehmung zwischen gesunden und depressiven Menschen im höheren Lebensalter.

Dass Unterschiede in der emotionalen Wahrnehmung existieren, konnte bereits häufig in Studien gezeigt werden, die depressive Patient:innen im jungen oder mittleren Erwachsenenalter mit gesunden Kontrollen verglichen haben. Aus diesen Untersuchungen ist bekannt, dass eine negative Stimmung im Zusammenhang mit einer stimmungskongruenten Wahrnehmungsverzerrung steht (Leppänen, 2006; Mogg & Bradley 1998; Robinson & Compton, 2008; Tamir, Robinson & Solberg, 2006; Tamir & Robinson, 2007). Die depressiven Patient:innen zeigten in diesen Untersuchungen im Vergleich zu den gesunden Kontrollen eine schnellere und signifikant bessere Erkennungsleistung von negativen, aber nicht von positiven Stimuli. In depressiver Stimmung wurden als negativ bewertete Informationen bevorzugt wahrgenommen. Wie stark negative Informationen präferiert wurden und wie stark die Aufmerksamkeit auf diese Informationen ausgerichtet wurde, war abhängig von der Schwere der depressiven Symptomatik (Broomfield, Davies, MacMahon, Ali & Cross, 2007; Dudley, O'Brien, Barnett, McGuckin & Britton, 2002).

Savaskan (2010) konnte diese stimmungskongruente Verzerrung auch bei älteren Menschen mit Depressionen zeigen. Er zeigte zunächst, dass die Wiedererkennungseistung bei den Menschen im höheren Lebensalter insgesamt abnahm, ein *Positiv-Bias* aber zumindest bei gesunden Menschen im höheren Lebensalter erhalten blieb. Im Vergleich zu depressiven Menschen im höheren Lebensalter favorisierten diese positive emotionale Stimuli beim Erkennen und Erinnern. Im Einklang mit Studien aus dem jungen und mittleren Erwachsenenalter fand er, dass auch ältere depressive Patient:innen negative emotionale Stimuli favorisierten, was Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik hatte und zu dysfunktionalen Verhaltensweisen beitrug.

Diese stimmungskongruente Wahrnehmungsverzerrung konnte in der Pilotstudie von Mah und Pollock (2010) nicht eindeutig gezeigt werden. Menschen mit Depression reagierten im Vergleich zu den gesunden Kontrollen zwar schneller auf die negativen Stimuli, allerdings auch auf die positiven. Es kam nicht zu einer Favorisierung der negativen Stimuli durch die depressiven Studienteilnehmenden, was sich durch eine signifikant geringe Fehlerquote beim Wiedererkennen der traurigen Gesichter gezeigt hätte.

Die Ergebnisse der aufgeführten experimentellen Studien erlauben einen Hinweis darauf, dass eine depressive Symptomatik im Alter scheinbar ebenfalls mit Veränderungen in der emotionalen Wahrnehmung verbunden ist. Diese Veränderungen unterscheidet sich aber möglicherweise von der stimmungskongruenten

kognitiven Verzerrung in anderen Altersgruppen. Unabhängig von diesen heterogenen Befunden scheinen bei depressiven Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu gesunden Menschen im höheren Lebensalter und im Vergleich zu Menschen mit Depressionen aus anderen Altersgruppen unterschiedliche Muster in der emotionalen Wahrnehmung vorzuliegen, die eine emotionale Verarbeitungsstörung und somit Probleme in der Regulation von belastenden Emotionen begünstigen.

Einige wenige Querschnittstudien untersuchten den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und selbstberichteter Regulationskompetenz. Orgeta (2011) und Phillips et al. (2010) ließen ältere Studienteilnehmende die Effektivität ihrer intrapersonellen Emotionserkennungs- und Regulierungskompetenzen im Rahmen von Selbstbeurteilungsverfahren einschätzen und fanden mittlere bis hohe negative Zusammenhänge mit depressiven Symptomen. Je stärker die depressive Symptomatik ausgeprägt war, desto uneffektiver wurde die emotionale Kompetenz in diesen Bereichen beurteilt.

In einer Querschnittstudie fanden Steixner et al. (2015) ähnliche Ergebnisse. Sie erfassten in einer Stichprobe von über 60-jährigen depressiven und nicht-depressiven Studienteilnehmenden selbsteingeschätzte emotionale Kompetenzen und verglichen diese mit den selbsteingeschätzten Kompetenzen von jüngeren Befragten. Bei den emotionalen Kompetenzen handelte es sich um die Regulation und das Erkennen eigener Emotionen (intrapersonelle Skalen) und um die Regulation von Emotionen bei anderen Menschen (interpersonelle Skalen). Sie fanden, dass Menschen im höheren Lebensalter ihre emotionalen Kompetenzen insgesamt schlechter einschätzten, als die jüngeren Teilnehmenden dies taten. Wurde allerdings die depressive Symptomatik berücksichtigt, schnitten lediglich die älteren Studienteilnehmenden mit einer Depression innerhalb der intrapersonellen Skalen schlechter ab. Bei den älteren Studienteilnehmenden, die nicht unter einer Depression litten, zeigten sich keine Unterschiede zu den jüngeren Befragten. Im Rahmen der interpersonellen Skala schnitten Menschen im höheren Lebensalter mit und ohne Depression im Vergleich zu den jüngeren Befragten schlechter ab.

Diese Studien zeigen, dass die depressive Symptomatik einen Einfluss auf die selbsteingeschätzte Fähigkeit der Menschen im höheren Lebensalter hatte, die eigenen Emotionen zu erkennen und zu regulieren, und sie somit eine entscheidende Rolle bei der adaptiven Regulation der eigenen Emotionen spielen kann. Die Selbsteinschätzung zeigte einen relevanten Zusammenhang zwischen einer Depression im höheren Lebensalter und einer verringerten emotionalen Kompetenz. Inwiefern die selbsteingeschätzten Fähigkeiten nach einer Remission der depressiven Symptomatik beurteilt werden, kann anhand dieser Studien nicht beantwortet werden. Des Weiteren stellt sich die Frage, welche spezifischen

Regulationsstrategien im Zusammenhang mit der Depression im Alter stehen. Im Folgenden werden Studien vorgestellt, die diesen Zusammenhang untersucht haben.

Um den Einfluss spezifischer Regulationsstrategien auf die Schwere der depressiven Symptomatik zu untersuchen führten Kraaij et al. (2002b) eine Längsschnittstudie durch. Dafür rekrutierten sie 99 Personen aus der Allgemeinbevölkerung, die über 67 Jahre alt waren, und erfassten depressive Symptome, die Nutzung verschiedener Emotionsregulationsstrategien und kritische Lebensereignisse. Aus vorherigen Studien war bekannt, dass die Anzahl und die Schwere früherer oder gegenwärtiger kritischer Lebensereignisse (z. B. Kriegstraumatisierungen oder Verlust der Partner:innen) sowie depressive Episoden im frühen oder mittleren Erwachsenenalter Risikofaktoren für die Entwicklung einer depressiven Störung im Alter darstellen (Katona, 1993; Kraaij, Arensman & Spinhoven, 2002a; Kraaij & De Wilde, 2001). Aufgrund vorheriger Befunde wurden zudem ein positiver Zusammenhang zwischen der vermehrten Nutzung maladaptiver Strategien und ein negativer Zusammenhang zwischen der Nutzung adaptiver Strategien und depressiver Symptomatik erwartet (Aldao et al., 2010; Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2002a; Smoski, LaBar & Steffens, 2014). Zur Untersuchung dieser Zusammenhänge wurden die älteren Studienteilnehmenden an zwei unterschiedlichen Zeitpunkten mit einem Abstand von etwa 2,5 Jahren untersucht. Wie erwartet, zeigte sich ein moderat positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß kritischer Lebensereignisse und ein stark positiver Zusammenhang zwischen früheren depressiven Episoden und der Schwere der gegenwärtigen depressiven Symptomatik. Bezüglich einzelner Regulationsstrategien zeigte sich, dass Menschen im höheren Lebensalter mit hoch ausgeprägter depressiver Symptomatik über einen vermehrten Einsatz von Akzeptanz, Rumination und Katastrophisieren und weniger über positive Neubewertung berichteten als ältere Menschen mit geringer Symptomausprägung. Nach Kontrolle früherer depressiver Episoden und dem Ausmaß kritischer Lebensereignisse behielten lediglich positive Neubewertung und Akzeptanz ihre Signifikanz. Der positive Zusammenhang zwischen Akzeptanz und depressiver Symptomatik entsprach aufgrund vorheriger Befunde nicht den Erwartungen. Die Autor:innen interpretieren diesen Befund dahingehend, dass die Akzeptanz von altersassoziierten Veränderungen oder kritischen Lebensereignissen möglicherweise als Resignation erlebt wird. Aufgrund des Gefühls der Resignation entwickelt sich eine negative Erwartungshaltung bezüglich der Zukunft und die Überzeugung, dass angestrebte Ziele mit den gegebenen Mitteln nicht mehr erreicht werden. Aufgrund dieser Erwartungen wird die Verbesserung belastender Situationen nicht

mehr angestrebt und es werden keine Maßnahmen zur Veränderung bestimmter Lebensbereiche eingeleitet.

Die Ergebnisse dieser Längsschnittstudie zeigen, dass kognitive Emotionsregulationsstrategien auch nach Kontrolle vorheriger depressiver Episoden eine relevante Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im höheren Erwachsenenalter spielen. Zudem zeigten sich altersassoziierte Unterschiede in der Nutzung und im Zusammenhang mit depressiver Symptomatik.

Wie in Abschnitt 3.3.3 beschrieben, führten Aldao et al. (2010) eine Metaanalyse zum Einfluss spezifischer Emotionsregulationsstrategien auf die Schwere der depressiven Symptomatik durch. Sie konnten zeigen, dass bei jungen Erwachsenen maladaptive Strategien mit einer starken Symptomausprägung positiv korrelierten, während adaptive Strategien zwar in einem negativen, allerdings schwachen und inkonsistenten Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik standen. Nolen-Hoeksema und Aldao (2011) gingen aufgrund der Ergebnisse dieser Metaanalyse der Frage nach, ob sich dieser Befund auch in anderen Altersgruppen replizieren lässt und ob geschlechterspezifische Unterschiede bestehen. Dafür untersuchten sie Unterschiede im Zusammenhang von depressiven Symptomen und der Nutzung spezifischer Emotionsregulationsstrategien zwischen Männern und Frauen und zwischen Erwachsenen im jungen, mittleren und höherem Alter. Sie rekrutierten über 1 300 Personen aus der Allgemeinbevölkerung und erfassten depressive Symptome und verschiedene Regulationsstrategien wie Rumination, Unterdrückung, positive Neubewertung, Akzeptanz, soziale Unterstützung und aktive Problembewältigung. Wie in der Metaanalyse von Aldao et al. (2010) wurde auch in dieser Untersuchung ein robuster Zusammenhang zwischen der Nutzung maladaptiver Strategien und einer höheren Symptomausprägung gefunden, der sich unabhängig vom Geschlecht und in allen drei Altersgruppen zeigte. Ein Zusammenhang zwischen der vermehrten Nutzung adaptiver Strategien und einer geringeren Ausprägung depressiver Symptome konnte in keiner der Gruppen gefunden werden. Ausgehend von diesem Ergebnis, scheint auch bei depressiven Menschen im höheren Lebensalter die Reduktion maladaptiver Regulationsstrategien ein wirksamer Ansatzpunkt zur Verringerung der depressiven Symptomatik zu sein.

Bezogen auf altersspezifische Veränderungen fanden die Autor:innen einen altersassoziierten Rückgang in der Nutzung der meisten Regulationsstrategien – mit zwei Ausnahmen: Der Einsatz von Unterdrückung erhöhte sich im Vergleich zu den anderen Altersgruppen bei Frauen, allerdings nicht bei Männern. Zudem verringerte sich der Einsatz von Akzeptanz bei Frauen im höheren Alter nicht. Die altersassoziierte Verringerung in der allgemeinen Nutzung der meisten Regulationsstrategien kann im Sinne der sozioemotionalen Selektivitätstheorie

(Carstensen, 1993) erklärt werden, die in Abschnitt 3.1.3 erläutert wurde. In dieser Untersuchung zeigten sich in der Gruppe der Menschen im höheren Lebensalter zudem stark positive Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der depressiven Symptomatik und den Regulationsstrategien Ruminaton und Unterdrückung. Allerdings zeigten sich diese Zusammenhänge auch in den anderen Altersgruppen. Zwischen den als adaptiv klassifizierten Strategien gab es weder geschlechter- noch altersspezifische Zusammenhänge zur depressiven Symptomatik. Bei der Interpretation dieser Untersuchungsergebnisse wird ein historischer oder altersbedingter Kohorteneffekt nicht ausgeschlossen. Zudem wurden die verschiedenen Variablen in Selbstbeurteilungsverfahren erfasst, die bei der Beurteilung emotionaler Vorgänge nicht grundsätzlich valide sind (Feldman Barrett, 1997; Kluemper, 2008; Shiota & Levenson, 2009). Des Weiteren handelt es sich bei dieser Untersuchung um einen Querschnitt, in dem Personen aus der Allgemeinbevölkerung untersucht wurden und nicht Patient:innen aus einem klinischen oder ambulanten Kontext, in dem die depressive Symptomatik standardisiert und somit valider erfasst werden kann.

Da ein Großteil der älteren Patient:innen nicht ausreichend auf eine anti-depressive Medikation anspricht und die Rezidivrate in dieser Altersgruppe deutlich erhöht ist, kann der Einsatz psychosozialer Interventionen sinnvoll sein (Alexopoulos et al., 2005; DGPPN, 2017; Härter et al., 2010). In einer randomisiert kontrollierten Interventionsstudie untersuchten Kiosses et al. (2015) in einer Gruppe älterer depressiver Erwachsener zwischen 66 und 95 Jahren die Wirksamkeit einer *problem adaption therapy* (PATH). Diese Therapie kann mit einem aktiven Problemlösetraining verglichen werden, in dem die Teilnehmenden lernen, Probleme beispielsweise in der häuslichen Lebensführung durch kompensatorische Maßnahmen oder durch Zuhilfenahme Dritter zu lösen. Ziel der PATH ist es, die Selbstwirksamkeit der Menschen im höheren Lebensalter zu stärken, um so die Regulation belastender Emotionen zu fördern und in diesem Sinne Einfluss auf die depressive Symptomatik zu nehmen. Um Hinweise über die Wirksamkeit zu erhalten, verglichen Kiosses et al. (2015) eine Experimentalgruppe und eine Kontrollgruppe. Die Experimentalgruppe wurde über einen Zeitraum von zwölf Wochen mit der PATH behandelt, die Kontrollgruppe erhielt eine unspezifische unterstützende Therapie. Patient:innen, die mit PATH behandelt wurden, zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Verringerung der depressiven Symptomatik sowie signifikant geringere Rezidivraten. Das aktive Problemlösen wird als Strategie im Rahmen eines adaptiven Emotionsregulationsprozesses betrachtet. Kiosses et al. (2015) konnten zeigen, dass die Förderung dieser Regulationsstrategie bei älteren Patient:innen einen effektiven Beitrag zur Verringerung der depressiven Symptomatik leisten konnte.

Trotz der Heterogenität einiger Befunde scheinen Emotionsregulationsdefizite auch im Alter einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung zu haben. Eine stimmungskongruente Wahrnehmungsverzerrung (Mah & Pollock, 2010; Martins, Sheppes, Gross & Mather, 2018; Savaskan, 2010) und die Überzeugung belastende Emotionen nicht ausreichend zu regulieren (Orgeta, 2011; Phillips et al., 2010; Steixner et al., 2015) haben Auswirkungen auf die Entwicklung einer Depression im Alter sowie auf die Schwere einer bereits bestehenden Symptomatik. Wie auch in anderen Altersgruppen scheint der vermehrte Einsatz maladaptiver Strategien bei den Menschen im höheren Lebensalter mit höherer depressiver Symptomatik assoziiert zu sein (Kraaij et al., 2002a; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Die Rolle der als adaptiv klassifizierten Strategien scheint noch mehr oder weniger unklar. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung depressiver Störungen im Alter grundsätzlich wirksam sind und sich gegenüber passiver Kontrollintervention oder einer reinen Pharmakotherapie überlegen zeigen (Areán & Cook, 2002; Karel & Hinrichsen, 2000; Luijendijk et al., 2011; Reynolds III et al., 1999). Allerdings erlebt ein Großteil der Patient:innen einen mittel- bis kurzfristigen Rückfall in die depressive Symptomatik (DGPPN, 2017; Härter et al., 2010). Einzelne Interventionsstudien konnten bereits zeigen, dass die Förderung emotionsregulativer Kompetenzen auch im Alter wirksam ist und die depressive Symptomatik so signifikant verringert werden kann (Areán, 2010; Kiosses et al., 2015; Petkus & Wetherell, 2013). Diese Ergebnisse und die hohen Rezidiv- und Suizidraten sollten Anlass für die Suche nach auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren sein, um die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zu verbessern und diese an die spezifischen Bedürfnisse der Altersgruppe anzupassen.

3.4 Herleitung der Fragestellungen

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse des aktuellen Forschungsstandes (siehe Abschnitt 3.3.3 und 3.3.4) zusammenfasst. Ausgehend davon, werden Bedarfe ermittelt, die zur Beantwortung der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Depression im höheren Lebensalter besteht, relevant, aber durch den aktuellen Forschungsstand noch nicht vollständig beantwortet sind. Auf dieser Grundlage erfolgt die Herleitung der Fragestellungen und im folgenden Abschnitt 3.5 die Zielsetzung dieser Arbeit.

Derzeit besteht ein Mangel an kontrollierten Studien, die den Effekt der Psychotherapie auf das Krankheitsbild der Depression im Alter untersucht haben und

der Frage nach der längerfristigen Effizienz psychotherapeutischer Interventionen nachgegangen sind (siehe Abschnitt 3.3.4; sowie Areán & Cook, 2002; Hautzinger & Welz, 2008). Die Ergebnisse der vorhandenen Studien weisen zwar darauf hin, dass Psychotherapie im Alter grundsätzlich wirksam ist (Areán & Cook, 2002; Günhe et al., 2014; Karel & Hinrichsen, 2000; Luijendijk et al., 2011; Reynolds III et al., 1999). Allerdings zeigen verschiedene Übersichtsarbeiten, dass bis zu 40 % der Patient:innen gar nicht auf Psychotherapie ansprechen bzw. einen kurzfristigen Rückfall in die depressive Symptomatik erleben oder sich ein chronischer Verlauf einstellt (DGPPN, 2017; Härter et al., 2010). Um Präventionsprogramme und Therapieangebote effektiver zu gestalten, sollten auslösende und aufrechterhaltende Faktoren der Depression im Alter betrachtet und die Rolle unterstützender Elemente bei Menschen mit Depressionen und ohne Depression in dieser Altersgruppe geklärt werden (Laurenceau, Hayes & Feldman, 2007).

Emotionsregulationsdefizite werden als möglicher Faktor diskutiert, der an der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen über die gesamte Lebensspanne hinweg maßgeblich beteiligt ist. Um die Relevanz dieses Faktors auch bei älteren Erwachsenen zu klären, sollten zunächst Studien betrachtet werden, die die Emotionsregulation bei gesunden Menschen im höheren Lebensalter fokussieren. Dabei sollten solche Studien einbezogen werden, die unterschiedliche Affektvariablen untersucht haben, da es eine zu starke Vereinfachung wäre, eine effektive Emotionsregulation lediglich mit dem vermehrten Gebrauch adaptiver und einem seltenen Einsatz maladaptiver Strategien gleichzusetzen (zur umfassenden Erläuterung siehe Abschnitt 3.3.2.3). Die Erfassung emotionaler Reaktionen und die Operationalisierung effektiver Emotionsregulationsstrategien ist komplex. Um die Effektivität von Emotionsregulationsstrategien zu untersuchen, sollte der Zusammenhang zu unterschiedlichen Affektvariablen betrachtet werden. Dabei sollte neben dem negativen Affekt auch der positive Affekt Beachtung finden. Dies ist in Hinblick auf depressive Störungen bedeutsam, da betroffene Personen im Vergleich zu gesunden Personen über signifikant weniger positivem Affekt berichten (Watson, Clark & Carey, 1988). Zum anderen wird bereits seit einiger Zeit kritisiert, dass in der Emotionsregulationsforschung die allgemeine Tendenz besteht, den negativen Affekt auf Kosten der Untersuchung des positiven Affekts zu fokussieren (Heij & Cheavens, 2014). Es kann außerdem sinnvoll sein, neben der depressiven Symptomatik auch das psychische Wohlbefinden als weitere Affektvariable zu betrachten (Adelman, 1994; Scherer, 1984).

Bei der Betrachtung der genannten Affektvariablen zeigt sich, dass die aktuelle Studienlage zum Zusammenhang von Affekt und Emotionsregulationskompetenz im höheren Erwachsenenalter heterogen ist. Wie in Abschnitt 3.3.2.4 erläutert,

gehen einige wenige Studien von einem Anstieg des negativen Affekts im höheren Lebensalter aus (Charles, 2010; Charles & Luong, 2013; Stacey & Gatz, 1991). Aktuelle Studien zeigen allerdings einen komplexeren Verlauf von Affekt und Wohlbefinden, der zunächst von Stabilität und in späteren Jahren auch von Veränderungen geprägt ist (Griffin et al., 2006). Der Großteil der aktuellen Studien geht davon aus, dass sich in der Altersgruppe der jungen Alten der negative Affekt verringert und der positive Affekt stabil bleibt (Barrick et al., 1989; Carstensen et al., 2000; Charles, et al., 2001; Gross et al., 1997). Die Gründe für den komplexen Verlauf des Affekts und des Wohlbefindens im Alter sind noch nicht ausreichend geklärt (siehe Abschnitt 3.3.2.4). Neben körperlichen Faktoren wie zunehmender Multimorbidität (Steinhagen-Thiessen et al., 1994; Walter & Schwartz, 2001) kann auch eine Verbesserung der emotionsregulativen Kompetenz die aktuellen Befunde erklären. Allerdings ist bislang unklar, welche spezifische Rolle die Emotionsregulationskompetenz im Alter spielt und welche Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz und den verschiedenen Affektvariablen bestehen. Besonders fehlt es an Studien, in denen untersucht wurde, welche einzelnen Emotionsregulationskompetenzen einen Beitrag zum Wohlbefinden in dieser Altersgruppe leisten.

Zum Einsatz der verschiedenen Regulationsstrategien liegen für das höhere Erwachsenenalter nur wenige Studien vor. Die vorhandenen Studien gehen davon aus, dass gesunde Menschen im höheren Lebensalter über ein breites Repertoire an adaptiven Regulationsstrategien verfügen (Blanchard-Fields, Jahnke & Camp, 1995). Sie nutzen seltener maladaptive Regulationsstrategien (Folkman et al., 1987; Schirda et al., 2016) und nehmen mit dem bewussten Einsatz bestimmter Regulationsstrategien auf ihr subjektives Wohlbefinden aktiv Einfluss (Charles & Carstensen, 2007; John & Gross, 2004; siehe Abschnitt 3.3.2.2 und 3.3.2.4). Derzeit fehlt es allerdings an Studien, die eine Bandbreite von verschiedenen adaptiven und maladaptiven Emotionsregulationsstrategien erfasst und deren Einfluss auf Affekt und Wohlbefinden in dieser Altersgruppe untersucht haben. Offen bleiben daher die Fragen, ob sich die aufgeführten Befunde replizieren lassen und welche spezifischen Emotionsregulationsstrategien im höheren Erwachsenenalter eingesetzt werden, um den Affekt und das Wohlbefinden zu beeinflussen.

Insgesamt liegen bislang kaum Studien vor, die die Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenzen, dem Einsatz spezifischer Emotionsregulationsstrategien und den verschiedenen Affektvariablen in Bevölkerungsstichproben untersucht haben. Mithilfe solcher Untersuchungsdesigns können Aussagen über Entstehungsfaktoren der Depression im Alter gemacht werden. Zudem liefern sie erste wichtige Implikationen für die zukünftige Forschung und Praxis und haben einen hohen Nutzen für die Gestaltung präventiver Maßnahmen.

Um die spezifische Rolle der Emotionsregulationskompetenz bei depressiven Patient:innen im höheren Erwachsenenalter zu untersuchen, können Befunde aus anderen Altersgruppen erste Anhaltspunkte liefern. Wie in Abschnitt 3.3.3 beschrieben, konnte in jüngeren Altersgruppen bereits gezeigt werden, dass Menschen mit einer depressiven Störung im Vergleich zu Personen ohne Depression häufiger Probleme bei der Identifikation (Honkalampi et al., 1999), beim bewussten Wahrnehmen (Ehret, 2014), beim Akzeptieren und Tolerieren (Berking et al., 2014; Brody et al., 1999; Campbell-Sills et al., 2006b; Shallcross et al., 2010), beim Modifizieren einer belastenden Emotion (Catanzaro et al., 2000; Ehring et al., 2008; Kassel et al., 2007), beim Benennen und beim Verstehen der Ursachen der aktuell erlebten Emotion sowie bei der mitfühlenden Selbstunterstützung (Gilbert et al., 2006; Hofmann et al., 2011; Kuyken et al., 2010) hatten. Zudem leisteten Akzeptanz und Regulationskompetenz in jüngeren Altersgruppen einen relevanten Beitrag zur Reduktion der depressiven Symptomatik (Radkovsky et al., 2014).

Auch in der Nutzung der verschiedenen Regulationsstrategien gibt es erste Erkenntnisse aus anderen Altersgruppen. Dort konnte gezeigt werden, dass Regulationsstrategien wie Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren und positive Neubewertung die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression beeinflussen (Garnefski et al., 2002a). Zudem konnte gezeigt werden, dass jüngere depressive Patient:innen im Vergleich zu gesunden Personen signifikant häufiger als maladaptiv klassifizierte Emotionsregulationsstrategien wie Rumination, Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren und Vermeidung zur Regulation belastender Emotionen einsetzen und seltener adaptive Strategien wie Akzeptanz, positive Neubewertung, Refokussierung, Relativieren oder aktives Problemlösen (Aldao et al., 2010; Campbell-Sills et al., 2006a; Klemanski et al., 2017). Die vermehrte Nutzung maladaptiver Strategien bzw. ein unflexibles Nutzungsprofil werden dabei nicht lediglich als Symptom verstanden, sondern als ein relevanter Faktor, der an der Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik beteiligt ist (siehe Abschnitt 3.3.3 & Barnow et al., 2020).

Die beschriebenen Studien aus anderen Altersgruppen zeigen einheitlich einen positiven Zusammenhang zwischen Emotionsregulationsdefiziten und depressiver Symptomatik. Zudem weisen sie daraufhin, dass die Förderung der Emotionsregulationskompetenz einen relevanten Wirkfaktor bei der Behandlung depressiver Störungen darstellen kann (siehe Abschnitt 3.3.3 sowie Aldao et al., 2010; Berking et al., 2013; Berking et al., 2014; Campbell-Sills et al., 2006a; Garnefski et al., 2002a; Goodman, 2007; Klemanski et al., 2017; Radkovsky et al., 2014). Zur Behandlung der Depression im höheren Erwachsenenalter existiert bislang allerdings nur eine vergleichsweise geringe Anzahl an kontrollierten Studien,

die den Wirkfaktor Emotionsregulationskompetenz berücksichtigt haben. Erste Befunde weisen darauf hin, dass Emotionsregulationsdefizite an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im Alter beteiligt sind und dass ein positiver Zusammenhang zwischen einem maladaptiven Regulationsstil und depressiver Psychopathologie auch in dieser Altersgruppe vorliegt (siehe Abschnitt 3.3.4 sowie Garnefski & Kraaij, 2006; Kraaij et al., 2002b; Martins et al., 2018; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Smoski et al., 2014). Unklar ist allerdings bislang, welche Rolle einzelne Emotionsregulationskompetenzen bei älteren depressiven Patient:innen spielen und ob Unterschiede in den Emotionsregulationskompetenzen zu gesunden Menschen im höheren Lebensalter bestehen. Auch der Einfluss spezifischer Regulationsstrategien auf die depressive Symptomatik wurde in dieser Altersgruppe bislang noch nicht ausreichend untersucht. Die vorhandenen Studien von Kraaij et al. (2002b) sowie Nolen-Hoeksema und Aldao (2011), die in Abschnitt 3.3.4 beschrieben wurden, untersuchten zwar den Zusammenhang zwischen spezifischen Emotionsregulationsstrategien und depressiver Symptomatik, allerdings ausschließlich anhand von Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung. Derzeit fehlen Studien, in denen ältere Patient:innen in klinischer oder ambulanter Behandlung mit gesunden Menschen im höheren Lebensalter verglichen wurden. Der Behandlungskontext würde es ermöglichen, die depressive Symptomatik standardisiert und somit valide zu erfassen und Unterschiede zwischen beiden Gruppen zu untersuchen.

Des Weiteren fehlen Längsschnittstudien, die aussagekräftige Schlussfolgerungen über den zeitlichen Verlauf und Zusammenhang von emotionsregulativer Kompetenz und depressiver Symptomatik im Alter erlauben. Anhand von Längsschnittanalysen können Kausalstrukturen identifiziert werden (Lazarsfeld, 1940; Lazarsfeld & Fiske, 1938) und es kann sich der Frage angenähert werden, ob Emotionsregulationsdefizite die Ursache oder eine Folge einer depressiven Störung darstellen. Die gewonnenen Erkenntnisse über emotionsregulatorische Veränderungen und zeitliche Zusammenhänge zwischen Depression und Emotionsregulationskompetenz sind bedeutsam für zukünftige theoretische Überlegungen sowie die Konzeption von altersspezifischen Interventionsmaßnahmen.

In den vorhandenen Studien zum Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Depression im Alter wurden zudem bislang ausschließlich Selbstbeurteilungsverfahren verwendet. Retrospektive Selbstbeurteilungsmaße sind in Bezug auf soziale Erwünschtheit, den Einfluss der aktuell vorherrschenden und situationsbezogenen Stimmung sowie hinsichtlich Verzerrungen durch Erinnerungseffekte problematisch (Matt et al., 1992; Shiota & Levenson, 2009). Nicht zuletzt erfordert die Erfassung emotionsregulativer Prozesse ein hohes Maß an Reflexions- und Introspektionsfähigkeit (Feldman Barrett, 1997). Besonders bei

Personen, die von psychischen Störungen betroffen sind, können diese Fähigkeiten eingeschränkt und die Selbstbeurteilungsmaße nicht grundsätzlich valide sein (Fischer-Kern et al., 2008; Gallwitz & Lehl, 1978). Die Erfassung der Regulationskompetenz im Rahmen einer Selbstbeurteilung kann generell als kritisch betrachtet werden, da sich relevante Regulationsprozesse häufig der Selbstwahrnehmung entziehen (siehe Abschnitt 3.3.2.5 sowie Kluemper, 2008). Personen, die nach ihrer Fähigkeit befragt werden, ihre Emotionen korrekt zu erkennen und zu identifizieren, müssten persönliche und soziale Vergleichswerte haben. Besonders bei Personen, die unter depressiven Störungen leiden und bei denen Regulationsdefizite einen Teil der Störung ausmachen, sind Vergleichswerte häufig nicht vorhanden oder in der Akutphase nicht abrufbar (Lane, Sechrest & Riedel, 1998). Studien, in denen der Zusammenhang zwischen emotionsregulativer Kompetenz und Depression im Alter untersucht und die Ergebnisse der Selbstbeurteilungsverfahren durch Fremdbeurteilungen ergänzt wurden, konnten nicht gefunden werden.

3.5 Zielsetzung

Die im vorherigen Kapitel dargelegten Ausführungen weisen auf einen Mangel an kontrollierten Studien hin, in denen neben Emotionsregulationskompetenzen auch spezifische Regulationsstrategien erfasst und depressive Patient:innen mit Menschen im höheren Lebensalter ohne depressive Störung verglichen wurden. Bezüglich der Auswirkungen von Emotionsregulationskompetenz auf die Depression im höheren Erwachsenenalter gibt es dementsprechend offene Fragen. So ist bislang unklar, welche Emotionsregulationskompetenzen einen Beitrag zum Wohlbefinden bei älteren Erwachsenen leisten und welche spezifischen Emotionsregulationsstrategien eingesetzt werden, um den Affekt zu beeinflussen. Des Weiteren ist unklar, ob Emotionsregulationskompetenz einen Einfluss auf eine bereits bestehende depressive Symptomatik hat und welche Rolle einzelne Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation bei älteren depressiven Patient:innen spielen. Es ist nicht ausreichend bekannt, ob Unterschiede in den Emotionsregulationskompetenzen und -strategien zwischen Menschen mit Depressionen und ohne Depression im höheren Erwachsenenalter bestehen. Auch bezüglich des Einflusses spezifischer Regulationsstrategien auf die depressive Symptomatik gibt es in dieser Altersgruppe offene Fragen.

Ziel dieser Studie ist es zum Störungsverständnis der Depression im Alter und zur Entwicklung bzw. Verbesserung vorhandener Interventionsprogramme beizutragen. Dafür liefern die durchgeführten Untersuchungen Erkenntnisse

darüber, welche Emotionsregulationskompetenzen und -strategien zu einer adaptiven Emotionsregulation nach dem Modell von Berking (2017) beitragen und einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung im Alter haben (siehe Abschnitt 3.3.2.1). Dabei werden Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation wie bewusstes Wahrnehmen, Erkennen und Benennen von Emotionen, emotionale Selbstunterstützung, gezielte Regulation, Akzeptanz und Toleranz sowie Konfrontationsbereitschaft untersucht (siehe Abschnitt 3.3.1.1). Zudem werden spezifische Emotionsregulationsstrategien wie Selbstbeschuldigung, Akzeptanz, Rumination, positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positive Neubewertung, Relativieren, Katastrophisieren und Andere Beschuldigen in die Analyse einbezogen (siehe Abschnitt 3.3.2.2). Mögliche Anhaltspunkte, die sich daraus ergeben, sind nicht nur von theoretischer Bedeutung, sondern können bei der Gestaltung präventiver Maßnahmen genutzt werden, die bereits vor der Entstehung einer depressiven Störung in Risikogruppen einsetzbar sind. Zudem spielen die Erkenntnisse eine wichtige Rolle bei der Behandlung einer bereits bestehenden Depression. Hier liefern Längsschnittstudien Informationen über den zeitlichen Verlauf und Zusammenhang von Regulationsdefiziten und depressiver Symptomatik. Diese Informationen werden genutzt, um bestehende Interventionsprogramme zu ergänzen oder um ein spezifisches Programm zu entwickeln. Dieses Programm sollte an die Bedürfnisse der älteren Patient:innen angepasst sein und altersspezifische auslösende und aufrechterhaltende Faktoren einbeziehen.

3.6 Fragestellungen und Hypothesen

Die in den vorherigen Abschnitten 3.4 und 3.5 dargestellten Forschungsbefunde führen zur Ableitung der folgenden Fragestellungen und Hypothesen.

3.6.1 Fragestellung 1 – Emotionsregulation und Wohlbefinden

Bestehen Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz, den Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation, Emotionsregulationsstrategien und Affektvariablen bei Menschen im höheren Erwachsenenalter aus der Allgemeinbevölkerung?

Die Studienlage zum Zusammenhang von Affekt und Emotionsregulationskompetenz im höheren Erwachsenenalter ist heterogen. Ein Großteil der

Studien geht allerdings von einem Anstieg der emotionsregulativen Kompetenz und von einem häufigeren Einsatz adaptiver Regulationsstrategien bei Menschen im höheren Lebensalter, die nicht unter einer psychischen Störung leiden aus (siehe Abschnitt 3.3.2.4). Aufgrund vorheriger Studien wird daher davon ausgegangen, dass positive Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz und adaptiven Emotionsregulationsstrategien mit positivem Affekt sowie Wohlbefinden bestehen. Zudem werden negative Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz und der Nutzung von maladaptiven Emotionsregulationsstrategien mit Depression sowie negativem Affekt erwartet.

- Hypothese 1.1:** Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz und positivem Affekt, Stimmungsniveau sowie allgemeiner Lebenszufriedenheit.
- Hypothese 1.2:** Es bestehen negative Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz und Depression sowie negativem Affekt.
- Hypothese 1.3:** Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen den Emotionsregulationskompetenzen Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Klarheit, Verstehen, Akzeptanz, Resilienz, Konfrontationsbereitschaft, Selbstunterstützung, Regulation von Emotionen und positivem Affekt, Stimmungsniveau sowie allgemeiner Lebenszufriedenheit.
- Hypothese 1.4:** Es bestehen negative Zusammenhänge zwischen den Emotionsregulationskompetenzen Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Klarheit, Verstehen, Akzeptanz, Resilienz, Konfrontationsbereitschaft, Selbstunterstützung, Regulation von Emotionen und Depression sowie negativem Affekt.
- Hypothese 1.5:** Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen den Strategien Akzeptanz, positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positive Neubewertung und Relativieren, positivem Affekt und Stimmungsniveau sowie allgemeiner Lebenszufriedenheit.
- Hypothese 1.6:** Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen den Strategien Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren, Rumination, Andere beschuldigen und Depression sowie negativem Affekt.

Statistik: Zur Überprüfung der Hypothesen 1.1–1.6 werden Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet.

3.6.2 Fragestellung 2 – Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen Menschen mit und ohne Depression

Bestehen Unterschiede in der Emotionsregulationskompetenz, in den Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation und in der Nutzung spezifischer Emotionsregulationsstrategien zwischen Menschen im höheren Erwachsenenalter mit und ohne Depression?

Wie in Abschnitt 3.3.3 beschrieben besteht im jungen und mittleren Erwachsenenalter ein positiver Zusammenhang zwischen Emotionsregulationsdefiziten und depressiver Symptomatik (Aldao et al., 2010; Berking et al., 2013; Berking et al., 2014; Goodman, 2007; Klemanski et al., 2017; Radkovsky et al., 2014). Zudem ist der Zusammenhang zwischen Depression und der häufigeren Nutzung maladaptiver Regulationsstrategien mit mittleren bis großen Effekten in anderen Altersgruppen gut belegt (Barnow, 2012; Backenstrass et al., 2006; Campbell-Sills et al., 2006a; Campbell-Sills et al., 2006b; Ehring et al., 2010; Garnefski et al., 2002a; Liverant et al., 2008). Aufgrund der beschriebenen Studien aus anderen Altersgruppen und der wenigen Studien, die das höhere Erwachsenenalter fokussieren (siehe Abschnitt 3.3.4), wird angenommen, dass auch im höheren Erwachsenenalter ein positiver Zusammenhang zwischen Emotionsregulationsdefiziten und depressiven Symptomen vorliegt. Zudem wird angenommen, dass depressive Menschen im Vergleich zu gesunden Menschen im höheren Erwachsenenalter über eine geringe Emotionsregulationskompetenz verfügen. Außerdem wird aufgrund der vorher beschriebenen Befunde davon ausgegangen, dass depressive Menschen häufiger maladaptive und seltener adaptive Regulationsstrategien einsetzen als gesunde Menschen im höheren Lebensalter.

- Hypothese 2.1:** Menschen im höheren Erwachsenenalter mit Depression weisen einen statistisch signifikant geringeren Wert in der Emotionsregulationskompetenz auf als Menschen ohne Depression.
- Hypothese 2.2:** Menschen im höheren Erwachsenenalter mit Depression weisen einen statistisch signifikant geringeren Werte in den Emotionsregulationskompetenzen Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Klarheit, Verstehen, Akzeptanz, Resilienz, Konfrontationsbereitschaft, Selbstunterstützung und Regulation von Emotionen auf als Menschen ohne Depression.
- Hypothese 2.3:** Menschen im höheren Erwachsenenalter mit Depression weisen einen statistisch signifikant höheren Wert in den Emotionsregulationsstrategien Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren,

Andere beschuldigen und Ruminieren auf als Menschen ohne Depression.

Hypothese 2.4: Menschen im höheren Erwachsenenalter mit Depression weisen einen statistisch signifikant geringeren Wert in den Emotionsregulationsstrategien Akzeptanz, positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positive Neubewertung und Relativieren auf als Menschen ohne Depression.

Statistik: Zur Untersuchung von Mittelwertunterschieden und zur Überprüfung der Hypothesen 2.1–2.4 werden t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.

3.6.3 Fragestellung 3 – Emotionsregulation und Depression

Hat Emotionsregulationskompetenz einen Einfluss auf die Schwere depressiver Symptome und damit auf den Effekt einer Depressionsbehandlung bei Menschen im höheren Erwachsenenalter?

In bisherigen Quer- und Längsschnittstudien aus anderen Altersgruppen (Aldao et al., 2010; Berking et al., 2014; Greenberg, 2000, 2004; Honkalampi et al., 1999; Kahn & Garrison, 2009; Radkovsky et al., 2014; Rude & McCarthy, 2003; Wirtz et al., 2014) und in einigen wenigen experimentellen Studien (Ehring et al., 2010; Campbell-Sills et al., 2006b; Liverant et al., 2008) konnte gezeigt werden, dass Emotionsregulation die Schwere der depressiven Symptomatik während einer Behandlung beeinflusst (siehe Abschnitt 3.3.4). Es wird deshalb davon ausgegangen, dass Emotionsregulationskompetenz auch bei Menschen im höheren Lebensalter mit der Schwere der Depression assoziiert ist und einen positiven Einfluss auf den Therapieeffekt hat.

Hypothese 3.1: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und der Schwere der depressiven Symptomatik zu Beginn einer Depressionsbehandlung.

Hypothese 3.2: Patient:innen mit höherer Emotionsregulationskompetenz profitieren stärker von einer Depressionsbehandlung und zeigen am Ende der Behandlung statistisch signifikant geringere Depressionswerte als Patient:innen mit geringerer Emotionsregulationskompetenz.

Statistik: Zur Überprüfung der Hypothesen 3.1 und 3.2 werden Korrelationskoeffizienten nach Pearson und ein varianzanalytisches Analysemodell für Messwiederholungen (ANOVA) eingesetzt.

3.6.3.1 Explorative Untersuchung zur Selbst- und Fremdbeurteilung von Emotionsregulation

Aufgrund fehlender Studien, die zur Erfassung von Emotionsregulationskompetenz neben Selbst- auch Fremdbeurteilungsverfahren eingesetzt haben, werden Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung von Emotionsregulationskompetenzen explorativ untersucht und vorab keine Hypothesen formuliert (siehe Abschnitt 3.3.2.5). Es wird der Fragestellung nachgegangen, wie hoch die Beurteilungsübereinstimmung bezüglich der emotionalen Kompetenz zwischen den Einschätzungen der Patient:innen und denen ihrer Behandelnden zu Beginn und am Ende einer Depressionsbehandlung ist (zur umfassenden Beschreibung der forschungsmethodischen Herleitung siehe Abschnitt 3.4).

Statistik: Zur Beantwortung der Fragestellung werden zweifaktorielle Intraklassenkorrelation durchgeführt.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Im Rahmen der Methode werden zunächst das Studiendesign und der Ablauf der Studie sowie die verschiedenen Erhebungsinstrumente, die zur Diagnostik und Beantwortung der Forschungsfragen eingesetzt wurden, beschrieben. Des Weiteren werden das Rekrutierungsprozedere, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie eine deskriptive Beschreibung der entstandenen Stichproben dargestellt. Abschließend wird das Vorgehen bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse vorgestellt.

4.1 Studiendesign

Zur Untersuchung der im vorherigen Kapitel dargestellten Fragestellungen wurde ein quantitativer Forschungsansatz gewählt, bei dem Daten einer klinischen Stichprobe (Gruppe 1 = Patient:innen in tagesklinischer Depressionsbehandlung) und einer nicht-klinischen Stichprobe (Gruppe 2 = Personen aus der Allgemeinbevölkerung) erhoben und anhand strukturierter Datenerhebungsmethoden ausgewertet wurden. Im Folgenden wird das Studiendesign sowie das forschungsmethodische Vorgehen detailliert beschrieben. Dabei erfolgt die Gliederung analog zu den Fragestellungen in Abschnitt 3.6.

Zur Beantwortung der Fragestellung 1 wurde eine Gruppe älterer Erwachsener aus der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2) hinsichtlich verschiedener Merkmale im Querschnitt untersucht. Um den Sachverhalt unter lebensweltlichen

Ergänzende Information Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41449-8_4.

Bedingungen und im natürlichen Umfeld zu untersuchen, wurden die Daten willkürlich erhoben, sodass von einer naturalistischen Stichprobe ausgegangen werden kann (Scholz, 2008). Die Erhebung der relevanten Merkmale fand zu einem Messzeitpunkt statt, weshalb es sich bei dieser Untersuchung um eine aktuelle Bestandsaufnahme innerhalb einer Population handelt. Die Anordnung dieser Untersuchung entspricht einem Ex-post-facto-Design, da kein Stimulus manipuliert und keine Randomisierung vorgesehen war. Die Ergebnisse, die aus einem Ex-post-facto-Design resultieren, erlauben lediglich korrelative Aussagen, aus denen keine Kausalität ableitbar ist (Baur & Blasius, 2014). Dennoch ist die Beschreibung dieser Gruppe aufschlussreich – insbesondere, da die Erkenntnisse zur Klärung der aktuell heterogenen Studienlage, wie sie in Abschnitt 3.3.2.4 beschrieben wurde, beitragen und einen ersten Eindruck über die Zusammenhänge zwischen Depression und Emotionsregulation im höheren Erwachsenenalter ermöglichen.

Zur Überprüfung der Unterschiedshypothesen, die zur Fragestellung 2 formuliert wurden, wurden depressive Patient:innen (Gruppe 1) mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen. Im Vergleich zu echten Experimenten erfolgte die Zuteilung der Versuchspersonen zur klinischen Stichprobe und zur Kontrollgruppe anhand bereits vorhandener Merkmale (depressiv, nicht-depressiv). Eine Randomisierung war aufgrund dieser personenspezifischen Gruppencharakteristika nicht möglich und eine experimentelle Manipulation der interessierenden Variablen forschungspraktisch nur schwer umsetzbar, aber vor allem ethisch nicht vertretbar. Der Vergleich der beiden Gruppen wurde im Querschnitt vorgenommen, sodass es sich bei dieser Untersuchung um ein quasi-experimentelles Studiendesign ohne Messwiederholung handelt. Quasi-experimentelle Studien weisen im Vergleich zu experimentellen Studien eine geringere interne Validität auf, da eine Konfundierung der unabhängigen Variablen mit anderen Merkmalen (Störvariablen) nicht ausgeschlossen werden kann. Es besteht die Gefahr, dass sich die beiden Vergleichsgruppen systematisch also nicht nur hinsichtlich des untersuchten Merkmals, sondern auch bezüglich anderer Merkmale unterscheiden. Durch diese Störvariablen entstehen systematische Fehler bei der Interpretation der Ergebnisse (Döring & Bortz, 2016). Zur Kontrolle möglicher personengebundener Störvariablen wurde in dieser Untersuchung die gesunde Kontrollgruppe im Sinne von *Matched Samples* aus der Gruppe 2 extrahiert und es wurde eine gematchte Kontrollgruppe zusammengestellt. Bei den *Matched Samples* handelte es sich um gesunde, zuvor nicht depressive Personen, die nach den Kriterien Geschlecht, Alter, Familienstand, höchster Schulabschluss und berufliche Tätigkeit den depressiven Patient:innen zugeordnet wurden (für

eine Erläuterung der Zuteilungskriterien und der Zusammensetzung der Matched Samples siehe Abschnitt 4.4).

Um den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Depression und den Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf den Erfolg einer Depressionsbehandlung im höheren Erwachsenenalter zu untersuchen (Fragestellung 3), wurden depressive Patient:innen, die sich in klinischer Behandlung (Gruppe 1) befanden, untersucht. Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte anhand einer korrelativen Analyse im Sinne eines Ex-post-facto-Designs sowie anhand eines quasiexperimentellen Studiendesigns mit Messwiederholung. Im Rahmen der korrelativen Analyse wurde der Einfluss der Emotionsregulation als unabhängige Variable auf die abhängige Variable Depression zu verschiedenen Messzeitpunkten untersucht. Um den Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf den Therapieeffekt zu untersuchen, wurde ein quasiexperimentelles Design mit Messwiederholung verwendet. In diesem Längsschnitt wurden Patient:innen mit hoher und niedriger Emotionsregulationskompetenz zu verschiedenen Zeitpunkten einer Depressionsbehandlung miteinander verglichen. Die Zuteilung der Versuchspersonen zu den beiden Gruppen wurde anhand bereits vorhandener Merkmale (Emotionsregulationskompetenz hoch, niedrig) vorgenommen. Die beiden Gruppen wurden zu Beginn und am Ende der Behandlung sowie nach einem Follow-up von drei Monaten untersucht. Die erhobenen Selbstberichtsdaten zu Emotionsregulationskompetenz und Depression wurden zudem mit Fremdbeurteilungen der psychotherapeutisch Behandelnden verglichen. Da zur Erfassung der emotionalen Kompetenz durch Fremdbeurteilungen aber bislang kaum Studien vorliegen, wurde der Frage nach der Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdurteil explorativ nachgegangen. Nach Döring und Bortz (2016) eignen sich explorative bzw. erkundende empirische Untersuchungen insbesondere dann, wenn in einem Forschungsbereich erst wenige Befunde vorliegen und Hypothesen und Theorien generiert werden sollen.

4.2 Studienablauf

Im Folgenden werden die Konstruktion der Testmaterialien und der Ablauf der Erhebungen in der klinischen Stichprobe und in der Gruppe der Personen aus der Allgemeinbevölkerung detailliert beschrieben. Abschließend werden die ethischen und datenschutzrechtlichen Aspekte dieser Untersuchung erläutert.

Konstruktion der Testmaterialien

Aufgrund der Beschaffenheit der Stichprobe und aus praktischen Gründen wurde in beiden Gruppen eine Paper-Pencil-Befragung durchgeführt. Die Studienteilnehmenden erhielten Fragebögen in Papierform und füllten diese handschriftlich aus (Material einsehbar im Anhang im elektronischen Zusatzmaterial). Die Fragebögen wurden ausschließlich in deutscher Version vorgelegt. Aufgrund der Erfahrungen aus anderen Forschungsprojekten, in dem ebenfalls Personen im höheren Erwachsenenalter untersucht worden waren, und auf der Grundlage von Literaturempfehlungen (Dillman, Sinclair & Clark, 1993; Jenkins & Dillman, 1997) wurde bei der Konzeption der Fragebögen besonders auf Lesefreundlichkeit geachtet. In vorherigen Forschungsprojekten berichtete ein Großteil der Teilnehmenden von Problemen beim Lesen und Bearbeiten der Fragebögen, was häufig zum Abbruch der Teilnahme geführt hatte. Um das zu verhindern, wurde das Schriftbild des Informationsmaterials und der Messverfahren, die bei dieser Untersuchung eingesetzt wurden, verändert und so gestaltet, dass die Texte auf Dauer bequem und ermüdungsarm lesbar waren. Das wurde durch die Schriftgröße (16 pt), die Wahl einer Schriftart mit wenigen Serifen, einem mittleren Zeilenabstand, Zwischenüberschriften, Hervorhebungen von relevanten Informationen, anhand der häufigen Verwendung von Absätzen und durch einen hohen Kontrast von Schrift und Hintergrund erreicht. Zudem wurde beim Satzbau und Sprachstil darauf geachtet, dass die Texte verständlich und beim einmaligen Lesen nachvollziehbar waren. Dafür wurde eine mittlere Wort- und Satzlänge gewählt, die auf die Verständlichkeit eines Textes großen Einfluss haben. Zudem wurde der Anteil seltener Wörter und Fremdwörter reduziert bzw. wenn nicht anders möglich, wurden Fremdwörter in kurzen Worten erläutert.

Um Vorurteile und sozial erwünschte Antworttendenzen zu reduzieren, wurde im Titel der Studie auf das Wort Depression verzichtet und die Studie als *ERimA – Emotionsregulation im höheren Erwachsenenalter* bezeichnet. Darüber hinaus wurde bei der Bezeichnung der einzelnen Fragebögen auf pathologisierende Bezeichnungen verzichtet und stattdessen Begriffe wie Stimmungslage oder allgemeines Befinden verwendet (für eine Übersicht zu Arbeiten, die sich mit dem Zusammenhang von sozialer Erwünschtheit und Antwortverzerrungen beschäftigen haben, siehe zum Beispiel Paulhus, 1991, 2002).

Untersuchungsablauf und Beschreibung der Teilschritte

Vor Beginn der Studie wurde zunächst die Erlaubnis der teilnehmenden Klinik (Tagesklinik des Ameos Klinikums Lübeck – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) eingeholt, in der die klinische Stichprobe (Gruppe 1) rekrutiert wurde.

Nach der Genehmigung und vor Beginn der Datenerhebung wurde ein Treffen mit dem gesamten Behandlungsteam der Tagesklinik vereinbart. Bei diesem Treffen wurden die theoretischen Grundlagen, die Ziele und der Ablauf der Studie sowie die datenschutzrechtlichen Bestimmungen erläutert. Die verschiedenen Fragebogenverfahren wurden ausführlich vorgestellt und die psychotherapeutisch Behandelnden erhielten eine Unterweisung in die Fremdbeurteilungsverfahren. Eine Mitarbeiterin des Behandlungsteams der Klinik erhielt eine gesonderte Instruktion, um Aufgaben im Rahmen der Studienassistentz vor Ort auszuführen. Die Aufgaben der Studienassistentz vor Ort beinhalteten die Verteilung der Fragebögen an die jeweiligen Studienteilnehmenden und psychotherapeutisch Behandelnden sowie andere administrative Aufgaben. Die Studienassistentz erhielt für die Erledigung dieser Aufgaben keine finanzielle Vergütung oder Aufwandsentschädigung.

Die Untersuchung der klinischen Stichprobe (Gruppe 1) erfolgte durch die Autorin und wurde zu unterschiedlichen Messzeitpunkten durchgeführt. Diese Gruppe wurde zu Beginn einer tagesklinischen Behandlung bei Aufnahme (T1), bei Entlassung nach etwa sechs bis neun Wochen (T2) und bei einem Follow-up von drei Monaten (T3) untersucht. Die Untersuchung zum Messzeitpunkt T1 erfolgte in der ersten Behandlungswoche, nach dem Aufnahmegespräch durch die psychotherapeutisch Behandelnden. Die Untersuchung zum Messzeitpunkt T2 erfolgte in der letzten Behandlungswoche. Zum Messzeitpunkt T3 erhielten die Teilnehmenden einen Fragebogen per Post.

Um den Aufwand für die Studienteilnehmenden so gering wie möglich zu halten, fanden die Erhebungen zu den Messzeitpunkten T1 und T2 werktags zwischen 10:00 und 12:00 Uhr in der Klinik statt. Zur Vermeidung von Konfundierungen im Sinne eines unsystematischen Fehlers wurden der Versuchsablauf und die Instruktionen standardisiert und Situationsmerkmale bestmöglich kontrolliert (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2013). Störvariablen wie z. B. Lärmbelastung oder Ablenkung durch Mitpatient:innen wurden reduziert, indem die Studienteilnehmenden ausschließlich einzeln und in einem ruhigen Raum untersucht wurden. Nach der Begrüßung wurden die Studienteilnehmenden gebeten sich auf einen Stuhl an einen Tisch zu setzen. Es erfolgte zunächst eine mündliche und schriftliche Information und Aufklärung über die Studie (Art und Ziele der Studie, Verwendungszweck der Daten, Freiwilligkeit, Kontaktdaten der Studienleitung etc.). Bezüglich des Datenschutzes wurden die Studienteilnehmenden anhand des datenschutzrechtlichen Informationsteils mündlich und schriftlich aufgeklärt (Material einsehbar im Anhang im elektronischen Zusatzmaterial). Dabei wurden generelle Erläuterungen zum Datenschutz, zur Veröffentlichung der Ergebnisse, zum Beschwerderecht, zur Freiwilligkeit und zum Widerruf gegeben.

Die Studienteilnehmenden hatten im Anschluss an die Aufklärung und während der gesamten Erhebungsphase die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Es folgte eine Erläuterung über den Ablauf und den zeitlichen Rahmen der Erhebung. Die Dauer der Erhebung belief sich jeweils auf etwa 40–60 Minuten. Um mögliche Fragen zu beantworten und um notwendige Erklärungen zu den einzelnen Testverfahren zu geben, wurde zum Messzeitpunkt T1 der Selbstbeurteilungsfragebogen von den Studienteilnehmenden im Beisein der Autorin ausgefüllt.

Zum Messzeitpunkt T2 wurde den Patient:innen der Fragebogen von einer Mitarbeiterin des Behandlungsteams vorgelegt, die mit der Studienassistentin beauftragt war. Die Erhebung zum Messzeitpunkt T2 fand im gleichen Raum und etwa zur gleichen Tageszeit statt wie zum Messzeitpunkt T1. Die Studienassistentin sorgte dafür, dass die Studienteilnehmenden in der Zeit der Bearbeitung ungestört waren. Die Studienteilnehmenden wurden erneut auf die Möglichkeit hingewiesen, während der gesamten Erhebung Fragen zu stellen.

Zum Messzeitpunkt T3 wurde den Studienteilnehmenden der Fragebogen und ein beiliegender, frankierter Rückumschlag per Post zugesendet. Die Sendungen wurden von der Autorin adressiert und an die Hausadresse der Studienteilnehmenden geschickt. Die Patient:innen stimmten der zweckgebundenen Herausgabe der Adressdaten zur Kontaktierung vorab zu. Die Studienteilnehmenden wurden in einem Anschreiben gebeten, den Fragebogen nach vollständiger Bearbeitung zurückzusenden. Wurde der Fragebogen nicht innerhalb einer bestimmten Frist zurückgesendet, erfolgte eine telefonische Erinnerung. Studienteilnehmende, die telefonisch nicht erreichbar waren, wurde ein weiteres Mal ein Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag zugesendet.

Der Fragebogen wurde zum Messzeitpunkt T1 von 54 Studienteilnehmenden bearbeitet. Zwischen Messzeitpunkt T1 und Messzeitpunkt T2 mussten acht Studienteilnehmende aus der Studie ausgeschlossen werden. Die Hauptgründe für den Dropout waren eine vorzeitige Beendigung der Behandlung auf Wunsch der Patient:innen (38 %), die Verlegung auf die gerontopsychiatrische Station oder in eine andere klinische Einrichtung aufgrund einer Akutbehandlung (38 %), die Verlegung auf die allgemeinpsychiatrische Station (12 %) oder ein rückwirkender Ausschluss aufgrund zusätzlicher Diagnosen im Sinne eines Ausschlusskriteriums, die sich erst im Verlauf der Behandlung zeigten, z. B. dementielle Störungen (12 %). Der Fragebogen zum Messzeitpunkt T1 und T2 wurde von 46 Studienteilnehmenden komplett bearbeitet. Zwischen Messzeitpunkt T2 und T3 mussten vier Studienteilnehmende aus der Studie ausgeschlossen werden, da sie den ausgefüllten Fragebogen nicht zurücksendeten. Der Fragebogen zum Messzeitpunkt T3 wurde von 42 Studienteilnehmenden komplett bearbeitet. Insgesamt lagen

nach Abschluss der Erhebungsphase von $N = 42$ Studienteilnehmenden komplett bearbeitete Datensätze zu allen drei Messzeitpunkten vor.

Die Fremdbeurteilungsverfahren wurden den jeweiligen psychotherapeutisch Behandelnden zum Messzeitpunkt T1 und T2 von der Studienassistentenz vorgelegt. Die Studienteilnehmenden wurden vorab über die Fremdbeurteilung informiert. Bezüglich der im Fremdbeurteilungsverfahren erhobenen Daten entbanden die Studienteilnehmenden die Behandelnden anhand einer Einwilligungserklärung von der Schweigepflicht. Die Bearbeitungsdauer der Fremdbeurteilungsverfahren pro Messzeitpunkt betrug etwa 10 Minuten. Zum Messzeitpunkt T1 wurden Fragebögen zu 45 Studienteilnehmenden komplett bearbeitet, zum Messzeitpunkt T2 lagen Fragebögen zu allen 46 Studienteilnehmenden vor.

Die Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2) wurden nur zu einem Messzeitpunkt untersucht. Die Rekrutierung dieser Gruppe fand im Rahmen verschiedener Veranstaltungen (siehe Tabelle 4.2) statt. Dafür wurde zunächst Kontakt mit den Verantwortlichen der jeweiligen Veranstaltung aufgenommen. Die wichtigsten Informationen zur Studie wurden vorab entweder telefonisch oder per E-Mail übermittelt. Mit der Einwilligung der Verantwortlichen wurden die verschiedenen Veranstaltungen von der Autorin oder einer Assistentin besucht. Zu Beginn oder am Ende der Veranstaltung wurden ausführliche Informationen und Aufklärung über die Studie gegeben. Dies beinhalte allgemeine Informationen, Ziele und Inhalt der Studie, Kontaktdaten der Studienleitung und der Ansprechpartnerinnen sowie eine Anleitung zum Ausfüllen und Zurücksenden des Fragebogens. Zudem wurde der datenschutzrechtliche Informationsteil, den alle Teilnehmenden schriftlich erhielten, auch mündlich erläutert. Im Anschluss daran hatten die Teilnehmenden der Veranstaltung die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Fragebögen mit der Information zur Studie, dem datenschutzrechtlichen Informationsteil und einem frankierten Rückumschlag wurden vor oder nach der jeweiligen Veranstaltung an interessierte Teilnehmende ausgegeben (Material einsehbar im Anhang im elektronischen Zusatzmaterial). Die Fragebögen wurden von den Teilnehmenden außerhalb der Veranstaltung bearbeitet und nach der Bearbeitung zurückgesendet. Die Bearbeitungsdauer betrug etwa 20–30 Minuten. Die Erhebung der Daten fand in dieser Gruppe anonym statt.

Insgesamt wurden in dieser Gruppe 1 240 Fragebögen ausgegeben und 708 Fragebögen zurückgesendet, was einer Bruttorecklaufquote von 57 % entspricht. Zur Beurteilung der Höhe einer Rücklaufquote gibt es keine pauschalen Vorgaben, da sie von mehreren Faktoren wie dem Umfang der Befragung oder der Zielgruppe abhängt. Verschiedene Benchmark-Untersuchungen haben allerdings als grobe Orientierung eine Rücklaufquote von etwa 30 % bei Befragungen zwischen Unternehmen und Privatpersonen (B2C) ermittelt (Bischoff, 2001).

Besonders in Anbetracht der vergleichsweise langen Bearbeitungsdauer, ist die erreichte Rücklaufquote damit als sehr gut zu bezeichnen. Dies kann an den Eigenschaften der Zielgruppe oder an generellen Merkmalen der Befragung liegen. Zu den generellen Merkmalen der Befragung gehören beispielsweise das informative Anschreiben mit einem verständlichen und klar formulierten Befragungsziel, eine ausführliche Anleitung zum Ausfüllen und Zurücksenden des Fragebogens, die Angabe von Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Studienleiterin bei Rückfragen, der persönliche Kontakt zu einer Ansprechpartnerin bei der Rekrutierungsveranstaltung sowie ein für die Zielgruppe interessantes und aktuelles Thema.

Insgesamt wurden $N = 684$ Datensätze in die Studie eingeschlossen. Ein Dropout von $N = 24$ Fragebögen entstand aufgrund fehlender relevanter Werte wie Alter, Geschlecht oder aufgrund einer zu hohen Anzahl fehlender Werte, die eine Skalenbildung nicht mehr ermöglichte (zum Umgang mit fehlenden Werten siehe Abschnitt 4.5).

Ethische- und datenschutzrechtliche Aspekte

Die Durchführung dieser Untersuchung erfolgte auf Basis der ethischen Richtlinien der *Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (DGPs), die die deutsche Adaptation der auf Forschung und Publikation bezogenen ethischen Richtlinien der *American Psychology Association* (APA; APA, 2016) darstellen. Zudem erfolgte eine ethische- und datenschutzrechtliche Überprüfung durch die Leitung der Klinik, in der die klinische Stichprobe (Gruppe 1) rekrutiert wurde. Im Rahmen dieser Überprüfung wurden u. a. die Fachkompetenz der Autorin, die Gestaltung der Untersuchungsbedingungen, die Verständlichkeit des Informationsmaterials, datenschutzrechtliche Aspekte und die Zumutbarkeit sowie die Risiken und der Nutzen der Untersuchung begutachtet. Die Begutachtung ergab ein positives Votum, wodurch die Freigabe zur Durchführung der Untersuchung erteilt wurde.

Über die ethischen Aspekte hinaus bestehen nach Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in der Forschung Verpflichtungen zum Datenschutz im Umgang mit personenbezogenen Daten. Im Rahmen einer datenschutzrechtlichen Begutachtung wurde die Studie von der Datenschutzbeauftragten der Universität Rostock geprüft und die Freigabe zur Durchführung der Studie erteilt. Die Umsetzung der in Kapitel 1 Art. 4 DSGVO definierten datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum Umgang mit personenbezogenen Daten wird im Folgenden beschrieben.

Zur Durchführung des Längsschnitts (siehe Abschnitt 4.1) wurden in der klinischen Stichprobe (Gruppe 1) personenbezogene Daten erhoben. Bei der

Erhebung, Verarbeitung und bei der allgemeinen Nutzung der personenbezogenen Daten wurde wie folgt vorgegangen: Die Datenerhebung begann erst nach ausführlicher mündlicher Information und Aufklärung über die Studie (Verwendungszweck der Daten, Hinweis auf Widerrufsmöglichkeit, Freiwilligkeit etc.), Aushändigung des datenschutzrechtlichen Informationsteils sowie nach eigenständig vom Studienteilnehmenden unterzeichneter rechtsgültiger Einwilligungserklärung. Die unterzeichnete Einwilligungserklärung dient zum Nachweis eines *informed consent*.

Für den Fall, dass Studienteilnehmende die Löschung ihrer Daten veranlassen wollten und um den Fragebogen zum Messzeitpunkt T3 zuzustellen, wurden Name und Kontaktdaten der Studienteilnehmenden erfasst. Damit die erhobenen Daten mit den jeweiligen Personen aber nicht in Verbindung gebracht werden konnten, wurden die Fragebögen durch die Zuteilung eines Codes pseudonymisiert. Der Code wurde elektronisch mithilfe eines Internetdienstes (www.randomcodegenerator.com) generiert und bestand aus einer Reihe zufälliger Ziffern und Zahlen, die keinen Rückschluss auf die Identität der Person zuließen. Für die korrekte Zuordnung der Datensätze zu den Studienteilnehmenden wurde eine Verschlüsselungsliste mit dem Code und Klarnamen angelegt (König, 2011). Die ausgefüllten Fragebögen, die nur mit dem Code, aber nicht mit Namen versehen wurden, und die Verschlüsselungsliste wurden sicher, d. h. unzugänglich für Unbefugte oder Dritte, an zwei unterschiedlichen Orten in abschließbaren Büroräumen und Schränken der Universität Rostock aufbewahrt.

Die Daten der Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2) wurden anonym erhoben, sodass eine Pseudonymisierung der Fragebögen nicht notwendig war. Die ausgefüllten Fragebögen wurden ebenfalls an einem sicheren Ort an der Universität Rostock aufbewahrt.

Nach Abschluss der Erhebungsphase wurden die Fragebögen aus beiden Gruppen in den Räumen des Instituts für Pädagogische Psychologie händisch auf ein offizielles Medium der Universität Rostock (verschlüsselter Dienstlaptop) übertragen, ausgewertet und dort gespeichert. Der Dienstlaptop war mit den erforderlichen Verschlüsselungssystemen für Hardware, Dateien und Festplatten versehen (European Commission, 2009). Die Speicherung erfolgte nach den Richtlinien zur Speicherung von Forschungsdaten der Universität Rostock. Die erhobenen Daten werden entsprechend der Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren bis spätestens Dezember 2029 gemäß § 2 Abs. 10 S. 3 *Regeln zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Rostock vom 15. Januar 2019* aufbewahrt.

4.3 Psychologische Messverfahren

Beide Gruppen erhielten einen Fragebogen zu demografischen Daten (Fragebogen einsehbar im Anhang im elektronischen Zusatzmaterial). Im Rahmen dieser Selbstauskunft gaben die Studienteilnehmenden das Alter in Jahren, das Geschlecht (weiblich männlich), den Familienstand (ledig, verheiratet, feste Partnerschaft, geschieden, verwitwet), die Muttersprache (Deutsch, andere), den Schulabschluss (Kein Abschluss, Hauptschule, Volksschule, Realschule/POS, (Fach-)Abitur, Universität/FH, anderer) sowie die berufliche Tätigkeit (Vollzeit, Teilzeit, gelegentlich berufstätig, Rente, andere) an. Die Personen aus der Allgemeinbevölkerung wurden zudem befragt, ob sie sich im Laufe ihres Lebens jemals in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung befunden haben, ob sie im Laufe ihres Lebens jemals die Diagnose einer psychischen Störung erhalten haben und ob im Verlauf ihres Lebens jemals eine depressive Episode oder anhaltend affektive Störung vorlag (Zusatzfragen zum Ausschluss einer affektiven Störung). In beiden Gruppen wurden mithilfe von Selbstbeurteilungsverfahren Emotionsregulationskompetenzen, Emotionsregulationsstrategien, die Schwere der depressiven Symptomatik, Aktivitäten und Kontakte sowie das psychische Wohlbefinden erfasst. In der klinischen Stichprobe wurde zudem zu Beginn und am Ende der Behandlung eine Beurteilung der Emotionsregulationskompetenzen sowie der Schwere der depressiven Symptomatik mithilfe von Fremdbeurteilungsverfahren durch den jeweiligen psychotherapeutisch Behandelnden vorgenommen.

Zur Überprüfung der Fragestellung und zur diagnostischen Differenzierung wurden die folgenden Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren eingesetzt:

EMO-Check

Der *EMO-Check* ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Identifikation individueller Probleme bei der Regulation von Emotionen und wurde von Berking und Znoj (2008) entwickelt. Die theoretische und konzeptuelle Grundlage bildet das kompetenzorientierte Modell der adaptiven Emotionsregulation nach Berking (2017). Der EMO-Check setzt sich aus zwei Teilen zusammen, dem EMO-Check Teil I und dem *Fragebogen zur Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen* (SEK-27).

Der erste Teil (EMO-Check Teil I) besteht aus einer Liste von 50 Emotionsadzeptiven. Die zusammengefassten Werte ergeben neun Skalen, die die Emotionen *Stress*, *Angst*, *Ärger*, *Traurigkeit*, *Depressivität* und *Scham* sowie das Ausmaß für sogenannte *Bewältigungseemotionen* abbilden. Zudem ist es möglich, verschiedene Skalen zum positiven und negativen Affekt zu erheben. Es lassen sich u. a.

die Werte für die deutsche Version der weit verbreiteten *Positive Affect Schedule Negative Affect Schedule* (PANAS) berechnen (Watson & Tellegen, 1985). In einem von den Autoren entwickelten und umfangreicheren Verfahren, in dem eine größere Anzahl von Emotionsadjektiven einbezogen wird, werden zusätzlich Werte für die Skalen *Positiver Affekt EMO-Check Gesamt* und *Negativer Affekt EMO-Check Gesamt* erhoben (Berking, 2017). Der emotionale Zustand wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala von *überhaupt nicht* bis *sehr* beurteilt.

Der zweite Teil besteht aus dem SEK-27 (Berking & Znoj, 2008; Ebert, Christ & Berking, 2013). Anhand dieses Fragebogens werden unterschiedliche Emotionsregulationskompetenzen ökonomisch erfasst. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 27 Items, die in neun Subskalen die grundlegenden Kompetenzen im Umgang mit Emotionen nach dem Modell der adaptiven Emotionsregulation (Berking & Znoj, 2008) erfassen. Zu den abgebildeten Subskalen, die das emotionale Befinden im Zeitraum der vergangenen Woche abfragen, gehören *Aufmerksamkeit* („... achtete ich auf meine Gefühle“), *Klarheit* („... war mir klar, was ich gerade fühlte“), *Körperwahrnehmung* („... hatte ich eine gute körperliche Wahrnehmung meiner Gefühle“), *Verstehen* („... verstand ich meine emotionalen Reaktionen“), *Akzeptanz* („... konnte ich auch negative Gefühle annehmen.“), *Resilienz* („... fühlte ich mich auch intensiven, negativen Gefühlen gewachsen“), *Selbstunterstützung* („... versuchte ich, mir in belastenden Situationen selber Mut zu machen“), *Konfrontationsbereitschaft* („... machte ich, was ich mir vorgenommen hatte, auch wenn ich mich dabei unwohl oder ängstlich fühlte“) und *Regulation* („... konnte ich positivere Gefühle gezielt herbei führen“). Die neun Subskalen werden zu einem Gesamtwert der emotionalen Kompetenz zusammengefasst. Die Emotionsregulationskompetenz wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala von *überhaupt nicht* bis *fast immer* erfasst. Im Rahmen der Untersuchung wurde die *Prolonged State-Version* verwendet, in der sich die Studienteilnehmenden auf die zurückliegende Woche beziehen. Diese Version eignete sich für die Verlaufskontrolle der emotionalen Kompetenz.

Die Werte für die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der einzelnen Skalen der Prolonged-State Version liegen zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .81$ und sind damit im akzeptablen bis guten Bereich. Bei der Gesamtskala liegt die interne Konsistenz bei $\alpha = .90$, was als sehr gut zu bewerten ist. Die Retest-Reliabilitäten für die Subskalen liegen zwischen $r = .48$ und $r = .74$ und die Werte für die Gesamtskala bei $r = .75$ und sind damit angemessen.

Das Instrument verfügt über eine gute Validität und Veränderungssensitivität und eignet sich zum einen aufgrund seiner befriedigenden bis sehr guten internen

Konsistenz, aber besonders aufgrund seiner Kürze für die Erfassung emotionaler Kompetenzen in der untersuchten Stichprobe. Normwerte wurden für dieses Verfahren bisher noch nicht erstellt.

In seiner ursprünglichen Version stellt der EMO-Check ein Selbstbeurteilungsinstrument dar. Eine Fremdbeurteilungsversion wurde vom Autor der Skala, Prof. Dr. Matthias Berking, zu Forschungszwecken freundlicherweise zur Verfügung gestellt und wird in dieser Untersuchung als Messinstrument zur Fremdeinschätzung der emotionalen Kompetenz eingesetzt.

Cognitive Emotion Rating Questionnaire

Der *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ; Garnefski et al., 2001) erfasst kognitive Emotionsregulation anhand von neun Skalen. Bei den Skalen handelt es sich um verschiedene Strategien der kognitiven Emotionsregulation, die gedankliche Reaktionen auf ein aversives Ereignis, welches mit belastenden Emotionen verbunden ist, darstellen. Es wird zum einen die kognitive Reaktion auf ein aversives Ereignis erfasst und darüber hinaus der Umgang mit den belastenden Emotionen, die aufgrund dessen entstehen. In der Instruktion werden die Studienteilnehmenden aufgefordert, die allgemeine Denkweise nach dem Erleben eines negativen oder unangenehmen Ereignisses anzugeben.

Das Verfahren besteht aus 36 Items, die den neun Skalen *Selbstbeschuldigung*, *Akzeptanz*, *Rumination*, *positive Refokussierung*, *Refokussierung auf Planung*, *positive Neubewertung*, *Relativieren*, *Katastrophisieren* und *Andere beschuldigen* zugeordnet werden. Jede der neun Skalen wird von vier Items repräsentiert. Höhere Werte entsprechen einer stärkeren Ausprägung der jeweiligen Strategie. Die neun verschiedenen kognitiven Emotionsregulationsstrategien werden im Folgenden beschrieben:

1. *Selbstbeschuldigung*: Sich für Ereignisse oder Erlebnisse gedanklich selber die Schuld geben („Ich denke, dass ich Schuld habe.“).
2. *Akzeptanz*: Gedanklich von dem zurücktreten, was passiert ist und das Erlebte akzeptieren („Ich denke, dass ich akzeptieren muss, was geschehen ist.“).
3. *Rumination*: Andauerndes Grübeln über negative Ereignisse und die Gefühle, die dadurch ausgelöst wurden („Ich denke darüber nach, wie ich mich wegen dem, was ich erlebt habe, fühle.“).
4. *Positive Refokussierung*: Gedanklich mit anderen, angenehmeren Dingen beschäftigen als mit dem negativen Ereignis („Ich denke an schönere Dinge als an das, was ich erlebt habe.“).

5. Refokussierung auf Planung: Überlegen, welche Schritte unternommen werden, um ein belastendes Ereignis zu überwinden („Ich überlege mir einen Plan, wie ich am besten vorgehen kann.“).
6. Positive Neubewertung: Gedankliche Neuausrichtung auf die positive Seite des Geschehenen. Im Sinne eines persönlichen Wachstums wird dem belastenden Ereignis gedanklich eine positive Bedeutung beimessen („Ich denke, dass ich aufgrund dessen, was geschehen ist, ein stärkerer Mensch werden kann.“).
7. Relativieren: Anhand des Vergleichs mit anderen negativen Ereignissen die Belastung eines Ereignisses aus einer anderen Perspektive betrachten oder gedanklich herunterspielen („Ich denke, dass andere Menschen viel schlimmere Erfahrungen machen.“).
8. Katastrophisieren: Negative Aspekte einer Situation oder mögliche negative Konsequenzen eines Ereignisses in übertriebenem Maße wahrnehmen und sich andauernd gedanklich mit diesen Inhalten auseinandersetzen („Ich denke, dass das, was ich erlebt habe das Schlimmste ist, was einem passieren kann.“).
9. Andere beschuldigen: Anderen gedanklich die Schuld für das belastende Ereignis geben („Ich denke, dass andere für das, was passiert ist, verantwortlich sind.“).

Die Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortkategorien von *(fast) nie* bis *(fast) immer* beantwortet.

Reliabilität und Validität des CERQ konnten in internationalen Studien belegt werden (D’Acromont & Van der Linden, 2007; Garnefki & Kraaij, 2007; Selby, Anestis & Joiner, 2008). Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die deutsche Adaption des CERQ verwendet (Loch et al., 2011). Für die deutsche Version konnte in klinischen Stichproben eine gute interne Konsistenz zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .84$ für die verschiedenen Skalen sowie eine gute faktorielle Validität nachgewiesen werden (Görgen, Loch, Hiller & Witthöft, 2015).

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen häufiger kognitive als behaviorale Emotionsregulationsstrategien anwenden (Barnow et al., 2019; Nakamura & Orth, 2005; Scheibe et al., 2015). Zudem scheint die kognitive Reaktion auf ein belastendes Ereignis im Alter einen noch größeren Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden zu haben als in jüngeren Altersgruppen (Aldao et al., 2010; Nolen-Hoeksema, 2000). Diese Befunde rechtfertigen den Einsatz dieses vergleichsweise umfangreichen Verfahrens. Der CERQ erfasst im Vergleich zu anderen Testverfahren zudem eine hohe Anzahl verschiedener kognitiver Emotionsregulationsstrategien und erlaubt damit einen Einblick in ein breites Spektrum verschiedener Strategien und deren Auswirkung.

Geriatrische Depressionsskala

Derzeit existieren nur wenige diagnostische Verfahren im Bereich der affektiven Störungen, die speziell für geriatrische Patient:innen entwickelt und an entsprechenden Stichproben normiert oder validiert wurden (Hautzinger & Meyer, 2002). Die *Geriatrische Depressionsskala* (GDS; Yesavage et al., 1988) ist derzeit das einzige standardisierte Instrument, das speziell für geriatrische Patient:innen entwickelt und im deutschen Sprachraum evaluiert wurde. Ziel der Autor:innen war es, ein Verfahren zu konzipieren, das ökonomisch einsetzbar ist und die Leistungsfähigkeit älterer Menschen berücksichtigt. Die GDS ist aufgrund ihrer Beschaffenheit und Praktikabilität vielfältig einsetzbar und besitzt eine hohe Akzeptanz bei Patient:innen und Behandelnden (Gauggel & Birkner, 1998).

Das Verfahren besteht aus 15 Items („Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?“), die mit *Ja* oder *Nein* beantwortet werden. In der Auswertung werden die Punkte zu einem Gesamtwert addiert, wobei ein höherer Wert für eine höhere Merkmalsausprägung steht. Der Maximalwert liegt bei 30 Punkten und kennzeichnet die Schwere der Depression. Eine Differenzierung zwischen schwerer (10–15 Punkte), leichter bis mäßiger Depression (5–10 Punkte) sowie ein unauffälliges Testergebnis (0–5 Punkte) kann vorgenommen werden. Zur Bestimmung eines Krankheitswerts wird die Kategorisierung der Summenwerte (depressiv vs. nicht depressiv) ab einem Cut-off Wert von ≥ 5 vorgeschlagen (Brink et al., 1982; D’Ath et al., 1994; Herrmann et al., 1996). Somatische Symptome werden in der GDS nicht erhoben, um eine mögliche Fehlerquelle falsch-positiver Diagnosen auszuschließen. Das Verfahren berücksichtigt außerdem die Tendenz depressiver älterer Menschen, kognitive Defizite im Rahmen einer depressiven Symptomatik zu überschätzen.

In Validierungsstudien zeigte sich die deutsche Version der GDS als zuverlässiges Messinstrument mit einer hohen internen Konsistenz von $\alpha = .91$ und einer guten Split-Half-Reliabilität von $r = .90$. Das Verfahren zeigte sich als wenig störanfällig in Bezug auf den Erhebungskontext und auf den positiven Erinnerungseffekt (Brink et al., 1985; Gauggel & Birkner, 1999; Morishita et al., 1995; Yesavage et al., 1988).

In der ursprünglichen Version ist die GDS ein Selbstbeurteilungsinstrument. In der klinischen Praxis sowie im Rahmen dieser Untersuchung wurde sie zusätzlich als Fremdbeurteilungsinstrument eingesetzt.

Habituelle subjektive Wohlbefindensskala

Mit der *Habituellen subjektiven Wohlbefindensskala* (HSWBS) von Dalbert (1992) werden Stimmungsniveau und allgemeine Lebenszufriedenheit erfasst. Die Skala Stimmungsniveau stellt eine deutschsprachige Kurzfassung der *Mood Level Scale*

von Underwood und Froming (1980) dar. Die HSWBS unterscheidet zwischen einer kognitiven und einer emotionalen Dimension und erfasst den Trait-Anteil des subjektiven Wohlbefindens (Diener, 1984). Die kognitive Dimension wird mit der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* erfasst. Dabei wird nach der Einschätzung der allgemeinen und nicht nach bereichsspezifischen Lebenszufriedenheiten gefragt. Die emotionale Dimension wird durch die Skala *Stimmungsniveau* erfasst und beinhaltet Items zur Anwesenheit positiver und zur Abwesenheit negativer Emotionen. Subjektives Wohlbefinden wird in diesem Verfahren als das Produkt von Stimmungsniveau und allgemeiner Lebenszufriedenheit verstanden und errechnet.

Die HSWBS besteht aus 13 Items, von denen sechs Items der Skala Stimmungsniveau („Ich fühle mich meist ziemlich fröhlich.“) und sieben Items der Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit zugeordnet werden. Die Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit setzt sich aus drei gegenwartsbezogenen („Ich bin mit meinem Leben zufrieden.“), zwei vergangenheitsbezogenen („Wenn ich so auf mein bisheriges Leben zurückblicke, bin ich zufrieden.“) und zwei zukunftsorientierten („Ich glaube, dass sich vieles erfüllen wird, was ich mir für mich erhoffe.“) Items zusammen. Jedes Item kann auf einer 6-stufigen Likert-Skala von *stimmt überhaupt nicht* bis *stimmt genau* beantwortet werden. Für jede Skala werden die Mittelwerte getrennt berechnet.

Die internen Konsistenzen der Skalen Stimmungsniveau von $\alpha = .82$ und der Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit von $\alpha = .88$ können als gut bewertet werden, ebenso wie die Konstruktvalidität (Dalbert, 1992).

Das Verfahren wurde so konstruiert, dass es möglich ist, den aktuellen und habituellen Anteil sowie die emotionale und die kognitive Dimension des subjektiven Wohlbefindens getrennt voneinander zu erfassen. Durch die getrennte Erfassung beider Dimensionen ist es möglich, differentielle Veränderungen beispielsweise im Verlauf einer Therapie zu erheben (Dalbert, 1993). Aufgrund dieser Möglichkeit und weil das Verfahren in Bevölkerungsstichproben sowie in klinischen Stichproben eingesetzt werden kann (Hoyer, Heidenreich & Fecht, 2000), wurde es zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens in den untersuchten Stichproben ausgewählt.

Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter

Das *Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter* (MILVA; Adler et al., 2000) ist ein geriatrisches Assessment für eine standardisierte Erfassung der sozialen Situation älterer Menschen. Dabei werden die Skalen *Aktivitäten*, *Kontakte*, *Wohnen* und *Finanzen* durch jeweils vier bis zehn Items erfasst und entsprechende Gesamtwerte gebildet. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden

die Skalen Aktivitäten („Haben Sie Hobbies und wie häufig betreiben Sie diese?“) und Kontakte („Wie oft erhalten Sie Besuch von Menschen, die nicht in Ihrem Haushalt leben?“) verwendet. Die Skala Aktivitäten erfasst, ob und wie häufig die Befragten Hobbys ausüben, die Wohnung für Einkäufe oder zum Vergnügen verlassen und ob Interessen im letzten Monat abgenommen haben. Zudem wird nach der Haltung von Haustieren gefragt. Die Skala Kontakte erfasst das Vorhandensein und die Häufigkeit des Kontakts zur wichtigsten Bezugsperson. Die Lebensumstände der Betroffenen werden erfasst, die Häufigkeit von Besuch und Unternehmungen mit anderen Menschen und ob die Kontakte im Vergleich zum letzten Jahr abgenommen haben (Graf, 1999). In der Auswertung werden die jeweils fünf Items der beiden Skalen mit 0–2 Punkten bewertet. Dabei wird zwischen *täglich* (zwei Punkte), *wöchentlich* (ein Punkt) und *selten* bzw. *nie* (null Punkte) unterschieden. Ein Aktivitäten- und einen Kontakt-Score mit jeweils einem Maximalwert von zehn Punkten kann ermittelt werden. Die Autor:innen gehen bei Werten von 0–5 Punkten davon aus, dass die Betroffenen mit dem jeweiligen Bereich unzufrieden und bei Werten zwischen 6–10, dass sie mit dem jeweiligen Bereich zufrieden sind. Somit ist eine Trennung in *unzufrieden* und *zufrieden* möglich.

Eine Validierung des Instruments mit Lebenszufriedenheit fand an einer Stichprobe von 60 Personen aus der Allgemeinbevölkerung statt. Dabei zeigten sich akzeptable interne Konsistenzen zwischen $\alpha = .61$ und $\alpha = .94$ für die einzelnen Skalen (Adler et al., 2000).

DSM-5-Selbstbeurteilungsskala für Erwachsene

Bei der *DSM-5-Selbstbeurteilungsskala* handelt es sich um eine deutsche Übersetzung der englischen *DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure for Adults*. Das Verfahren besteht aus 23 Items, die 13 Skalen abbilden: *Depression* („Geringeres Interesse an Dingen, die Ihnen gewöhnlich Freude machen?“), *Reizbarkeit* („Stärkeres Gefühl von Verärgerung, Gereiztheit und Missmut als gewöhnlich?“), *Manie* („Geringere Schlafdauer als gewöhnlich, aber trotzdem viel Energie?“), *Angst* („Gefühl von panischem Schrecken oder Angst?“), *somatische Symptome* („Unerklärliche Schmerzen z. B. Kopf-, Rücken-, Gelenk, Bauch- oder Beinschmerzen?“), *Suizidgedanken* („Drang sich selbst zu verletzen?“), *Psychose* („Hören von Dingen, die andere Menschen nicht hören können, wie z. B. Stimmen obwohl niemand in der Nähe ist?“), *Schlafstörungen* („Schlafprobleme, die die Qualität Ihres Schlafes betreffen?“), *Gedächtnisstörungen* („Gedächtnisprobleme z. B. bei neuen Informationen oder Probleme beim Erinnern von Orten z. B. Weg nach Hause?“), *wiederkehrende Gedanken und Verhaltensweisen*

(„Unangenehme Gedanken oder Bilder, die sich Ihnen wiederholt und ungewollt aufdrängen?“), *Dissoziation* („Gefühl der Entfremdung zu sich selbst, dem eignen Körper, der Umgebung oder den eigenen Erinnerungen?“), *Persönlichkeitsstörungen* („Ungewissheit, wer Sie eigentlich wirklich sind oder bezüglich Ihrer Lebensziele?“) und *Substanzmissbrauch* („Trinken von 4 oder mehr Gläsern Alkohol an einen Tag?“). Dabei erfasst jedes Item die Symptome der vergangenen zwei Wochen. Die Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala von *niemals* bis *fast jeden Tag* beantwortet. Ein Summenscore für jede Skala kann berechnet werden. Bei den Skalen Suizidgedanken, Psychose und Substanzmissbrauch empfehlen die Autor:innen ab einem Summenscore von 1 von einem auffälligen Befund auszugehen, der weitere diagnostische Abklärung erfordert. Bei allen anderen Skalen gilt dies ab einem Summenscore von 2 oder höher. Die Skala kann als Screening-Instrument eingesetzt werden, um mittels Selbstbeurteilung einen Querschnitt über psychopathologische Merkmale in Form der in Psychiatrie und Psychologie relevanten Diagnosen zu bekommen.

Zwar stehen Validierungsstudien für dieses Instrument derzeit noch aus (APA, 2013), aber im Vergleich zu anderen störungsübergreifenden diagnostischen Instrumenten handelt es sich bei der DSM-5 Selbstbeurteilungsskala für Erwachsene um ein ökonomisches Verfahren, das aufgrund seiner Kürze in dieser Untersuchung zum Einsatz kam.

Therapeutenfragebogen – Fremdbeurteilung

Zur Erfassung der jeweiligen Diagnose erhielten die psychotherapeutisch Behandelnden zum Messzeitpunkt T1 einen gesonderten Fragebogen, mit der Bitte um die Angabe der Diagnose und möglicher Komorbiditäten nach ICD-10 (WHO, 2012). Im Rahmen der Fremdbeurteilung erhielten die Behandelnden zum Messzeitpunkt T1 und T2 den EMO-Check mit den beiden Teilen EMO-Check Teil I und SEK-27 sowie die GDS.

Tabelle 4.1 zeigt eine Übersicht über die diagnostischen Verfahren, die zu den jeweiligen Messzeitpunkten eingesetzt wurden.

Tabelle 4.1 Übersicht zu Messzeitpunkten, Gruppen, erhobenen Variablen und eingesetzten Testverfahren

Variablen	Messzeitpunkte	T2	T3	
Gruppe 1	T1	T2	T3	
	Emotionsregulationskompetenz	EMO-Check (SB & FB)	EMO-Check (SB & FB)	
	Emotionsregulationsstrategien	CERQ (SB)	CERQ (SB)	
	Depression	GDS (SB & FB)	GDS (SB & FB)	
	Wohlbefinden	HSWBS (SB)	HSWBS (SB)	
	Zusatz	MILVA-Skalen A. & K. (SB) DSM-5-Skala (SB) Persönliche Daten (SB) Therapeutenfragebogen zur Diagnose (FB)	MILVA-Skalen A. & K. (SB) DSM-5-Skala (SB)	MILVA-Skalen A. & K. (SB) DSM-5-Skala (SB)
	Emotionsregulationskompetenz	EMO-Check (SB)		
Gruppe 2	Emotionsregulationskompetenz	CERQ (SB)		
	Depression	GDS (SB)		
	Wohlbefinden	HSWBS (SB)		
	Zusatz	MILVA-Skalen A. & K. (SB) DSM-5-Skala (SB) Persönliche Daten (SB) Zusatzfragen – Ausschluss affektiver Störungen (SB)		

Anmerkungen. Gruppe 1 = Klinische Stichprobe, Gruppe 2 = Personen aus der Allgemeinbevölkerung; T1 = bei Aufnahme, T2 = bei Entlassung, T3 = Follow-up nach 3 Monaten; SB = Selbstbeurteilungsverfahren, FB = Fremdbeurteilungsverfahren, CERQ = Cognitive Emotion Rating Questionnaire, DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der 5. Auflage, GDS = Geriatrische Depressionsskala, HSWBS = Habituelle subjektive Wohlbefindensskala, MILVA = Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter, A. = Aktivitäten, K. = Kontakte

4.4 Stichprobe

Im Folgenden wird die Rekrutierung der klinischen Stichprobe (Gruppe 1) und der nicht-klinischen Gruppe (Gruppe 2) beschrieben. Zudem werden die Ein- und Ausschlusskriterien für diese Gruppen sowie das Vorgehen zur Zusammenstellung der gesunden Kontrollgruppe (Matched Samples), die aus Gruppe 2 extrahiert wurde, erläutert. Abschließend erfolgt eine Beschreibung der verschiedenen Stichproben.

4.4.1 Rekrutierung der Stichproben

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden fand zwischen November 2018 und Dezember 2019 statt. Die Teilnahme an der Studie war für beide Gruppen freiwillig, die Studienteilnehmenden erhielten weder eine Aufwandsentschädigung noch eine andere finanzielle Vergütung.

Die klinische Stichprobe (Gruppe 1) wurde in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik des Ameos Klinikums Lübeck – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie rekrutiert. Die gerontopsychiatrische Tagesklinik umfasst 18 tagesklinische Behandlungsplätze sowie eine angeschlossene Ambulanz. Das Behandlungsangebot besteht aus Psychotherapie, Pharmakotherapie, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Tanz- und Musiktherapie, psychiatrischer Pflege sowie sozialer Beratung und richtet sich an Menschen ab dem 60. Lebensjahr mit schweren persönlichen Krisen (Trauer- und Belastungsreaktionen), Schlafstörungen, Depressionen, Angsterkrankungen, psychosomatischen Erkrankungen, somatoformen Störungen, zunehmenden Gedächtnisstörungen oder wahnhaften Erkrankungen. Im Rahmen der Behandlung wurden in einer psychoedukativen Gruppe Themen wie innere und äußere Achtsamkeit, Emotionsentstehung sowie der Umgang mit verschiedenen Emotionen besprochen. Zudem wurden in den jeweiligen Sitzungen Achtsamkeits- oder Entspannungsübungen durchgeführt. Ein spezifisches Gruppen- oder Einzelbehandlungsangebot zur Förderung emotionaler Kompetenzen wurde im Rahmen der Behandlung nicht angeboten.

Bei der Rekrutierung der Studienteilnehmenden aus der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2) wurde unterschiedlich vorgegangen. Zum einen wurden Studienteilnehmende über Aushänge rekrutiert, die im Umkreis des Instituts für Pädagogische Psychologie „Rosa und David Katz“ der Universität Rostock angebracht wurden. Zudem wurden Mitarbeitende des Instituts rekrutiert, die Fragebögen an interessierte Teilnehmende verteilten und diese um die Rekrutierung weiterer Teilnehmender baten. Der Großteil der Studienteilnehmenden

wurde allerdings im Rahmen verschiedener Veranstaltungen rekrutiert, die sortiert nach Bundesländern, in Tabelle 4.2 aufgeführt werden.

Tabelle 4.2 Rekrutierungsveranstaltungen für die Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2) sortiert nach Bundesländern

Mecklenburg-Vorpommern

Verschiedene Veranstaltungen im Rahmen der Vortragsreihe der Seniorenakademie der Universität Rostock jeweils im Wintersemester 2018/19 und im Sommersemester 2019

Seminare und Kurse der Seniorenakademie der Universität Rostock jeweils im Wintersemester 2018/19 und im Sommersemester 2019

Vortrag der Seniorenakademie 55 plus in Stralsund

Seminare und Weiterbildungsveranstaltungen der Seniorenakademie Schwerin vom Landesring Mecklenburg-Vorpommern des Deutschen Seniorenringes e. V.

Fachtagungen der ausgebildeten senior Trainer:innen im Rahmen des Programms Erfahrungswissen für Initiativen (EFI) vom Landesring Mecklenburg-Vorpommern des Deutschen Seniorenringes e. V. in Schwerin

Schleswig-Holstein

Vortrag im Rahmen des Seniorentreffs der Seniorenakademie St. Marien zu Lübeck

Jahrestagung der Seniorenakademie Lübecker Bucht e. V. in Lübeck-Travemünde

Niedersachsen

14. Niedersächsische Seniorenkonferenz des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung in Hannover

Brandenburg

Vortrag der Seniorenakademie der Brandenburgisch Technischen Universität (BTU) am Campus Senftenberg

Vortrag im Rahmen der öffentliche Vorlesungsreihe Open BTU der Brandenburgisch Technischen Universität am Campus Cottbus

Nordrhein-Westfalen

Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO) in Bonn

4.4.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In diese Untersuchung wurden Männer und Frauen zwischen dem 55. und 85. Lebensjahr mit Deutsch als Muttersprache eingeschlossen. Im Sinne eines informed consent wurden nur Teilnehmende in die Studie eingeschlossen, die vor

Beginn schriftlich und mündlich bezüglich datenschutzrechtlicher Bestimmungen, Freiwilligkeit der Teilnahme, über die Art, den Inhalt und den Ablauf und über andere wichtige Rahmenbedingungen der Studie aufgeklärt wurden.

Klinische Stichprobe (Gruppe 1)

Unabhängig von dieser Untersuchung erfolgte die Diagnosestellung der Patient:innen aus der klinischen Stichprobe durch die psychotherapeutisch Behandelnden, bei denen es sich um ärztlich oder psychologisch Ausgebildete in Psychotherapie handelte. Die Diagnose wurde im Rahmen einer umfassenden regelhaften Eingangsdiagnostik und anhand des in der Klinik etablierten Vorgehens mittels anerkannter diagnostischer Manuale und Verfahren gemäß ICD-10 gestellt. Studienteilnehmende, bei denen sich die Diagnose einer affektiven Störung im Verlauf der Behandlung nicht bestätigte und bei denen die jeweiligen Behandelnden die Eingangsdiagnose aufgrund weiterer diagnostischer Informationen, die sich während der Behandlung ergaben, änderten, wurden von der Studie rückwirkend ausgeschlossen.

Einschlusskriterien:

- leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode oder rezidivierende depressive Störung nach ICD-10 bei Antritt einer tagesklinischen Depressionsbehandlung
- Wert in der GDS ≥ 5

Ausschlusskriterien:

- Akute Suizidalität
- Bekannte Diagnose einer dementiellen Störung
- Bekannte Diagnose einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung
- Bekannte Diagnose von Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit von Alkohol, Cannabinoiden, Sedativa, Kokain oder Halluzinogenen

Studienabbruchkriterium

- Als Studienabbruchkriterium galt die Rücknahme der Einwilligungserklärung. Ein Abbruch der Studie war jederzeit möglich, ohne dass den Teilnehmenden dadurch Nachteile in der Behandlung entstehen.

Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2)

Um eine möglichst naturalistische Stichprobe zu erhalten, wurden die Personen aus der Allgemeinbevölkerung auf verschiedenen Veranstaltungen willkürlich rekrutiert (siehe Abschnitt 4.2 & 4.4) und es wurden keine Personen aus der Allgemeinbevölkerung aufgrund von vorherigen oder aktuellen psychischen Störungen aus der Studie ausgeschlossen.

Gesunde Kontrollgruppe (Matches Samples)

Um Vergleiche zwischen der klinischen Stichprobe und gesunden Menschen im höheren Lebensalter vorzunehmen, wurde eine Subgruppe aus der Stichprobe der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2) extrahiert. Bei dieser Subgruppe handelte es sich um gesunde Kontrollen, die aufgrund bestimmter soziodemografischer Kriterien der klinischen Stichprobe paarweise zugeordnet wurden. Das Ziel der paarweisen Zuordnung (Matching) bestand darin, möglichst strukturgleiche Stichproben zu erhalten, um den Einfluss von Störvariablen bestmöglich zu eliminieren (Caliendo & Kopeinig, 2008). Bei der Identifikation der Matching-Partner:innen wurde nach der Methode des *direkten Matchings* vorgegangen, bei der die Zuteilung auf Basis einzelner Störvariablen erfolgt. Dabei werden typischerweise verschiedene soziodemografische Variablen für die Zuteilung der Gruppen gewählt (Hujer, Caliendo & Radic, 2005). Auf Basis aktueller Empfehlungen wurde jedem Studienteilnehmenden aus der klinischen Stichprobe ein:e Match-Partner:in nach Geschlecht und Alter (+ / - 5 Jahre) zugeteilt (Gensler, Skiera & Böhm, 2005; Hujer et al., 2001). Da Konfundierungen zwischen Emotionsregulation und Bildung, beruflicher Tätigkeit (Ochsner, Bunge, Gross & Gabrieli, 2002; Ochsner & Gross, 2005) sowie Familienstand (Gross, 2002; Gross & John, 2003; Gross et al., 2006) erwartet wurden, erfolgte die Zuteilung zusätzlich nach diesen Kriterien. Die Matched Samples wiesen zum Zeitpunkt der Untersuchung keine depressiven Symptome auf. Zudem bestand keine psychische Vorerkrankung oder die Diagnose einer psychischen Störung in der Gegenwart oder Vergangenheit (Zusatzfragen zum Ausschluss affektiver Störungen). Bei Paaren, bei denen eine exakte Parallelisierung nicht möglich war, wurden Matchpartner:innen nach dem Kriterium ausgewählt, das dem eigentlichen Kriterium am nächsten war. Beispielsweise wurde Hauptschule vereinzelt ersetzt durch Volksschule oder geschieden durch verwitwet. Das Auswahlverfahren wurde händisch vorgenommen und war unabhängig und zufällig gegenüber den Ergebnissen der Tests zur Erfassung der Emotionsregulationskompetenz.

Einschlusskriterien:

- Wert in der GDS < 5

Ausschlusskriterien:

- Bekannte Diagnose einer psychischen Störung in der Vergangenheit oder Gegenwart
- Psychiatrische oder psychologische Behandlungen im Laufe des Lebens

4.4.3 Beschreibung der Stichproben

Im Folgenden werden die klinische Stichprobe (Gruppe 1), die nicht-klinische Gruppe (Gruppe 2) und die gesunde Kontrollgruppe (Matched Samples) hinsichtlich soziodemografischer und psychopathologischer Merkmale, Aktivitäten und Kontakte, der Schwere der depressiven Symptomatik sowie psychischer Vorerkrankungen und Behandlungen beschrieben. Zunächst erfolgt eine Beschreibung der Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Daran schließt sich ein Vergleich zwischen der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe an.

Die Gruppe 2 bestand aus $N = 684$ Personen aus der Allgemeinbevölkerung, wovon etwa zwei Drittel weiblich waren. Das mittlere Alter betrug zum Zeitpunkt der Erhebung 70.43 Jahre ($SD = 7.43$). In Tabelle 4.3 werden die soziodemografischen Merkmale deskriptiv dargestellt.

Tabelle 4.3
Soziodemografische
Merkmale der Stichprobe
aus der
Allgemeinbevölkerung ($N = 684$)

	Häufigkeit / Mittelwert	Prozent / <i>SD</i>
Geschlecht		
Weiblich	449	65.6 %
Männlich	235	34.4 %
Alter in Jahren (M/SD)	70.43	7.43
Familienstand		
Ledig	42	6.1 %
Verheiratet	417	61.0 %
Feste Partnerschaft	29	2.9 %

(Fortsetzung)

Tabelle 4.3 (Fortsetzung)

	Häufigkeit / Mittelwert	Prozent / <i>SD</i>
Geschieden	67	9.8 %
Verwitwet	126	18.4 %
Schulabschluss		
Kein Abschluss	3	0.4 %
Hauptschule	21	3.1 %
Volksschule	49	7.2 %
Realschule/POS	165	24.1 %
(Fach-)Abitur	38	5.6 %
Universität/FH	390	57.0 %
Anderer	17	2.5 %
Berufliche Tätigkeit		
Vollzeit	62	9.1 %
Teilzeit	42	6.1 %
Berufstätig gelegentlich	12	1.8 %
Rente	549	80.3 %
Anderer	13	1.9 %

Anmerkung. *SD* = Standardabweichung

In der Gruppe der Personen aus der Allgemeinbevölkerung betrug der Aktivitäts-Score im Mittel 5.78 (*SD* = 1.5) und der Kontakt-Score 6.32 (*SD* = 1.84). Somit werden die untersuchten Studienteilnehmenden bezüglich ihrer Aktivitäten und Kontakte im Durchschnitt als zufrieden beurteilt (zur Erläuterung der Kriterien siehe Abschnitt 4.3). Bei Betrachtung einzelner Items berichten 64 (9 %) Personen von einer Abnahme des Interesses im letzten Monat und 71 (10 %) der Studienteilnehmenden berichten von einer Abnahme der Kontakte im Vergleich zum vergangenen Jahr. Von den untersuchten Studienteilnehmenden besitzen 93 (14 %) ein Haustier. Zur Unterbringung geben 216 (32 %) an, allein zu leben, sechs (1 %) Personen leben in einer Institution und 458 (67 %) Personen leben mit dem oder der Partner:in, mit Familienangehörigen oder Bekannten zusammen.

Die durchschnittliche Schwere der depressiven Symptomatik betrug 1.71 Punkte ($SD = 2.56$, $Min = 0$, $Max = 14$). Damit konnten die Studienteilnehmenden bezüglich einer depressiven Symptomatik im Mittel als unauffällig angesehen werden (siehe Abschnitt 4.3). Erwartungsgemäß befanden sich 617 (90 %) Studienteilnehmende im unauffälligen Bereich, 50 (7 %) im Bereich einer leichten bis mäßigen Depression und 13 (2 %) im Bereich einer schweren Depression.

Bezüglich früherer oder aktueller psychischer Störungen oder Vorbehandlungen gaben 172 (25 %) Studienteilnehmende an, sich im Laufe ihres Lebens in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung befunden zu haben. Die Diagnose einer psychischen Störung im Laufe ihres Lebens erhielten 120 (18 %) Studienteilnehmende. Von den untersuchten Studienteilnehmenden gaben 201 (29 %) an, die Kriterien einer depressiven Episode im Laufe ihres Lebens schon einmal erfüllt zu haben, 42 (6 %) gaben an, in den letzten zwei Jahren mindestens die Hälfte der Zeit unter einer depressiven Stimmung gelitten zu haben.

In Tabelle 4.4 werden die psychopathologischen Merkmalen der Personen aus der Allgemeinbevölkerung dargestellt. Es wird der durchschnittliche Summenscore der einzelnen Skalen abgebildet. Bei den Personen aus der Allgemeinbevölkerung wurde der höchste Summenscore bei der Skala Manie ($M = 1.83$, $SD = 1.50$) erreicht, gefolgt von der Skala Depression ($M = 1.41$, $SD = 1.52$).

Tabelle 4.4 Psychopathologische Merkmale der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung ($N = 684$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Depression	1.41	1.52
Reizbarkeit	0.73	0.81
Manie	1.83	1.50
Angst	1.47	2.08
Somatische Symptome	1.62	1.85
Suizidgedanken	0.02	0.22
Psychose	0.10	0.52
Schlafstörungen	1.12	1.12
Gedächtnisstörungen	0.55	0.83
Wiederkehrende Gedanken und Verhaltensweisen	0.70	1.14

(Fortsetzung)

Tabelle 4.4 (Fortsetzung)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Dissoziationen	0.13	0.43
Persönlichkeitsstörungen	0.70	1.29
Substanzmissbrauch	0.47	1.10

Anmerkung. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung; ab einem Summenscore von 1 kann bei den Skalen Suizidgedanken, Psychose und Substanzmissbrauch von einem auffälligen Befund ausgegangen werden, bei den restlichen Skalen ab einem Summenscore von 2

Anhand eines statistischen Vergleichs der Gruppenmerkmale zeigte sich, dass sich die Patient:innen aus der klinischen Stichprobe und die Personen aus der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich des Bildungsniveaus ($t(728) = -10.14$; $p < 0.001$) signifikant voneinander unterschieden. Um den Einfluss des Bildungsniveaus auf mögliche Gruppenunterschiede zu bereinigen und um die Vergleichbarkeit der klinischen Stichprobe und der Kontrollgruppe zu erhöhen, wurde eine gesunde Kontrollgruppe gezogen (Matched Samples).

Die untersuchte Stichprobe bestand nach der Parallelisierung aus $N = 92$ Studienteilnehmenden, wovon 18 (20 %) männlich und 74 (80 %) weiblich waren. Der Stichprobenumfang orientierten sich an der Studie von Kraaij et al. (2002b), die in einem vergleichbaren Studiendesign Signifikanzen fand. Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe betrug zum Zeitpunkt der Erhebung 70.58 Jahre ($SD = 7.68$). Die Gesamtstichprobe setzte sich aus der klinischen Stichprobe ($n = 46$) und der gesunden Kontrollgruppe ($n = 46$) zusammen. In Tabelle 4.5 werden die soziodemografischen Merkmale der beiden Gruppen deskriptiv dargestellt.

Tabelle 4.5

Soziodemografische Merkmale der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe

	Klinische Stichprobe ($N = 46$)	Gesunde Kontrollgruppe ($N = 46$)
Geschlecht n (%)		
Weiblich	37 (80)	37 (80)
Männlich	9 (20)	9 (20)
Alter in Jahren $M(SD)$	69.89 (8.14)	71.26 (7.20)
Familienstand n (%)		

(Fortsetzung)

Tabelle 4.5 (Fortsetzung)

	Klinische Stichprobe (<i>N</i> = 46)	Gesunde Kontrollgruppe (<i>N</i> = 46)
Ledig	6 (13)	3 (6.5)
Verheiratet	16 (34.8)	19 (41.3)
Feste Partnerschaft	1 (2.2)	1 (2.2)
Geschieden	12 (26.1)	9 (19.6)
Verwitwet	11 (23.9)	14 (30.4)
Schulabschluss <i>n</i> (%)		
Kein Abschluss	2 (4.3)	0 (0)
Hauptschule	14 (30.4)	5 (10.9)
Volksschule	7 (15.2)	9 (19.6)
Realschule/POS	20 (43.5)	21 (45.7)
(Fach-)Abitur	2 (4.3)	2 (4.3)
Universität/FH	0 (0)	8 (17.4)
Anderer	1 (2.2)	1 (2.2)
Berufliche Tätigkeit <i>n</i> (%)		
Vollzeit	1 (2.2)	1 (2.2)
Teilzeit	2 (4.3)	2 (4.3)
Berufstätig gelegentlich	0 (0)	0 (0)
Rente	42 (91.3)	42 (91.3)
Andere	1 (2.2)	1 (2.2)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung

In der klinischen Stichprobe betrug der Aktivitäts-Score zum Messzeitpunkt T1 im Mittel 3.67 (*SD* = 2.30) und der Kontakt-Score 4.02 (*SD* = 1.81). Bei einem Cut-off Wert von 5 kann die klinische Stichprobe als unzufrieden bezüglich ihrer Aktivitäten und Kontakte beurteilt werden (siehe Abschnitt 4.3). Bei der Betrachtung einzelner Items berichten 34 (74 %) Personen von einer Abnahme des Interesses im vergangenen Monat und 29 (72 %) Studienteilnehmende berichten von einer Abnahme der Kontakte im Vergleich zum vergangenen Jahr. Von den untersuchten Studienteilnehmenden besitzen 16 (35 %) ein Haustier. Zur Unterbringung geben 25 (54 %) von ihnen an, allein zu leben, zwei (4 %) Personen leben in einer Institution, 19 (41 %) Personen zusammen mit dem oder der Partner:in, mit Familienangehörigen oder Bekannten.

Bei der gesunden Kontrollgruppe betrug der Aktivitäts-Score im Mittel 6.02 ($SD = 1.33$) und der Kontakt-Score 6.30 ($SD = 1.91$), womit diese Gruppe als zufrieden bezüglich ihrer Aktivitäten und Kontakte beurteilt werden kann. Keiner der Studienteilnehmenden berichtete von einer Abnahme des Interesses im vergangenen Monat, vier (9 %) Personen von einer Abnahme der Kontakte im Vergleich zum vergangenen Jahr. In der gesunden Kontrollgruppe besitzen vier (9 %) Befragte ein Haustier. Keiner der Studienteilnehmenden gab an, in einer Institution zu leben. 22 (48 %) von ihnen leben zusammen mit dem oder der Partner:in, mit Familienangehörigen oder Bekannten, 24 (52 %) Befragte leben allein.

Die Schwere der depressiven Symptomatik in der klinischen Stichprobe wurde zu Beginn der tagesklinischen Depressionsbehandlung (T1) in der Selbst- und Fremdbeurteilung erhoben. Der Mittelwert der Selbstbeurteilung der Schwere der depressiven Symptomatik betrug in der klinischen Stichprobe 8.39 Punkte ($SD = 4.04$, $Min = 0$, $Max = 14$). Ausgehend von den Empfehlungen der Autor:innen, bei einem Punktwert von 6–10 Punkten von einer leichten bis mittelgradigen Depression auszugehen, wurden die Studienteilnehmenden in der Selbstbeurteilung als leicht bis mittelgradig depressiv eingeordnet. In der Selbstbeurteilung befanden sich zehn (22 %) Studienteilnehmende im unauffälligen Bereich, während sich 17 (37 %) im Bereich einer leichten bis mäßigen Depression und 19 (41 %) im Bereich einer schweren Depression befanden. Der Mittelwert der Fremdbeurteilung zum Messzeitpunkt T1 betrug 10.15 Punkte ($SD = 2.31$, $Min = 6$, $Max = 14$). Die Schwere der Depression wurde in der Fremdbeurteilung zwar höher eingeschätzt und befand sich dicht an der Grenze zur schweren Depression, aber nach Punktwert kann die Gruppe ebenfalls als leicht bis mittelgradig depressiv eingeschätzt werden. In der Fremdbeurteilung befand sich keiner der Studienteilnehmenden im unauffälligen Bereich, während sich 27 (59 %) Personen im Bereich einer leichten bis mäßigen Depression und 19 (41 %) Personen im Bereich einer schweren Depression befanden.

Bei der gesunden Kontrollgruppe betrug die Schwere der depressiven Symptomatik 0.59 Punkte ($SD = 0.96$, $Min = 0$, $Max = 4$), womit die Studienteilnehmenden erwartungsgemäß als unauffällig eingeschätzt werden konnten (siehe Abschnitt 4.3).

Es zeigten sich signifikante Unterschiede ($p < .001$) zwischen der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe in der depressiven Symptomatik sowie in den Aktivitäten und Kontakten.

In Tabelle 4.6 wird die klinische Stichprobe mit der gesunden Kontrollgruppe hinsichtlich psychopathologischer Merkmale verglichen. In der klinischen Stichprobe wurde der höchste Summenscore in der Skala Angst ($M = 5.85$, $SD = 3.40$)

und erwartungsgemäß in der Skala Depression ($M = 5.00$, $SD = 2.16$) erreicht. Die Mittelwerte der Skalen Depression, Reizbarkeit, Ängste, Somatische Symptome, Schlafstörungen und Persönlichkeitsstörungen befanden sich über einem Summenscore von 2 und somit in einem auffälligen Bereich.

In der gesunden Kontrollgruppe befinden sich die Mittelwerte aller Skalen unter einem Summenscore von 2 und somit in einem unauffälligen Bereich. Zwischen der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe gab es keine signifikanten Unterschiede in den Skalen Manie, Suizidgedanken, Psychose und Substanzmissbrauch. In allen anderen Skalen unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant ($p < .001$) voneinander.

Tabelle 4.6 Psychopathologische Merkmale der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe

	Klinische Stichprobe ($N = 46$)		Gesunde Kontrollgruppe ($N = 46$)	
	M	SD	M	SD
Depression	5.00	2.16	0.56	0.84
Reizbarkeit	1.76	1.25	0.48	0.72
Manie	0.78	1.30	1.30	1.35
Angst	5.85	3.40	1.09	1.40
Somatische Symptome	2.59	2.52	0.76	1.46
Suizidgedanken	0.20	0.72	0.00	0.00
Psychose	0.09	0.46	0.09	0.59
Schlafstörungen	2.50	1.56	0.76	0.97
Gedächtnisstörungen	1.30	1.56	0.33	0.52
Wiederkehr. Gedanken und Verhaltensweisen	1.07	1.32	0.24	0.57
Dissoziationen	0.61	1.02	0.04	0.21
Persönlichkeitsstörungen	2.09	2.26	0.26	0.49
Substanzmissbrauch	1.02	1.71	0.57	1.15

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ab einem Summenscore von 1 kann bei den Skalen Suizidgedanken, Psychose und Substanzmissbrauch von einem auffälligen Befund ausgegangen werden, bei den restlichen Skalen ab einem Summenscore von 2

Die Behandlungsdauer der Studienteilnehmenden aus der klinischen Stichprobe betrug im Mittel 49.27 Tage ($SD = 13.79$ Tage).

4.5 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten wurde mit SPSS (Statistical Package for the Social Sciences for Windows, Version 26.0) durchgeführt. Zur vorherigen Aufbereitung wurden in den Rohdaten fehlende Werte durch Skalenmittelwerte ersetzt. Im nächsten Schritt wurden die Daten um solche Datensätze bereinigt, bei denen relevante soziodemografische Angaben wie das Alter fehlten oder bei denen aufgrund zu vieler fehlender Werte keine Skalenwerte gebildet werden konnten (Döring & Bortz, 2016). Die Kriterien zum Umgang mit fehlenden Werten wurden aus den jeweiligen Manualen der Messinstrumente entnommen.

Die vorliegende Untersuchung basiert auf einem korrelativen sowie auf einem quasiexperimentellen Kontrollgruppendesign. Anhand eines korrelativen Studiendesigns wurde die Forschungsfrage 1 beantwortet. Dafür wurden Zusammenhänge zwischen der Emotionsregulationskompetenz und verschiedenen Affektvariablen gesucht und systematisch analysiert. Eine nicht-klinische Gruppe (Gruppe 2 = Personen aus der Allgemeinbevölkerung) wurde dafür im Querschnitt untersucht (siehe Abschnitt 3.6.1). Im Rahmen einer quasiexperimentellen Untersuchung und zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 (siehe Abschnitt 3.6.2) wurden Daten einer klinischen Stichprobe (Gruppe 1 = Patient:innen in tagesklinischer Depressionsbehandlung) und einer gesunden Kontrollgruppe (Matched Samples) miteinander verglichen. Die Forschungsfrage 3 wurde korrelativ sowie anhand eines quasiexperimentellen Studiendesigns mit Messwiederholung (siehe Abschnitt 3.6.3) beantwortet. In einer klinische Stichprobe (Gruppe 1 = Patient:innen in tagesklinischer Depressionsbehandlung) wurde in Form eines Quer- und Längsschnitts der Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf den Effekt einer Depressionsbehandlung untersucht.

Im Folgenden werden die statistischen Analysemethoden detailliert beschrieben, die zur Beantwortung der in Abschnitt 3.6 formulierten Forschungsfragen eingesetzt wurden.

Bei der Überprüfung der Forschungsfragen und der dazugehörigen postulierten Zusammenhangs- und Unterschiedshypothesen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha < .01$ zugrunde gelegt, wobei ungerichtete Hypothesen zweiseitig getestet wurden. Um die Nullhypothese nicht fälschlicherweise (bedingt durch eine geringe Stichprobengröße) beizubehalten, wurde bei der Untersuchung der klinischen Stichprobe ein Signifikanzniveau von $\alpha < .05$ angenommen. Im Falle einer möglichen α -Fehler-Kumulierung wurde eine Bonferroni-Korrektur durchgeführt.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 1 wurden anhand von Pearson-Korrelationskoeffizienten Zusammenhänge zwischen der Emotionsregulationskompetenz und verschiedenen Affektvariablen (positiver & negativer Affekt,

Depression und Wohlbefinden) untersucht. Entsprechend der gängigen Einteilung wurden Korrelationskoeffizienten zwischen $r = .10$ und $r = .29$ als schwach, zwischen $r = .30$ und $r = .49$ als mittel/moderat und Korrelationskoeffizienten von $r = .50$ und größer als groß bewertet (Döring & Bortz, 2016). Als Maß für die Effektstärke und zur Bestimmung der Bedeutsamkeit wurde Cohens d berechnet. Dabei wurden Effektstärken $< .50$ als kleiner Effekt, $.50$ – $.80$ als mittlerer Effekt und $> .80$ als großer Effekt interpretiert (Cohen, 1988). Im Rahmen zusätzlicher Analysen wurde die Beziehung zwischen Emotionsregulation und Wohlbefinden bei Menschen im höheren Lebensalter untersucht. Dafür wurde zum einen eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Voraussetzungen, die für diese Analyse erfüllt sein müssen, sind beispielsweise ein linearer Zusammenhang zwischen den metrischen Faktoren und den unabhängigen Variablen, keine Ausreißer und die Normalverteilung der Residuen. Diese Voraussetzungen wurden nach der Berechnung des Modells überprüft. Die Untersuchung der Unabhängigkeit der Residuen wurde mit dem Durbin-Watson-Test durchgeführt und die Multikollinearitätsdiagnose anhand von Variance Inflation Factor (VIF) und Toleranzwerten. Aus inhaltlichen Gründen wurde zudem eine blockweise, sequenzielle Regressionsanalyse durchgeführt. Dabei wurden nacheinander Blöcke von mindestens einem Prädiktor in die Regressionsanalyse aufgenommen. Hier wurde untersucht, ob durch den zusätzlichen Block ein bedeutsamer Teil an zusätzlicher Varianz aufgeklärt werden konnte. Die Blöcke wurden in vier Schritten nach einer vorab festgelegten Reihenfolge in das Modell aufgenommen. Im ersten Schritt wurden die Variablen Alter und Geschlecht in die Berechnung miteinbezogen, im zweiten Schritt Aktivitäten und Kontakte, im dritten Schritt Depression und Angst und im vierten Schritt wurde Emotionsregulationskompetenz miteinbezogen. Diese Strategie wurde gewählt, da unter den unabhängigen Variablen kausale Abhängigkeiten vermutet wurden, die möglicherweise einen Einfluss auf den Modellaufbau gehabt hätten (Diehl & Staufenbiel, 2007).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 wurden Mittelwertunterschiede zwischen der klinischen Stichprobe und den gesunden Matched Samples anhand von t-Tests für abhängige Stichproben untersucht. Der t-Test für abhängige Stichproben eignet sich zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden zwischen zwei abhängigen oder verbundenen Stichproben. Von einer abhängigen Stichprobe kann u. a. dann gesprochen werden, wenn die Messwerte von Personen stammen, die aufgrund bestimmter Kriterien einander zugeteilt wurden (Matching; Döring & Bortz, 2016). Die Prüfung der Normalverteilung wurde anhand des Shapiro-Wilk-Tests vorgenommen, da dieser konservativer als der Kolmogorov-Smirnov-Test prüft. Zur Voraussetzung der Normalverteilung der abhängigen Variablen in beiden Gruppen ist anzumerken, dass bei kleinen Stichproben die

bekanntesten Tests auf Normalverteilung zu wenig sensitiv sind, um Abweichungen von der Normalverteilung zu identifizieren. Aufgrund dessen wurden zusätzlich Histogramme zur Beurteilung hinzugezogen. Grundsätzlich sollte der t-Test den nonparametrischen Verfahren vorgezogen werden, auch wenn die Voraussetzung der Normalverteilung verletzt ist (Bühner & Ziegler, 2009). Zusätzlich besagt der zentrale Grenzwertsatz, dass mit wachsender Stichprobengröße die Verteilung der Mittelwerte in eine Normalverteilung übergeht (Bortz, 1999). Daher wurden vorwiegend parametrische Verfahren eingesetzt. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde anhand des Levene-Tests überprüft.

Um im Rahmen zusätzlicher Analysen zu überprüfen, welche Emotionsregulationskompetenzen und welche Strategien sich zur Vorhersage der Zugehörigkeit zur klinischen Stichprobe oder zur gesunden Kontrollgruppe (Depression ja/nein) eignen, wurde eine binäre logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Die binäre logistische Regressionsanalyse gehört zu den multivariaten Verfahren. Sie wird angewendet, wenn überprüft werden soll, ob ein Zusammenhang zwischen einer binär kodierten abhängigen Variable und mehreren intervallskalierten unabhängigen Variablen besteht (Wentura & Pospeschill, 2015). Anhand dieses Verfahrens kann die Varianz einer binären abhängigen Variable und intervallskalierten unabhängigen Variablen vorhergesagt werden. Zudem werden Prädiktor-Variablen bestimmt, die vorhersagen, zu welcher von zwei diagnostischen Gruppen Studienteilnehmende mit einer höheren Wahrscheinlichkeit gehören. Dazu sind multiple Regressionsanalysen ungeeignet, da die Verteilungsannahmen, die der multiplen Regression zugrunde liegen, nicht gegeben sind. Die vorhergesagten Werte sind nicht sinnvoll zu interpretieren, da sie nicht auf den Wertebereich von null bis eins festgelegt sind (Wentura & Pospeschill, 2015). Bei der Interpretation der Regressionskoeffizienten der logistischen Regression gilt es, deren Vorzeichen zu beachten: Ein positives Vorzeichen zeigt an, bei Zunahme des Prädiktors zur Gruppe zu gehören, die mit 1 kodiert ist. Ein negatives Vorzeichen weist auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit hin, zur anderen Gruppe zu gehören. Um zu überprüfen, ob das Regressionsmodell insgesamt signifikant ist, wurde ein Chi-Quadrat-Test angewendet. Dieser Omnibus-Test überprüft, ob das Modell insgesamt eine signifikante Erklärungsgüte aufweist. Die Signifikanz der Regressionskoeffizienten (B) wurde für jeden Koeffizienten anhand eines Wald-Tests durchgeführt. Zur Beurteilung der Modellgüte wurden das Cox und Snell R^2 und das Nagelkerke R^2 verwendet. Das Cox und Snell R^2 verhält sich relativ zur Stichprobengröße, was bedeutet, dass dieser Koeffizient nicht 1 werden kann. Das Nagelkerke R^2 kann Werte zwischen 0–1 annehmen (Behnke, 2014). Zur Einschätzung des Nagelkerke R^2 werden die folgende Konvention verwendet:

Werte $< .1$ weisen auf eine schlechte und Werte zwischen $.1$ – $.3$ auf eine mittlere Erklärungsgüte hin. Erst bei Werten $> .5$ kann von einer zufriedenstellenden Erklärungsgüte ausgegangen werden (Cohen, 1988).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 3 wurde der Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf den Therapieeffekt untersucht. Dafür wurde der Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf die depressive Symptomatik im Längsschnitt zu verschiedenen Zeitpunkten einer Depressionsbehandlung untersucht. Längsschnittuntersuchungen werden in Form von *Trend-* oder *Panelstudien* durchgeführt. Für diese Untersuchung wurde ein Panel ausgewählt. Im Vergleich zu einer Trendstudie, bei der Daten zu unterschiedlichen Messzeitpunkten von unterschiedlichen Stichproben untersucht werden, werden bei einem Panel die Daten derselben Stichprobe analysiert. Panelstudien sind somit aussagekräftiger, da auch intraindividuelle Veränderungen erfasst werden (Döring & Bortz, 2016). Die Analyse der Längsschnittdaten wurde mithilfe eines varianzanalytischen Analysemodells für Messwiederholungen (ANOVA) durchgeführt. Dafür wurden anhand der Emotionsregulationskompetenz zwei Gruppen gebildet. Als Maß für die Emotionsregulationskompetenz wurde der Mittelwert der Gesamtwerte des SEK-27 über die drei Messzeitpunkten bestimmt und anhand eines Mediansplits zwei Gruppen gebildet (Emotionsregulationskompetenz: hoch / niedrig). Es wurden Mittelwertunterschiede in der Depressionsschwere zwischen beiden Gruppen zu den verschiedenen Messzeitpunkten (vor Behandlungsbeginn, unmittelbar nach Behandlung und 3 Monate nach Behandlung) untersucht. Die Sphärizitätsannahme wurde anhand des Mauchly-Tests überprüft. Bei signifikanten Ergebnissen, die für eine Verletzung der Sphärizitätsannahme sprechen, wurde eine Greenhouse-Geisser-Korrektur durchgeführt. Als Maß für die Effektgröße wurde das partielle Eta-Quadrat (η^2) bestimmt. Dabei wird der Anteil der aufklärten Varianz auf der Ebene der Stichprobe dargestellt. Während Effektgrößen bei Mittelwertvergleichen ohne Messwiederholung sinnvoll interpretierbar sind, ist die Interpretation bei messwiederholten Verfahren problematisch. Bei Messwiederholung ergeben sich die Effektgrößen in Abhängigkeit vom Aufbau und von den Bedingungen der jeweiligen Studie und werden deshalb nicht mit Effektgrößen aus Verfahren ohne Messwiederholung verglichen. Das η^2 wird häufig für diese Art von Studien verwendet, es sollte aber darauf hingewiesen werden, dass die Aussagekraft eingeschränkt ist. Ein Grund dafür liegt u. a. darin, dass die Effektgröße bei Untersuchungen mit Messwiederholung häufig stark vom wahren Wert in der Population abweicht (für eine ausführlichere Erläuterung, siehe Rasch, Friese, Hofmann & Naumann, 2014). Des Weiteren sollte die Interpretation der Effektstärke nicht anhand der von Cohen (1988) vorgeschlagenen Konventionen vorgenommen werden. Insgesamt stellt das η^2 bei

Verfahren mit Messwiederholungen ein eher ungünstiges Maß dar, da keine sinnvolle Interpretation möglich ist und wissenschaftliche Untersuchungen mit und ohne Messwiederholung nicht sinnvoll miteinander vergleichbar sind. In Ermangelung an Alternativen werden die Effektstärken dennoch im Folgenden berichtet (Rasch et al., 2014).

Abschließend wurde explorativ untersucht, ob Unterschiede in den Einschätzungen zwischen Patient:innen und ihren Behandelnden zur depressiven Symptomatik und zur Emotionsregulationskompetenz bestehen. Dafür wurde ein Vergleich zwischen der Selbstbeurteilung der Patient:innen und der Fremdbeurteilung der Behandelnden vorgenommen und anhand von Intraklassenkorrelationen die Beurteilungsübereinstimmung bestimmt. Bei der Intraklassenkorrelation handelt es sich um ein Zusammenhangsmaß anhand dessen beurteilt werden kann, inwiefern zwei Beurteilende hinsichtlich einer Merkmalsausprägung (Depression und Emotionsregulation) übereinstimmen. Durch die Intraklassenkorrelation wird die Reliabilität der Beurteilung eingeschätzt. Für diese Analyse können ebenfalls Pearson-Korrelationskoeffizienten verwendet werden. Der Vorteil der Intraklassenkorrelation liegt allerdings darin, dass Unterschiede hinsichtlich der Streuung der Mittelwerte zwischen den Beurteilenden berücksichtigt werden. Zudem kann mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten nur der lineare Trend zweier Messreihen quantifiziert werden, nicht die absolute Übereinstimmung, sodass systematische Fehler unentdeckt bleiben würden. Als Modell wurde eine zweifaktorielle Intraklassenkorrelation gewählt, da die Studienteilnehmenden nicht alle von den gleichen Beurteilenden bewertet wurden. Es werden unjustierte Intraklassenkorrelationen (absolute Übereinstimmung) berichtet, da es sich hierbei um das strengere Maß handelt. Bei unjustierten wird im Vergleich zu justierten Intraklassenkorrelationen die Ähnlichkeit der absoluten Werte gefordert. Damit sind die unjustierte Intraklassenkorrelationen vom Effekt unterschiedlicher Mittelwerte bereinigt. Bei den justierten wird lediglich ein ähnliches Verhältnis der Abweichungen zwischen den einzelnen Urteilen gefordert. Aufgrund dessen ergeben sich bei den justierten tendenziell höhere Werte als bei den unjustierten Intraklassenkorrelationen und es besteht die Gefahr, dass die Reliabilität der justierten Werte überschätzt wird. Zudem sollte behutsam bei der Interpretation der unjustierten Werte vorgegangen werden, da diese tendenziell unterschätzt werden. Die Intraklassenkorrelation kann Werte zwischen 0–1 annehmen. Bei einem Wert von 0 kann davon ausgegangen werden, dass kein Zusammenhang zwischen den beiden Beurteilungen vorliegt. Je höher der Wert der Intraklassenkorrelation, desto höher die Reliabilität der Urteile und desto höher die Beurteilungsübereinstimmung (Wirtz & Caspar, 2002). Nach Nunnally (1978) kann ab einem Wert von .7 von einer hohen Übereinstimmung ausgegangen werden. Allerdings schlagen

verschiedene Autor:innen unter bestimmten Bedingungen eine weniger restriktive Interpretation vor und betrachten bereits Werte zwischen .4–.7 als akzeptabel (Wirtz & Caspar, 2002). Zudem schlagen Wirtz und Caspers (2002) vor, dass die Ausprägung des Koeffizienten immer in Abhängigkeit des zu messenden Konstrukts und der zu untersuchenden Stichprobe interpretiert werden soll.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Der Ergebnisteil ist analog zur Struktur der Fragestellungen und Hypothesen gegliedert. Die Hypothesentests wurden entsprechend der in Abschnitt 3.6 aufgeführten Reihenfolge beschrieben. In Abschnitt 5.1 wird der Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz, spezifischen Emotionsregulationsstrategien und verschiedenen Affektvariablen (positiver & negativer Affekt, Depression und Wohlbefinden) in der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2) untersucht. Im Rahmen zusätzlicher Analysen wird der Zusammenhang zwischen mehreren Emotionsregulationskompetenzen und dem Wohlbefinden von Menschen im höheren Lebensalter untersucht. Zudem wird untersucht, ob Emotionsregulationskompetenz neben bekannten Prädiktoren, wie soziale Kontakte oder psychische Belastungen, Varianz am Wohlbefinden in dieser Altersgruppe aufklären kann. In Abschnitt 5.2 wird eine klinische Stichprobe (Gruppe 1) mit einer gesunden Kontrollgruppe (Matched Samples) hinsichtlich ihrer Emotionsregulationskompetenz und bezüglich der Nutzung spezifischer Emotionsregulationsstrategien verglichen. In Abschnitt 5.3 wird der Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf den Effekt einer klinischen Depressionsbehandlung anhand eines Längsschnitts untersucht. Abschließend wird explorativ analysiert, wie hoch die Übereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung bezüglich der Schwere der depressiven Symptomatik und der Emotionsregulationskompetenz ist. Dafür wird die Übereinstimmungsgenauigkeit zwischen den Urteilen der Patient:innen und denen ihrer Behandelnden zu Beginn und am Ende der Behandlung bestimmt.

Ergänzende Information Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann
https://doi.org/10.1007/978-3-658-41449-8_5.

5.1 Fragestellung 1: Untersuchung des Zusammenhangs von Emotionsregulation und Wohlbefinden

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 1 wurden unterschiedliche Affektvariablen untersucht, die in einem möglichen Zusammenhang mit einer effektiven Emotionsregulation stehen. Zu diesen Affektvariablen gehören neben dem positiven und negativen Affekt auch das Wohlbefinden und die Ausprägung depressiver Symptome (siehe Abschnitt 3.4 und Scherer, 1984).

Im Folgenden wird zunächst eine deskriptive Analyse der erhobenen Daten aus der Allgemeinbevölkerung vorgenommen. Dafür werden Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Skalen des EMO-Check, SEK-27 und CERQ dargestellt. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse der Hypothesentests präsentiert (siehe Abschnitt 3.6.1). Dabei wird der Zusammenhang zwischen der Emotionsregulationskompetenz, Regulationsstrategien und den verschiedenen Affektvariablen untersucht. In zusätzlichen Analysen werden Prädiktoren betrachtet, die in dieser Altersgruppe das Wohlbefindens beeinflussen und es wird der Frage nachgegangen, ob Emotionsregulation neben bekannten Faktoren wie soziale Kontakte oder psychische Belastungen einen Beitrag zum Wohlbefinden im höheren Erwachsenenalter leistet.

Im Rahmen der deskriptiven Analyse werden in Tabelle 5.1 zunächst die Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Skalen des EMO-Checks abgebildet. Dabei werden verschiedene Emotionen, Bewältigungsemotionen und Affektskalen unterschieden.

Ausgehend von einem Skalensummenwert von 0–12 Punkten und unter der Annahme eines Mediansplits lagen die Mittelwerte der Skalen Stress, Angst, Ärger, Traurigkeit, Depressivität und Scham insgesamt in der unteren Hälfte. Die höchsten Werte ergaben sich in den Skalen Stress und Angst, die geringsten Werte in den Skalen Scham und Depressivität.

Der Mittelwert der Bewältigungsemotionen lagen bei den Personen aus der Allgemeinbevölkerung, bei einem Skalensummenwert von 0–44 Punkten über dem Median. Da sich die Skala Bewältigungsemotionen aus 11 Emotionswörtern zusammensetzt, kann eine Betrachtung auf Einzelebene sinnvoll sein. Der höchste Wert wurde bei Interessiert ($M = 3.09$, $SD = .96$), der geringste Wert bei Stolz ($M = 2.09$, $SD = 1.17$) erreicht.

Die verschiedenen Affektskalen zeigten in der Tendenz ein vergleichbares Ergebnis. Der positive Affekt war bei allen drei Skalen deutlich höher ausgeprägt als der negative Affekt. Am Beispiel der Affektskalen des EMO-Check Gesamt

wird dieses Verhältnis deutlich. Erwartungsgemäß war der positive Affekt in dieser Stichprobe höher. Es zeigte sich, dass er etwa um das Vierfache höher war als der negative Affekt.

Tabelle 5.1 Emotions- und Affektskalen (EMO-Check I) der Personen aus der Allgemeinbevölkerung

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Stress	663	3.11	2.63
Angst	656	2.83	2.32
Ärger	660	1.98	1.95
Traurigkeit	657	2.60	2.53
Depressivität	655	1.39	2.08
Scham	645	1.10	1.73
Bewältigungsemotionen	606	28.53	7.33
Positiver Affekt PANAS ^a	627	35.90	7.08
Negativer Affekt PANAS ^a	640	16.26	6.63
Positiver Affekt	628	25.90	7.08
Negativer Affekt	641	6.27	5.64
Positiver Affekt EMO-Check Gesamt	577	64.20	16.09
Negativer Affekt EMO-Check Gesamt	604	15.75	13.20
Ekel-Screening	661	.22	.66
Schuld-Screening	667	.40	.75

Anmerkungen. Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) des EMO-Checks I; Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Wertebereich der Variablen jeweils 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr).

^a Wertebereich der Variablen jeweils 1 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr).

In Tabelle 5.2 werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des SEK-27 der Personen aus der Allgemeinbevölkerung dargestellt. Ausgehend von einem Skalenmittelwert von 0–4 Punkten und unter der Annahme eines Mediansplits befanden sich die Werte der einzelnen Skalen insgesamt über dem Median. Die höchsten Werte wurden in den Skalen Klarheit und Verstehen von Gefühlen erreicht. Die im Vergleich zu den anderen Items niedrigsten Mittelwerte in den Skalen Regulationskompetenz und Aufmerksamkeit. Insgesamt bestanden zwischen den Mittelwerten der einzelnen Skalen lediglich geringe Abweichungen, die sich ebenso in den Standardabweichungen zeigten. Der Gesamtwert der

Emotionsregulationskompetenz lag im Mittel bei 2.81 Punkten ($SD = .63$, $n = 659$).

Tabelle 5.2 Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) der Personen aus der Allgemeinbevölkerung

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Aufmerksamkeit	671	2.52	.86
Körperwahrnehmung	662	2.92	.82
Klarheit	665	3.03	.76
Verstehen	664	2.93	.81
Akzeptanz	663	2.89	.73
Resilienz	661	2.87	.80
Konfrontationsbereitschaft	663	2.75	.84
Selbstunterstützung	661	2.84	.81
Regulationskompetenz	662	2.54	.82

Anmerkungen. Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) des Gesamtwerts des Fragebogens zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27) und der einzelnen Skalen; Wertebereich der Variablen jeweils 0 (überhaupt nicht) bis 4 (fast immer).

In Tabelle 5.3 werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des CERQ abgebildet. Von den in der gegenwärtigen Literatur als eher maladaptiv klassifizierten Strategien wurden die höchsten Mittelwerte bei Rumination und Selbstbeschuldigung erreicht. Der geringste Wert ergab sich bei der Skala Andere beschuldigen. Von denen als derzeit eher adaptiv klassifizierten Strategien wurden die höchsten Werte bei Refokussierung auf Planung und Relativieren erreicht. Der geringste Wert ergab sich bei positiver Refokussierung. Die Strategie, die insgesamt am häufigsten berichtet wurde, war Refokussierung auf Planung und am wenigsten häufig Andere beschuldigen.

Bei einem Skalenwert von 0–16 Punkten und unter der Annahme eines Mediansplits befanden sich die Skalenmittelwerte der maladaptiv klassifizierten Strategien in der unteren Hälfte, während die Skalenmittelwerte der als adaptiv klassifizierten Strategien in der oberen Hälfte lagen.

Tabelle 5.3 Strategien der kognitiven Emotionsregulation (CERQ) der Personen aus der Allgemeinbevölkerung

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Selbstbeschuldigung	666	5.29	2.67
Akzeptanz	664	8.35	3.42
Rumination	657	5.85	3.22
Positive Refokussierung	664	7.32	3.93
Refokussierung auf Planung	666	10.06	3.71
Positive Neubewertung	663	8.75	3.67
Relativieren	665	9.06	3.57
Katastrophisieren	662	3.42	2.77
Andere beschuldigen	662	2.85	2.26

Anmerkungen. Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) der Skalen des Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ); Wertebereich der Variablen jeweils 0 (fast nie) bis 4 (fast immer).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesentests dargestellt. Dabei werden die Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenzen, -strategien und den verschiedenen Affektvariablen betrachtet. Zudem werden zusätzliche Analysen durchgeführt, bei denen untersucht wird, welche spezifischen Emotionsregulationskompetenzen einen Einfluss auf das Wohlbefinden im höheren Erwachsenenalter haben und ob Emotionsregulationskompetenz neben bekannten Faktoren wie Aktivitäten, Kontakte und psychische Erkrankungen einen relevanten Beitrag zum Wohlbefinden leistet.

Zur Überprüfung der Hypothesen (siehe Abschnitt 3.6.1) werden in Tabelle 5.4 zunächst die Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenzen und den verschiedenen Affektvariablen dargestellt. Die Korrelationen der Emotionsregulationskompetenzen und den Affektvariablen befanden sich überwiegend im moderaten Bereich. Die Emotionsregulationskompetenzen korrelierten signifikant positiv mit dem positiven Affekt, dem Stimmungsniveau und der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Signifikant negative Korrelationen bestanden zwischen den Emotionsregulationskompetenzen und dem negativen Affekt sowie Depression.

Zwischen dem positiven Affekt und den Emotionsregulationskompetenzen bestanden insgesamt mittlere bis hohe positive Zusammenhänge. Die höchsten Zusammenhänge zeigten sich zwischen dem positiven Affekt und den Skalen Akzeptanz, Resilienz und Regulationskompetenz, der geringste mit der Skala Aufmerksamkeit. Erwartungsgemäß hoch war der positive Affekt mit dem Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz assoziiert.

Der negative Affekt korrelierte negativ mit den Emotionsregulationskompetenzen. Hier befanden sich die Korrelationskoeffizienten im niedrigen bis mittleren Bereich. Der höchste Zusammenhang für den negativen Affekt bestand mit Resilienz und der geringste Zusammenhang mit Aufmerksamkeit. Der negative Affekt korrelierte im mittleren Bereich mit dem Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz.

Ein vergleichbares Bild zeigte sich bei der PANAS. Tabelle A im Anhang (einschließlich im elektronischen Zusatzmaterial) zeigt die Korrelationskoeffizienten des positiven und negativen Affekts der PANAS und der Emotionsregulationskompetenzen.

Eher unerwartet waren die niedrigen bis mittleren Zusammenhänge zwischen Depression und den einzelnen Emotionsregulationskompetenzen. Auch hier korrelierten Depression und Emotionsregulationskompetenzen negativ. Wie zuvor beim positiven und negativen Affekt korrelierte Resilienz am höchsten und Aufmerksamkeit am geringsten mit Depression. Depression und der Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz korrelierten moderat.

Stimmungsniveau und allgemeine Lebenszufriedenheit korrelierten positiv mit den Emotionsregulationskompetenzen. Das Stimmungsniveau korrelierte am höchsten mit der Regulationskompetenz und am geringsten mit der Aufmerksamkeit. Bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei den vorherigen Affektvariablen: Der höchste Zusammenhang war mit Resilienz, der geringste Zusammenhang mit Aufmerksamkeit. Sowohl mit Stimmungsniveau als auch mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit ergaben sich moderate Zusammenhänge mit dem Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz (Tabelle 5.4).

Tabelle 5.4 Zusammenhänge von Affektvariablen und Emotionsregulationskompetenzen der Personen aus der Allgemeinbevölkerung (N = 684)

	Affektvariablen				
	PA	NA	Depression	Stimmungsniveau	Allg. Lebenszufriedenheit
SEK-27 Gesamt	.61**	-.33**	-.40**	.47**	.43**
Aufmerksamkeit	.39**	-.12**	-.19**	.25**	.22**
Körperwahrnehmung	.42**	-.20**	-.24**	.34**	.30**
Klarheit	.46**	-.27**	-.28**	.35**	.30**
Verstehen	.45**	-.23**	-.27**	.34**	.30**
Akzeptanz	.58**	-.36**	-.41**	.42**	.43**
Resilienz	.60**	-.42**	-.46**	.46**	.45**
Konfrontationsbereitschaft	.41**	-.20**	-.29**	.30**	.33**
Selbsterstützung	.43**	-.20**	-.29**	.34**	.31**
Regulationskompetenz	.59**	-.36**	-.39**	.48**	.42**

Anmerkungen. Pearson-Korrelationskoeffizienten der Skalen des Fragebogens zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27) und Affektvariablen; PA: Positiver Affekt EMO-Check Gesamt; NA: Negativer Affekt EMO-Check Gesamt;

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Bei den Personen aus der Allgemeinbevölkerung handelte es sich um eine naturalistische Stichprobe, die gesunde und Studienteilnehmende mit vorherigen oder aktuellen psychischen Störungen beinhaltete. Zur Absicherung des Ergebnisses wurde zusätzlich eine Gruppe aus gesunden Studienteilnehmenden gebildet. Dafür wurden Studienteilnehmende mit aktuell depressiver Symptomatik ($GDS \geq 5$) und psychischen Vorerkrankungen oder -behandlungen ausgeschlossen. Die Stichprobengröße der gesunden Personen aus der Allgemeinbevölkerung betrug $n = 394$.

Die Korrelationskoeffizienten zum Zusammenhang von Emotionsregulationskompetenzen und Affektvariablen bei den gesunden Personen aus der Allgemeinbevölkerung befinden sich in Tabelle B im Anhang (einsehbar im elektronischen Zusatzmaterial). Es zeigte sich beim Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz ein ähnliches Bild. Abweichungen ergaben sich erwartungsgemäß in den Affektvariablen negativer Affekt und Depression. Hier zeigten sich lediglich niedrige Zusammenhänge zwischen dem Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz und dem negativen Affekt sowie Depression.

Auch auf der Ebene der einzelnen Skalen ergaben sich Unterschiede. Der höchste Zusammenhang für positiven Affekt war mit Regulationskompetenz, der niedrigste mit Aufmerksamkeit, Verstehen und Konfrontationsbereitschaft. Beim negativen Affekt war auch in dieser Gruppe der höchste Zusammenhang mit Resilienz. Zwischen den Emotionsregulationskompetenzen und Depression zeigten sich insgesamt nur niedrige Zusammenhänge. Bei dieser Affektvariable zeigte sich der höchste Zusammenhang mit Klarheit. Zwischen den Emotionsregulationskompetenzen und Stimmungsniveau sowie allgemeine Lebenszufriedenheit zeigten sich signifikant positive Zusammenhänge. Die Korrelationskoeffizienten befanden sich in dieser Gruppe alle in einem niedrigen bis mittleren Bereich. Es zeigten sich auch hier Unterschiede auf Ebene der einzelnen Skalen. Der höchste Zusammenhang für das Stimmungsniveau war, wie in der naturalistischen Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung, mit Regulationskompetenz und der niedrigste mit Konfrontationsbereitschaft. Mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit ist neben der Resilienz auch die Regulationskompetenz moderat assoziiert. Insgesamt lässt sich in der Tendenz ein vergleichbares Bild wie in der naturalistischen Stichprobe erkennen.

Im Rahmen einer zusätzlichen Analyse und zur Beantwortung der Frage, wie viel Varianz die einzelnen Emotionsregulationskompetenzen am Kriterium Wohlbefinden aufklären, wurden anhand einer multiplen Regressionsanalyse die unstandardisierten Regressionsgewichte bei der Vorhersage des Wohlbefindens bestimmt. Das Wohlbefinden wurde mithilfe des Stimmungsniveaus und der allgemeinen Lebenszufriedenheit operationalisiert.

Tabelle 5.5 Multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage des Wohlbefindens durch Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) (N = 684)

	Stimmungsniveau				Allgemeine Lebenszufriedenheit						
	B	SEB	β	T	p	B	SEB	β	T	p	
Aufmerksamkeit	-.44	.30	-.07	-1.43	.15	-.29	.30	-.05	-.97	.33	
Körperwahrnehmung	.82	.35	.12	2.33	.02	.75	.35	.11	2.13	.03	
Klarheit	.12	.45	.02	.26	.79	-.45	.46	-.06	-.98	.33	
Verstehen	-.55	.40	-.08	-1.36	.17	-.63	.40	-.09	-1.56	.12	
Akzeptanz	.83	.42	.11	1.95	.05	1.54	.42	.21	3.65	< .001	
Resilienz	1.47	.40	.21	3.70	< .001	1.32	.40	.20	3.32	.001	
Konfrontationsbereitschaft	-.44	.34	-.07	-1.30	.20	.22	.34	.03	.64	.52	
Selbsterstützung	-.06	.37	-.01	-.16	.87	-.30	.37	-.05	-.80	.42	
Regulationskompetenz	2.37	.35	.35	6.69	< .001	1.65	.35	.25	4.67	< .001	
R ²	29 %				25 %						

Anmerkungen. Fragebogens zur Selbstseinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27)

Tabelle 5.5 zeigt, dass die Regulationskompetenzen 29 % der Varianz am Stimmungsniveau und 25 % der Varianz an der allgemeinen Lebenszufriedenheit aufklären. Mittels der multiplen Regressionsanalyse erwiesen sich vor allem die Kompetenzen Körperwahrnehmung, Akzeptanz, Resilienz und Regulationskompetenz als bedeutsam. Die Bedeutsamkeit dieser Ergebnisse wird durch das günstige Verhältnis der Zahl der Prädiktoren zum Stichprobenumfang gesteigert.

Zur weiteren Überprüfung der Hypothesen werden in Tabelle 5.6 die Zusammenhänge zwischen den Emotionsregulationsstrategien und den Affektvariablen bei den Personen aus der Allgemeinbevölkerung dargestellt. Emotionsregulationsstrategien und Affektvariablen korrelierten insgesamt in einem schwachen bis moderaten Bereich. Selbstbeschuldigung, Rumination, Katastrophisieren und Andere beschuldigen korrelierten negativ mit dem positiven Affekt, dem Stimmungsniveau und der allgemeinen Lebenszufriedenheit und positiv mit dem negativen Affekt und Depression. Positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positive Neubewertung und Relativieren korrelierten positiv mit dem positiven Affekt, dem Stimmungsniveau und der allgemeinen Lebenszufriedenheit und negativ mit dem negativen Affekt und Depression.

Der höchste Zusammenhang mit positivem Affekt war mit positiver Neubewertung. Beim negativen Affekt ergab sich der höchste Zusammenhang mit Katastrophisieren und der niedrigste mit Refokussierung auf Planung. Wider Erwarten war Akzeptanz schwach positiv mit dem negativen Affekt assoziiert. Der höchste Zusammenhang für Depression wurde mit positiver Refokussierung und positiver Neubewertung festgestellt, der niedrigste mit Selbstbeschuldigung. Auch hier zeigte sich wider Erwarten ein schwach positiver signifikanter Zusammenhang mit Akzeptanz. Beim Stimmungsniveau ergab sich der höchste Zusammenhang mit positiver Refokussierung, der niedrigste mit Rumination. Der höchste Zusammenhang mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit zeigte sich mit positiver Neubewertung und der niedrigste mit Selbstbeschuldigung. Akzeptanz war signifikant schwach negativ mit dem Stimmungsniveau sowie mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit assoziiert, was nicht den Erwartungen entsprach.

Tabelle 5.6 Zusammenhänge von Affektvariablen und Emotionsregulationsstrategien (CERQ) der Personen aus der Allgemeinbevölkerung (N = 684)

	Affektvariablen				
	PA	NA	Depression	Stimmungsniveau	Allg. Lebenszufriedenheit
Selbstbeschuldigung	-.14**	.16**	.09*	-.15**	-.12**
Akzeptanz	-.04	.10*	.10*	-.11**	-.09*
Rumination	-.05	.25**	.14**	-.14**	-.15**
Positive Refokussierung	.37**	-.19**	-.27**	.37**	.29**
Refokussierung auf Planung	.28**	-.12**	-.19**	.21**	.21**
Positive Neubewertung	.41**	-.19**	-.27**	.35**	.32**
Relativieren	.28**	-.19**	-.21**	.28**	.27**
Katastrophisieren	-.18**	.35**	.26**	-.22**	-.24**
Andere beschuldigen	-.11**	.29**	.16**	-.14**	-.17**

Anmerkungen. Pearson-Korrelationskoeffizienten der Skalen des Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ); PA: Positiver Affekt EMO-Check Gesamt; NA: Negativer Affekt EMO-Check Gesamt;

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Auch bei der Untersuchung der einzelnen Emotionsregulationsstrategien wurde zur besseren Differenzierung zusätzlich eine Gruppe aus gesunden Studienteilnehmenden betrachtet. Tabelle C im Anhang (einsehbar im elektronischen Zusatzmaterial) zeigt die Ergebnisse. Insgesamt liegen in dieser Gruppe die signifikanten Zusammenhänge im schwachen bis moderaten Bereich.

Unerwartete Zusammenhänge mit den Affektvariablen ergaben sich mit Rumination und Akzeptanz. Positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung und Relativieren korrelierten zwar signifikant, aber schwach mit dem positiven Affekt. Lediglich positive Neubewertung korreliert in einem moderaten Bereich mit dem positiven Affekt. Entgegen den Erwartungen korrelierte Rumination positiv und Akzeptanz negativ mit dem positiven Affekt. Beide Korrelationen erweisen sich allerdings als nicht signifikant. Signifikant schwache Korrelationen mit dem negativen Affekt zeigten sich mit Selbstbeschuldigung, Rumination, Katastrophisieren und Andere beschuldigen. Eine schwache, aber signifikant negative Korrelation ergab sich zwischen dem negativen Affekt und Relativieren. Zwischen Akzeptanz und negativem Affekt bestand kein signifikanter Zusammenhang. Signifikante

Korrelationen mit Depression zeigten sich mit positiver Refokussierung, Refokussierung auf Planung und positiver Neubewertung. Die Zusammenhänge befanden sich im schwachen Bereich. Wider Erwarten korrelierte die Akzeptanz signifikant positiv mit Depression. Beim Stimmungsniveau und bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit ergaben sich signifikant positive Korrelationen mit positiver Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positive Neubewertung und Relativieren. Die Zusammenhänge befanden sich im schwachen bis moderaten Bereich. Auch hier lagen entgegen den Erwartungen bei beiden Variablen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Akzeptanz und Rumination vor.

Abschließend wurde in einer weiteren zusätzlichen Analyse der Frage nachgegangen, ob die Emotionsregulationskompetenz zusätzlich zu bereits bekannten Prädiktoren, wie Alter, Geschlecht, Aktivitäten, soziale Kontakte, Depression und Angst, Varianz im Wohlbefinden bei Menschen im höheren Lebensalter aus der Allgemeinbevölkerung aufklären kann. Tabelle 5.7 zeigt die Ergebnisse der Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Ausgenommen vom Prädiktor Alter und Geschlecht ergaben sich zwischen den anderen Prädiktoren signifikante bivariate Zusammenhänge, die sich im moderaten bis hohen Bereich befanden. Stimmungsniveau sowie auch allgemeine Lebenszufriedenheit korrelierten am höchsten mit Depression.

Bei beiden Maßen zum Wohlbefinden leistete die Emotionsregulationskompetenz einen statistisch signifikanten zusätzlichen Beitrag zur Vorhersage des Stimmungsniveaus ($\Delta R^2 = .04$; $p < .01$) und der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($\Delta R^2 = .02$; $p < .01$), der über die drei anderen Variablengruppen hinausging. Insgesamt erklärten die ausgewählten Prädiktoren 52 % der Varianz am Stimmungsniveau und 54 % an der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Bis auf den ersten Block (Alter und Geschlecht) wurden alle anderen aufgenommenen Blöcke signifikant.

Tabelle 5.7 Bivariate Zusammenhänge und blockweise sequenzielle Regression zur Vorhersage des Wohlbefindens der Personen aus der Allgemeinbevölkerung (N = 684)

	Stimmungsniveau						Allgemeine Lebenszufriedenheit						
	<i>r</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>r</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2			
1													
Alter	-.06	-.05*	.02			-.01	-.03	.02					
Geschlecht	.01	-.08	.34	.01	.01	.03	.34	.32	.01	.01			.01
2													
Aktivitäten	.30**	.18	.11			.28**	.03	.11					
Kontakte	.34**	.39**	.10	.17**	.16**	.33**	.35**	.09	.16**	.16**			.16**
3													
Depression	-.66**	-.99**	.08			-.71**	-1.17**	.08					
Angst	-.44**	-.36**	.08	.48**	.32**	-.42**	-.22**	.07	.52**	.36**			
4													
ER	.47**	.07**	.01	.52**	.04**	.43**	.05**	.01	.54**	.02**			

Anmerkungen. Emotionsregulationskompetenz (ER) erfasst mit dem Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27); Depression erfasst mit der Geriatrischen Depressionsskala (GDS); Angst erfasst mit dem EMO-Check I; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5.2 Fragestellung 2: Vergleich der Emotionsregulation von Menschen mit und ohne Depression

Um Unterschiede in der Emotionsregulationskompetenz, in einzelnen Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation und in der Nutzung spezifischer Emotionsregulationsstrategien von Menschen im höheren Erwachsenenalter mit und ohne Depression zu untersuchen, wurden Mittelwertvergleiche zwischen einer klinischen Stichprobe und einer gesunden Kontrollgruppe durchgeführt. Die klinische Stichprobe bestand aus aktuell depressiven Patient:innen, die sich am Anfang einer tagesklinischen Depressionsbehandlung befanden. Die gesunde Kontrollgruppe setzte sich aus Matched Samples zusammen, die aus einer Gruppe von Personen aus der Allgemeinbevölkerung extrahiert wurden. Die Analyse von Mittelwertunterschieden wurde mit der Gruppenzugehörigkeit als unabhängiger Variable (klinische Stichprobe, gesunde Kontrollgruppe) und entweder mit den Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) oder den Emotionsregulationsstrategien (CERQ) als abhängige Variablen durchgeführt.

Im Folgenden werden zunächst die Prüfungen der Hypothesentest dargestellt. Dafür werden die Emotionsregulationskompetenz und die einzelnen Kompetenzen sowie die Emotionsregulationsstrategien der Menschen im höheren Lebensalter mit einer Depression und ohne Depression miteinander verglichen. In weiteren zusätzlichen Analysen wird untersucht, welche Emotionsregulationskompetenzen und welche Emotionsregulationsstrategien die Gruppenzugehörigkeit zur Gruppe der Depressiven oder der Gesunden am besten vorhersagen.

Zur Überprüfung der Hypothesen (siehe Abschnitt 3.6.2) wurden zunächst der Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz und die einzelnen Emotionsregulationskompetenzen, die mit dem SEK-27 erfasst wurden, hinsichtlich möglicher Gruppenunterschiede untersucht. Es wurde erwartet, dass die klinische Stichprobe einen signifikant geringeren Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz sowie signifikant geringe Werte in den einzelnen Emotionsregulationskompetenzen aufweist als die gesunde Kontrollgruppe.

Dies bestätigte sich durch einen signifikanten Unterschied zwischen der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe im Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz mit einem großen Effekt ($t(90) = -7.24$, $p < .001$, $d = 1.20$). Die klinische Stichprobe wies einen geringeren, mittleren Gesamtwert von 1.88 ($SD = 0.80$) im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe von 2.92 ($SD = 0.56$) auf.

Bei der Untersuchung der einzelnen Emotionsregulationskompetenzen zeigte sich, dass sich die Mittelwerte aller Emotionsregulationskompetenzen in den Gruppen signifikant ($p < .001$) voneinander unterschieden. In Abbildung 5.1

wird die Verteilung der Mittelwerte der beiden Stichproben über die einzelnen Kompetenzen dargestellt. In der gesunden Kontrollgruppe zeigten sich bezüglich aller Kompetenzen höhere Mittelwerte als in der klinischen Stichprobe. Es ließen sich darüber hinaus tendenzielle Unterschiede in der Anwendungshäufigkeit der Strategien beobachten. Besonders große Unterschiede ergaben sich bei der Akzeptanz ($t(90) = -8.70, p < .001, d = 1.34$), der Resilienz ($t(90) = -11.01, p < .001, d = 1.51$) und bei der Regulationskompetenz ($t(90) = -7.16, p < .001, d = 1.20$).

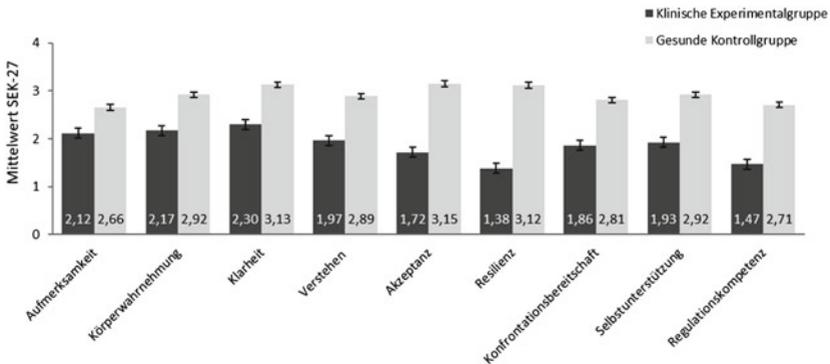


Abbildung 5.1 Mittelwerte der Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) in der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe; $n = 46$; Fehlerbalken: ± 1 Standardfehler

Zur Absicherung dieses Ergebnisses wurde die klinische Stichprobe zusätzlich mit einer Gruppe gesunder Personen aus der Allgemeinbevölkerung verglichen, ohne dass dabei ein Matching erfolgte. Es handelte sich bei dieser Gruppe um Studienteilnehmende ohne aktuell depressive Symptomatik ($GDS \geq 5$) und ohne psychische Vorerkrankungen (Zusatzfragen zum Ausschluss affektiver Störungen). Die Stichprobengröße der gesunden Personen aus der Allgemeinbevölkerung betrug $n = 385$. Die Ergebnisse des Vergleichs der klinischen Stichprobe mit den Matched Samples wurde durch den Vergleich mit den gesunden Personen aus der Allgemeinbevölkerung bestätigt. Auch hier unterschieden sich beide Gruppen hinsichtlich aller Emotionsregulationskompetenzen signifikant voneinander ($p < .001$; siehe Tabelle D im Anhang, einsehbar im elektronischen Zusatzmaterial).

Im Rahmen der Hypothesenprüfung wurden des Weiteren Gruppenunterschiede zwischen der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe hinsichtlich einzelner Emotionsregulationsstrategien untersucht. Die Regulationsstrategien wurden mit dem CERQ erfasst.

In Abbildung 5.2 wird die Verteilung der Mittelwerte der Emotionsregulationsstrategien in der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe abgebildet. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen in allen Strategien mit Ausnahme der Akzeptanz. Die klinische Stichprobe berichtete signifikant häufiger von Selbstbeschuldigung, Rumination, Katastrophisieren und Andere beschuldigen, während in der gesunden Kontrollgruppe signifikant häufiger von positiver Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positiver Neubewertung und Relativieren berichtet wurde. Dagegen konnte kein signifikanter Unterschied in der Anwendung der Akzeptanz gefunden werden. Besonders große Unterschiede zeigten sich bei der Rumination, beim Katastrophisieren und bei der positiven Neubewertung.

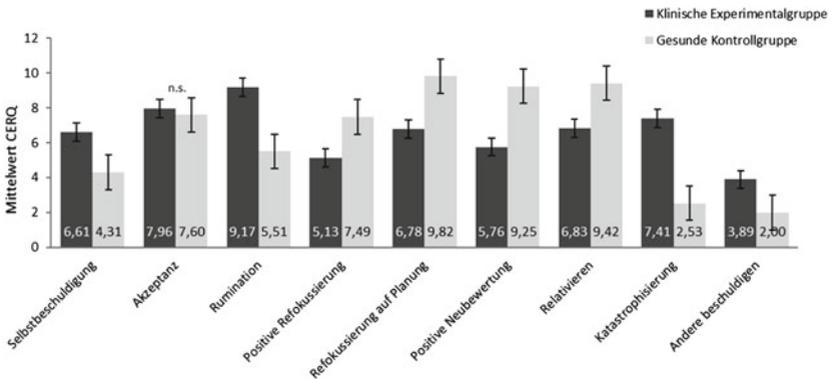


Abbildung 5.2 Mittelwerte der Emotionsregulationsstrategien (CERQ) in der klinischen Stichprobe und der gesunden Kontrollgruppe; $n = 45$; Fehlerbalken: ± 1 Standardfehler

Die exakten p -Werte zu den Abbildungen 5.1 und 5.2 sowie die Effektstärken nach Cohen befinden sich in Tabelle E und F im Anhang (einsehbar im elektronischen Zusatzmaterial).

Um zu untersuchen, inwieweit die Nutzung der verschiedenen Emotionsregulationskompetenzen die Gruppenzugehörigkeit (depressiv: klinische Stichprobe vs. nicht depressiv: gesunde Kontrollgruppe) am besten voraussagt, wurde im Rahmen einer zusätzlichen Analyse eine logistische Regression durchgeführt.

Dabei bestand die binäre abhängige Variable aus der Gruppenzugehörigkeit (depressiv vs. nicht depressiv) und die unabhängigen Variablen aus den verschiedenen Emotionsregulationskompetenzen, die mit dem SEK-27 erfasst wurden.

In Tabelle 5.8 werden die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse mit den neun Emotionsregulationskompetenzen als unabhängige Variablen dargestellt. Die klinische Stichprobe wurde dabei mit 0 und die gesunde Kontrollgruppe mit 1 kodiert. Die logistische Regressionsanalyse zeigte, dass das Modell als Ganzes signifikant war ($\text{Chi}^2(9) = 85.68; p = .000, n = 92$) und dass einzelne Koeffizienten einen signifikanten Beitrag leisteten. Von den untersuchten Variablen leisteten drei Variablen einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit: Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Resilienz. Die Regressionskoeffizienten (B) zeigten, dass die Zugehörigkeit zur Gruppe der Menschen mit Depressionen mit einer höheren Aufmerksamkeit und geringer Akzeptanz und Resilienz assoziiert war. Der Anteil der aufgeklärten Varianz betrug nach Cox und Snells R^2 60.6 % und nach Nagelkerkes R^2 80.8 %, was für eine sehr gute Erklärungsgüte des Regressionsmodells sprach (Cohen, 1988). Im vorliegenden logistischen Regressionsmodell konnten 92.4 % der untersuchten Fälle den beiden Gruppen depressiv vs. nicht depressiv korrekt zugeordnet werden.

Tabelle 5.8 Logistische Regressionsanalyse zur Identifikation von Emotionsregulationskompetenzen zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit (depressiv vs. nicht depressiv) ($n = 92$)

	B	$SE B$	$Wald$	p
Aufmerksamkeit	-.72	.31	5.40	.02
Körperwahrnehmung	.01	.25	.001	.97
Klarheit	-.14	.31	.20	.66
Verstehen	.02	.25	.01	.92
Akzeptanz	.56	.28	4.08	.04
Resilienz	1.42	.44	10.47	< .001
Konfrontationsbereitschaft	.01	.24	.001	.98
Selbstunterstützung	-.07	.22	.10	.75
Regulationskompetenz	-.11	.36	.09	.76

Anmerkungen. Aufgeklärte Varianz gesamt: 60.6 % (Cox & Snell R^2) und 80.8 % (Nagelkerkes R^2)

Da das Basismodell Prädiktoren beinhaltete, die keinen signifikanten Beitrag zur Vorhersagekraft leisteten, wurde in einem zweiten Schritt ein weiteres

logistisches Regressionsmodell aufgestellt, in das lediglich die signifikanten Prädiktoren Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Resilienz aufgenommen wurden. Das finale Modell als Ganzes ($\text{Chi}^2(3) = 85,04; p = .000, n = 92$) erwies sich erwartungsgemäß als signifikant. Durch den Einschluss der Prädiktoren Aufmerksamkeit ($B = -.79, SE B = .28, \text{Wald}(1) = 7.92, p = .005$), Akzeptanz ($B = .47, SE B = .24, \text{Wald}(1) = 3.84, p = .05$) und Resilienz ($B = 1.33, SE B = .38, \text{Wald}(1) = 12.55, p = .000$) verringerte sich der Anteil der aufgeklärten Varianz im Vergleich zum Basismodell kaum. Die Varianzaufklärung nach Cox und Snells R^2 betrug 60.3 % und nach Nagelkerkes R^2 80.4 %, was nach wie vor für eine sehr gute Erklärungsgüte des Regressionsmodells sprach (Cohen, 1988). Die korrekte Gruppenzuweisung betrug im finalen Modell 94.6 %.

Um zudem zu untersuchen, welche der Emotionsregulationsstrategien im Vergleich zu den anderen die Gruppenzugehörigkeit (depressiv: klinischen Stichprobe vs. nicht depressiv: gesunde Kontrollgruppe) am besten voraussagen, wurde auch hier eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Die binäre abhängige Variable bestand auch hier aus der Gruppenzugehörigkeit (depressiv vs. nicht depressiv) und die unabhängigen Variablen aus den verschiedenen Emotionsregulationsstrategien, die mit dem CERQ erfasst wurden. Zudem wurden Aktivitäten und Kontakte, die mit dem MILVA erfasst wurden, in die Analyse miteinbezogen.

In Tabelle 5.9 werden die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse mit den Aktivitäten, Kontakten und den neun Emotionsregulationsstrategien als unabhängige Variablen dargestellt. Die logistische Regressionsanalyse zeigte, dass sowohl das Modell als Ganzes signifikant war ($\text{Chi}^2(11) = 68.62; p = .000, n = 86$) und dass die Koeffizienten von drei Variablen einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit leisteten: Kontakte, Rumination und Katastrophisieren. Die Regressionskoeffizienten (B) zeigten, dass die Zugehörigkeit zur Gruppe der Menschen mit Depressionen mit weniger Kontakten und einer höheren Nutzung von Rumination und Katastrophisieren assoziiert war. Der Anteil der aufgeklärten Varianz betrug nach Cox und Snells R^2 55.0 % und nach Nagelkerkes R^2 73.3 %, was für eine sehr gute Erklärungsgüte des Regressionsmodells sprach (Cohen, 1988). Im vorliegenden logistischen Regressionsmodell konnten 87.2 % der untersuchten Fälle den beiden Gruppen depressiv vs. nicht depressiv korrekt zugeordnet werden.

Tabelle 5.9 Logistische Regressionsanalyse zur Identifikation von Emotionsregulationsstrategien zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit (depressiv vs. nicht depressiv) ($n = 86$)

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>
Aktivitäten	.14	.22	.41	.52
Kontakte	.44	.23	4.09	.04
Selbstbeschuldigung	-.01	.12	.01	.93
Akzeptanz	.07	.11	.45	.50
Rumination	-.42	.18	5.48	.02
Positive Refokussierung	.10	.13	.62	.43
Refokussierung auf Planung	.03	.19	.02	.88
Positive Neubewertung	-.10	.20	.29	.59
Relativieren	.12	.15	.62	.43
Katastrophisieren	-.35	.16	4.97	.03
Andere Beschuldigen	.03	.17	.02	.88

Anmerkungen. Aufgeklärte Varianz gesamt: 55.0 % (Cox & Snell R^2) und 73.3 % (Nagelkerkes R^2)

Auch hier wurde ein weiteres logistisches Regressionsmodell aufgestellt, in das lediglich die signifikanten Prädiktoren Kontakte, Rumination und Katastrophisieren aufgenommen wurden. Das finale Modell als Ganzes ($\text{Chi}^2(3) = 66.60$; $p = .000$, $n = 86$) erwies sich erwartungsgemäß als signifikant. Durch den Einschluss der Prädiktoren Kontakte ($B = .58$, $SE B = .19$, $\text{Wald}(1) = 9.25$, $p = .002$), Rumination ($B = -.40$, $SE B = .15$, $\text{Wald}(1) = 7.47$, $p = .006$) und Katastrophisieren ($B = -.39$, $SE B = .12$, $\text{Wald}(1) = 10.24$, $p = .001$) verringert sich der Anteil der aufgeklärten Varianz im Vergleich zum Basismodell nur gering. Die Varianzaufklärung nach Cox und Snells R^2 betrug 53.1 % und nach Nagelkerkes R^2 70.8 %, was nach wie vor für eine sehr gute Erklärungsgüte des Regressionsmodells sprach (Cohen, 1988). Die korrekte Gruppenzuweisung betrug im finalen Modell 83 %.

5.3 Fragestellung 3: Untersuchung des Einflusses der Emotionsregulation auf den Erfolg einer Depressionsbehandlung

Um den Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf die Schwere der depressiven Symptomatik zu untersuchen, wurden Patient:innen, die sich in klinischer Depressionsbehandlung befanden, zu Beginn, am Ende und drei Monate nach der Behandlung untersucht. Die Untersuchung wurde in Form eines Längsschnitts durchgeführt. Dabei wurde Emotionsregulationskompetenz und Depression zu verschiedenen Messzeitpunkten erfasst. Zudem erfolgte ein Vergleich von Selbst- und Fremdbeurteilungsmaßen.

Zur Beantwortung der Fragestellung 3 werden zunächst die Ergebnisse der Hypothesentests (siehe Abschnitt 3.6.3) dargestellt. Dabei wird der Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und Depression betrachtet sowie in einem weiteren Schritt der Einfluss der Regulationskompetenz auf den Effekt einer Depressionsbehandlung. Die Beurteilung erfolgt anhand von Selbst- und Fremdbeurteilungsmaßen. In zusätzlichen Analysen wird überprüft, welche Regulationskompetenzen und Strategien den Therapieeffekt beeinflussen. Abschließend wird die Höhe der Übereinstimmung in der Beurteilung von Emotionsregulationskompetenz und Depression zwischen Patient:innen und ihren Behandelnden untersucht.

Um die Frage zu beantworten, ob ein Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und depressiver Symptomatik auch im höheren Erwachsenenalter existiert, wurde die Beziehung zwischen beiden Merkmalen anhand von Pearson-Korrelationskoeffizienten untersucht. Dabei zeigte sich, dass zwischen beiden Variablen zu Beginn ($r = -.67, p = < .001$), am Ende ($r = -.59, p = < .001$) und drei Monate nach der Behandlung ($r = -.56, p = < .001$) hohe negative und statistisch signifikante Zusammenhänge bestanden. Je besser die Fähigkeit zur adaptiven Emotionsregulation bei Patient:innen ausgeprägt war, desto geringer war die depressive Symptomatik zu allen drei Messzeitpunkten.

Ausgehend von diesem Ergebnis wurde in einem weiteren Schritt untersucht, ob die Emotionsregulationskompetenz einen Einfluss auf den Erfolg einer Depressionsbehandlung hat und ob Personen mit höherer Emotionsregulationskompetenz stärker von der Behandlung profitieren. Dafür wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Es wurden zwei Gruppen anhand des Gesamtwertes der Emotionsregulationskompetenz (SEK-27) gebildet und miteinander verglichen (zur Beschreibung des Vorgehens siehe Abschnitt 4.5). Die Gruppen bestanden aus Patient:innen mit niedriger ($n = 18$) und hoher Emotionsregulationskompetenz ($n = 23$; ERK niedrig/hoch). Es wurde untersucht,

ob Unterschiede zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der depressiven Symptomatik zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung und drei Monate danach bestanden und in welchem Ausmaß beide Gruppen von einer klinischen Depressionsbehandlung profitieren. Die Ergebnisse der Varianzanalyse befinden sich in Tabelle 5.10.

Tabelle 5.10 Zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit drei Messwiederholungen, der Schwere der depressiven Symptomatik (GDS) als Innersubjektfaktor und Emotionsregulationskompetenz (ERK) als Zwischensubjektfaktor

ANOVA	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Innersubjekteffekte				
Messwiederholung GDS	2	9.81	< .001	.20
Messwiederholung GDS * ERK	2	3.34	.04	.08
Zwischensubjekteffekte				
ERK	1	14.08	.001	.27

Anmerkungen. Gesamtwert der Geriatrischen Depressionsskala (GDS), Emotionsregulationskompetenz (ERK); Freiheitsgrade (*df*), η^2 partielles Eta-Quadrat als Effektstärkenmaß

Die Prüfung der Sphärizitätsannahme mit dem Mauchly-Test ergab keine signifikanten Abweichungen der Varianzen innerhalb der Messwiederholungen, sodass Sphärizität angenommen wurde. Die Überprüfung der Innersubjekteffekte ergab einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den depressiven Symptomen zu den drei Messzeitpunkten sowie eine statistisch signifikante Interaktion mit der Gruppenzugehörigkeit. Beide Gruppen (ERK hoch/niedrig) unterschieden sich hinsichtlich der Schwere der depressiven Symptomatik im untersuchten Messzeitraum statistisch signifikant voneinander. Die depressive Symptomatik zu Beginn, am Ende und drei Monate nach der Behandlung war bei den Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz geringer als bei den Patient:innen mit geringer Kompetenz.

Da bei einer geringen Anzahl von Versuchspersonen der Mauchly-Test auf Sphärizität eine geringe Teststärke besitzt, sodass eine Verletzung der Sphärizität vorliegen kann, ohne dass der Test ein signifikantes Ergebnis anzeigt, wurden die Ergebnisse nochmals unter Anwendung der Greenhouse-Geisser-Korrektur überprüft. Der Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf die Schwere der depressiven Symptomatik zu den drei Messzeitpunkten war auch nach der Anwendung des Korrekturverfahrens statistisch signifikant (GDS $F(2,78) = 9.81$, $p = < .001$, $\eta^2 = .20$; GDS*ERK $F(2,78) = 3.34$, $p = .04$, $\eta^2 = .08$).

Einen Unterschied dieser Größe bei gleichen Bedingungen zu finden, wird auch als beobachtete Teststärke bezeichnet. Diese betrug bei der Untersuchung der Mittelwerte der depressiven Symptome über die drei Messzeitpunkte hinweg (GDS) 98.0 % und bei der Interaktion mit dem Faktor Gruppenzugehörigkeit (GDS*ERK) 61.6 %. Auch die Untersuchung der Zwischensubjektfaktoren zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen Patient:innen mit hoher und niedriger Emotionsregulationskompetenz. Die beobachtete Teststärke betrug hier 95.5 %.

Abbildung 5.3 zeigt die durchschnittliche Ausprägung der depressiven Symptomatik für die Patient:innen mit niedriger (hell) und hoher (dunkel) Emotionsregulationskompetenz über alle drei Messzeitpunkte (T1, T2, T3) hinweg. Die Mittelwerte der depressiven Symptomatik unterschieden sich in den beiden Gruppen zum Messzeitpunkt T1 ($p = .04$), T2 ($p = < .001$) und T3 ($p = .01$) statistisch signifikant voneinander. Es konnte gezeigt werden, dass Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz bereits zu Beginn der Behandlung einen geringeren Depressionswert als Patient:innen mit niedriger Emotionsregulationskompetenz aufwiesen. Beide Werte befanden sich laut der gängigen Einteilung zwar im Bereich einer leichten bis mäßigen Depression, bei den Patient:innen mit geringer Emotionsregulationskompetenz lag der Wert allerdings knapp unterhalb der Grenze zu einer schweren Depression.

Unterschiede in den Ausgangswerten können besonders dann problematisch sein, wenn der Effekt eines Treatments untersucht werden soll. Es kann in diesem Fall nicht ausgeschlossen werden, dass ein gefundener Effekt die Folge der unterschiedlichen Ausgangslage ist. Diese Problematik spielt in der vorliegenden Analyse allerdings eine sekundäre Rolle, da es primär um die Untersuchung des Einflusses der Emotionsregulationskompetenzen auf die Ausprägung der depressiven Symptomatik ging. Zur Absicherung des Ergebnisses wurden dennoch die Differenzen der beiden Gruppen im Mittelwert der GDS zwischen Messzeitpunkt T1 und T2 betrachtet. Hier zeigte sich, dass die Differenz des Depressionswertes zwischen Beginn und Ende der Behandlung in der Gruppe der Patient:innen mit niedriger Emotionsregulationskompetenz geringer war als bei den Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz. Bei Patient:innen mit niedriger Emotionsregulationskompetenz lag die Differenz im Mittel bei .89 ($SD = 2.91$), während sie bei Patient:innen mit hoher Kompetenz im Mittel bei 3.52 ($SD = 4.07$) lag. Bei dem Vergleich der beiden Differenzwerte zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($t(39) = -2.32$, $p < .005$, $d = .7$). Dieser kann einen Hinweis darstellen, dass nicht ausschließlich die unterschiedliche Ausgangslage für die stärkere Verringerung des Depressionswertes bei den Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenzen verantwortlich ist.

Während der Behandlung verringerte sich der Depressionswert der Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz stärker und befand sich am Ende der Behandlung im unauffälligen Bereich. Im Follow-up-Zeitraum stieg der Depressionswert bei diesen Patient:innen zwar geringfügig an, blieb aber weiterhin unauffällig. Aufgrund dessen kann davon ausgegangen werden, dass Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz stärker von der Depressionsbehandlung profitierten als Patient:innen mit niedriger Emotionsregulationskompetenz. Bei diesen verringerten sich die Depressionswerte während der Behandlung nur gering, sodass die Werte in dieser Gruppe auch nach der Behandlung und drei Monate später einer leichten bis mäßigen Depression entsprachen (Abbildung 5.3).

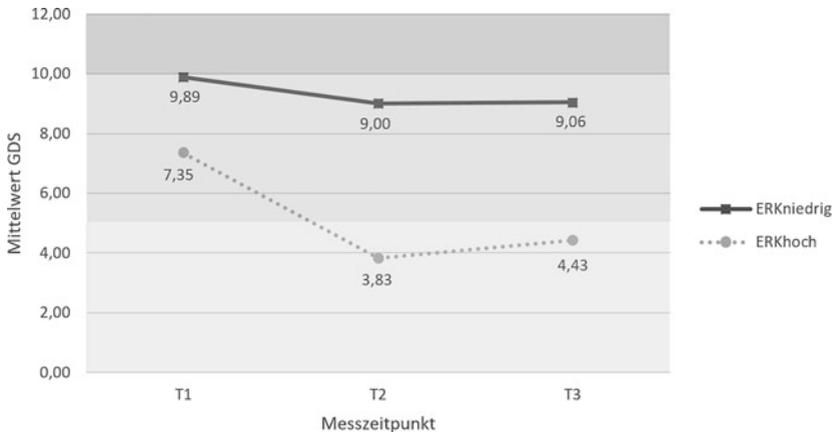


Abbildung 5.3 Durchschnittlichen Ausprägung depressiver Symptome (GDS) der beiden Gruppen ERKniedrig ($n = 18$) und ERKhoch ($n = 23$) an drei Messzeitpunkten (T1, T2, T3)

Dieses Ergebnis wurde anhand der Fremdbeurteilungen der Behandelnden überprüft und konnte bestätigt werden. Dafür wurde eine weitere zweifaktorielle Varianzanalyse mit zwei Messwiederholung durchgeführt, bei der die Fremdbeurteilungsdaten zur Emotionsregulationskompetenz und Depression zu Beginn (T1) und am Ende der Behandlung (T2) analysiert wurden (siehe Abbildung 5.4). Die Einteilung der beiden Gruppen (Emotionsregulationskompetenz niedrig/hoch) wurde beibehalten. Auch hier ergab die Überprüfung der Innersubjekteffekte signifikante Unterschiede im Mittelwert der depressiven Symptome über beide Messzeitpunkte ($F(1,39) = 141.35$; $p = < 0.01$; $\eta^2 = .78$) und eine statistisch

signifikante Interaktion mit der Gruppenzugehörigkeit ($F(1,39) = 11.81$; $p = .001$; $\eta^2 = .23$). Zudem lag ein signifikanter Gruppenunterschied vor ($F(1,39) = 12.78$; $p = .001$; $\eta^2 = .25$). Bei den Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz wurde die depressive Symptomatik zu Beginn sowie am Ende der Behandlung geringer eingeschätzt als bei denen mit gering ausgeprägter Emotionsregulationskompetenz. Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz wiesen auch im Fremdurteil bereits zu Beginn der Behandlung einen geringeren Depressionswert ($M = 9.48$; $SD = 2.28$) auf als Patient:innen mit geringer Kompetenz ($M = 10.78$; $SD = 2.39$). Der Depressionswert lag bei diesen Patient:innen im Bereich einer leichten bis mäßigen Depression, während die Patient:innen mit geringer Emotionsregulationskompetenz in den Bereich einer schweren Depression eingeordnet werden mussten.

Auch hier zeigten sich Unterschiede in den Ausgangswerten, die allerdings anhand eines Mittelwertvergleichs der beiden Differenzwerte zwischen T1 und T2 untersucht wurden. Dabei zeigte sich bei den Patient:innen mit niedriger Emotionsregulationskompetenz ($M = 3.31$; $SD = 2.63$) eine geringere Differenz in den GDS-Werten zwischen Beginn und Ende der Behandlung im Vergleich zu denen mit hoher Emotionsregulationskompetenz ($M = 6.05$; $SD = 2.40$). Wie bereits bei der Selbsteinschätzung zeigte sich auch in der Fremdeinschätzung ein signifikanter Unterschied im Vergleich der beiden Differenzwerte ($t(39) = -3.44$, $p < .001$, $d = .9$), der für eine mögliche Unabhängigkeit von den Ausgangswerten bezüglich der stärkeren Verbesserung der Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz spricht.

Über den Verlauf der Behandlung verbesserten sich auch in der Fremdbeurteilung in beiden Gruppen die Depressionswerte. Auch hier profitierten die Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz stärker von der Behandlung und lagen am Ende im unauffälligen Bereich ($M = 3.43$; $SD = 2.68$). Die Patient:innen mit geringer Kompetenz erfüllten auch nach der Behandlung im Mittel die Kriterien einer leichten bis mäßigen Depression ($M = 7.44$; $SD = 3.33$).

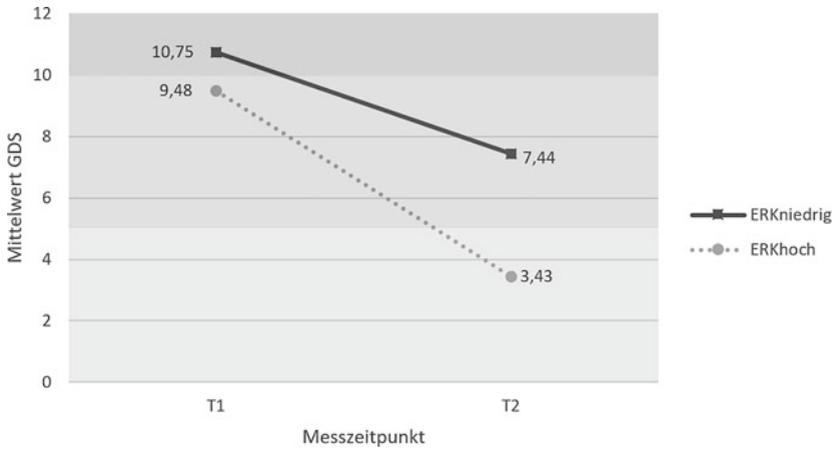


Abbildung 5.4 Durchschnittlichen Ausprägung depressiver Symptome (GDS) der beiden Gruppen ERKniedrig ($n = 18$) und ERKhoch ($n = 23$) an zwei Messzeitpunkten (T1, T2) in der Fremdbeurteilung

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sprechen dafür, dass Emotionsregulationskompetenz auch in dieser Altersgruppe einen Einfluss auf den Therapieeffekt hat. Eine hohe Emotionsregulationskompetenz hatte bei älteren Erwachsenen einen positiven Einfluss auf den Outcome einer klinischen Depressionsbehandlung. Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz profitierten stärker von der Depressionsbehandlung als Patient:innen mit geringer Kompetenz. Dies zeigte sich sowohl in der Selbst- wie in der Fremdbeurteilung. Offen bleibt die Frage, welche einzelnen Kompetenzen und Strategien in dieser Altersgruppe eine relevante Rolle spielen und den Therapieeffekt beeinflussen.

Um einen Eindruck darüber zu bekommen, welche Kompetenzen und Strategien einen relevanten Einfluss auf die Schwere der depressiven Symptomatik noch vor der Behandlung haben, wurden die korrelativen Zusammenhänge mit Depression zum Messzeitpunkt T1 untersucht. Die Ergebnisse werden in Tabelle 5.11 dargestellt. Hohe negative Zusammenhänge mit der depressiven Symptomatik zeigten sich mit den Kompetenzen Aufmerksamkeit, Klarheit, Verstehen, Akzeptanz, Resilienz, Konfrontationsbereitschaft, Selbstunterstützung und

Regulationskompetenz. Bei den Strategien zeigten sich hohe negative Zusammenhänge mit positiver Refokussierung, Refokussierung auf Planung und positiver Neubewertung.

Tabelle 5.11

Zusammenhänge von depressiver Symptomatik (GDS) mit Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) und Emotionsregulationsstrategien (CERQ) der klinischen Stichprobe zum Messzeitpunkt T1 (n = 46)

	GDS T1
SEK-27	
Aufmerksamkeit	-.59***
Körperwahrnehmung	-.34*
Klarheit	-.50***
Verstehen	-.44**
Akzeptanz	-.64***
Resilienz	-.55***
Konfrontationsbereitschaft	-.54***
Selbstunterstützung	-.58***
Regulationskompetenz	-.62***
CERQ	
Selbstbeschuldigung	.31*
Akzeptanz	-.09
Rumination	.28
Positive Refokussierung	-.54***
Refokussierung auf Planung	-.54***
Positive Neubewertung	-.50***
Relativieren	-.38*
Katastrophisieren	.48**
Andere Beschuldigen	.31*

Anmerkungen. Pearson-Korrelationskoeffizienten der Skalen des Fragebogens zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27), der Skalen des Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) und der Geriatrische Depressionskala (GDS)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Das Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung (Abbildung 5.3) konnte bereits zeigen, dass es innerhalb des Behandlungszeitraums zur vergleichsweise stärksten Abnahme der depressiven Symptome kam. Dieser Zeitraum scheint von besonderer Bedeutung zu sein. Aus diesem Grund wurde in einer weiteren zusätzlichen Analyse der Einfluss der verschiedenen Emotionsregulationskompetenzen und -strategien auf den Therapieeffekt untersucht. Der Therapieeffekt stellte die Differenz zwischen dem Gesamtwert der GDS zu Beginn und am Ende der Therapie dar.

Um Emotionsregulationskompetenzen und -strategien, die einen relevanten Einfluss auf den Therapieeffekt hatten, zu bestimmen, wurde eine schrittweise multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Ein schrittweises Vorgehen wurde gewählt, da von einer hohen Abhängigkeit zwischen den Variablen ausgegangen wurde und da, im Verhältnis zur Stichprobengröße, das Modell eine hohe Anzahl erklärender Variablen enthält. Bei einem solchen Verhältnis wird ein schrittweises Vorgehen in der gegenwärtigen Literatur empfohlen (Döring & Bortz, 2016). Die Ergebnisse der Regressionsanalyse werden in Tabelle 5.12 dargestellt.

In das Modell wurden als Prädiktoren die Emotionsregulationskompetenzen und -strategien sowie der Gesamtwert der depressiven Symptomatik zum Messzeitpunkt T1 aufgenommen. Das Modell zeigte sich als statistisch signifikant ($F(3,42) = 5.69, p = .002$). Die Analyse deutet darauf hin, dass Akzeptanz ($\beta = -.55$) und Selbstunterstützung ($\beta = .56$) vergleichbar einflussreiche Prädiktoren darstellen. Das Relativieren ($\beta = -.38$) hat in diesem Modell den geringsten Einfluss. Das Ergebnis der schrittweisen multiplen Regressionsanalyse gibt einen Hinweis auf die Relevanz der Kompetenzen Akzeptanz, Selbstunterstützung und auf die Strategie Relativieren. Aufgrund der Interpretation der Vorzeichen der standardisierten Koeffizienten und der Polung der abhängigen Variable (siehe Abschnitt 4.5) kann davon ausgegangen werden, dass je geringer Akzeptanz und Relativieren zu Beginn der Therapie ausgeprägt sind, desto höher der Therapieeffekt am Ende der Behandlung. Patient:innen, die vor der Therapie geringere Werte für Akzeptanz und Relativieren aufwiesen, profitierten demnach stärker von der Therapie. Außerdem scheint die Selbstunterstützung eine wichtige Ressource darzustellen: Je höher Selbstunterstützung zu Beginn der Therapie, desto höher der Therapieeffekt am Ende der Behandlung.

Insgesamt klären die drei Prädiktorvariablen 29 % der Varianz am Therapieeffekt auf. Dieser Wert kann nicht pauschal anhand von numerischen Normen für Effektgrößen interpretiert werden. Es sollte berücksichtigt werden, dass schon ein kleiner Effekt bedeutsam sein kann, wenn es beispielsweise um Menschenleben geht (Reduktion der Suizidrate), während ein großer Effekt praktisch unbedeutend wird, wenn die Umsetzung einer daraus resultierenden Maßnahme

unverhältnismäßig oder praktisch unmöglich ist. Die Interpretation von Effektgrößen sollte daher zunächst anhand inhaltlicher und fachlicher Überlegungen erfolgen (Döring & Bortz, 2016). Im vorliegenden Fall sollte berücksichtigt werden, dass der Therapieeffekt prinzipiell von vielen weiteren Variablen abhängig ist. Der Wert könnte demnach als verhältnismäßig hoch betrachtet werden. Allerdings sollte auch beachtet werden, dass es primär nicht darum ging, den Therapieeffekt zu erklären. Dafür fehlen relevante Prädiktoren wie die therapeutische Beziehung, die aufgrund früherer Befunde in eine solche Analyse hätten miteinbezogen werden müssen (Grawe, 1998). Bei der Interpretation dieses Effektes sollte berücksichtigt werden, dass es in erster Linie darum ging, den Einfluss verschiedener Kompetenzen und Strategien zu identifizieren.

Tabelle 5.12 Schrittweise multiple Regressionsanalyse: Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27), Emotionsregulationsstrategien (CERQ) und Therapieeffekt ($n = 45$)

	Therapieeffekt				
	<i>B</i>	<i>SE (B)</i>	β	T	<i>P</i>
Akzeptanz (SEK-27)	-2.27	.73	-.55	-3.10	.003
Selbstunterstützung (SEK-27)	1.88	.64	.56	2.93	.005
Relativieren (CERQ)	-.38	.16	-.38	-2.42	.020
R^2	29 %				

Anmerkungen. Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

Die durchgeführten Untersuchungen konnten zeigen, dass eine hohe Emotionsregulationskompetenz einen positiven Einfluss auf den Therapieeffekt hatte. Auch bei älteren Erwachsenen scheint sich wie in anderen Altersgruppen ein negativer Zusammenhang zwischen der Emotionsregulationskompetenz und depressiver Symptomatik zu bestätigen (siehe Abschnitt 3.3.3). Die Förderung und damit die häufigere Nutzung von adaptiven Strategien spielen bei der Behandlung der Depression in dieser Altersgruppe möglicherweise eine größere Rolle als bisher vermutet wurde. Anhand der Regressionsanalyse konnten erstmals spezifische Kompetenzen und Strategien identifiziert werden, die möglicherweise bei der Behandlung der Depression im Alter eine besondere Rolle spielen. Es konnte gezeigt werden, dass gering ausgeprägte Akzeptanz und Relativieren sowie eine hohe Selbstunterstützung zu Beginn einer Depressionsbehandlung mit einem höheren Therapieeffekt einhergingen. Diese Strategien und Kompetenzen scheinen einen relevanten Einfluss auf den Therapieeffekt zu haben und liefern somit

einen ersten Hinweis auf die Bedeutung dieser Kompetenzen und Strategien im Hinblick auf die Behandlung der Depression im höheren Erwachsenenalter.

Abschließend wurden die Fremdbeurteilungen durch die psychotherapeutisch Behandelnden zur Schwere der depressiven Symptomatik und zur emotionalen Kompetenz explorativ betrachtet (siehe Abschnitt 3.3.2.5). Im Fokus dieser Untersuchung stand die Frage nach der Höhe der Übereinstimmung zwischen den Selbstbeurteilungen der Patient:innen und den Fremdbeurteilungen der Behandelnden. Ermittelt wurde die Beurteilungsübereinstimmung zwischen den Einschätzungen zur depressiven Symptomatik (GDS) sowie zum Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz und zu den einzelnen Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27). Die Beurteilungsübereinstimmungen wurden anhand von Intraklassenkorrelationen zu Beginn sowie am Ende der Behandlung untersucht. Die Interkorrelationen zwischen den Selbst- und Fremdbeurteilungen werden in Tabelle 5.13 dargestellt.

Bezüglich der Güte der Beurteilungsübereinstimmung konnte zunächst gezeigt werden, dass alle signifikanten Korrelationen zum Messzeitpunkt T1 und T2 positive Zusammenhänge zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung aufwiesen. Die Beurteilungsübereinstimmung bei der Einschätzung der depressiven Symptomatik war zum Messzeitpunkt T2 höher als zu T1. Beide Werte befanden sich im hohen Bereich. Bei der Beurteilung der Emotionsregulationskompetenzen lagen die Interkorrelationen zu beiden Messzeitpunkten im unteren Bereich. Zum Messzeitpunkt T1 zeigten sich signifikante Koeffizienten bei Akzeptanz und Resilienz, die allerdings als gering einzustufen sind. Zum Messzeitpunkt T2 erhöhte sich die Anzahl der signifikanten Koeffizienten. Neben Akzeptanz und Resilienz zeigen sich am Ende der Behandlung auch Körperwahrnehmung und Klarheit sowie der Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz als statistisch signifikant. Allerdings sind auch diese Koeffizienten als eher gering einzuschätzen.

Tabelle 5.13 Beurteilungsbereinstimmung zwischen den Patient:innen und Behandelnden. Intraklassenkorrelationen der depressiven Symptomatik (GDS) und Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27) zum Messzeitpunkt T1 und T2

	ICCunjust T1	ICCunjust T2
GDS	.42**	.65***
Aufmerksamkeit	-.08	.24
Körperwahrnehmung	.04	.30*
Klarheit	-.02	.34*
Verstehen	.12	.17
Akzeptanz	.31*	.25*
Resilienz	.31*	.27*
Konfrontationsbereitschaft	.12	.16
Selbstunterstützung	.22	.08
Regulationskompetenz	.18	.24
Gesamtwert SEK-27	.16	.29*

Anmerkungen. Fragebogens zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27), Geriatrische Depressionsskala (GDS)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Depression im Alter diskutiert und zusammengefasst. Es werden Stärken und Limitationen dieser Untersuchung aufgeführt und aus den Limitationen zentrale Implikationen für zukünftige Forschungsvorhaben abgeleitet. Abschließend werden theoretische und klinisch-praktische Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen. Dafür werden u. a. Überlegungen zur Konzeption eines altersspezifischen Behandlungsprogramms zur Förderung emotionaler Kompetenzen vorgenommen.

6.1 Diskussion der Befunde

Der Aufbau der Diskussion orientiert sich an der Reihenfolge, wie sie in den Fragestellungen und Hypothesen (siehe Abschnitt 3.6) sowie in den Ergebnissen (siehe Kapitel 5) dargestellt wurde. Zunächst werden die Befunde zum Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Wohlbefinden in der Allgemeinbevölkerung sowie der Vergleich der depressiven Patient:innen mit gesunden Befragten im höheren Lebensalter diskutiert. Abschließend wird der Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf den Erfolg einer klinischen Depressionsbehandlung betrachtet.

6.1.1 Fragestellung 1: Emotionsregulation und Wohlbefinden

Ziel der Untersuchung war es, einen Eindruck über die Rolle der Emotionsregulation im Hinblick auf den Affekt und das Wohlbefinden im Alter zu gewinnen.

Dafür wurde eine naturalistische Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (Gruppe 2) hinsichtlich des Zusammenhangs von Emotionsregulationskompetenzen, Emotionsregulationsstrategien und verschiedenen Affektvariablen untersucht. Zur besseren Differenzierung wurde darüber hinaus eine Gruppe gesunder Studienteilnehmender aus der naturalistischen Stichprobe extrahiert und zusätzlich bezüglich spezifischer Fragestellungen untersucht. Affektvariablen, die in die Analysen einbezogen wurden, waren positiver und negativer Affekt, Depression und Wohlbefinden. Das Wohlbefinden wurde anhand des Stimmungsniveaus und der allgemeinen Lebenszufriedenheit operationalisiert. In zusätzlichen Analysen wurde der Frage nachgegangen, ob Emotionsregulation neben bekannten Faktoren wie soziale Kontakte oder psychische Belastungen einen relevanten Beitrag zum Wohlbefinden leistet.

Deskriptive Analyse der Affekte, Emotionsregulationskompetenzen und -strategien

Im Einklang mit anderen Studien (Barrick et al., 1989; Carstensen et al., 2000; Charles, et al., 2001; Gross et al., 1997; Mroczek & Kolarz, 1998) weisen die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass der positive Affekt im Alter eine stabile Größe darstellt und dass Menschen im höheren Lebensalter besonders erfolgreich in der Aufrechterhaltung der positiven Affektivität sind. Anhand der verschiedenen Affektskalen konnte gezeigt werden, dass im Alter positiver Affekt deutlich häufiger als negativer Affekt erlebt wird (siehe Tabelle 5.1).

Aber warum sind Menschen im höheren Lebensalter so erfolgreich darin, positiven Affekt und damit ihr Wohlbefinden zu steigern oder zumindest für eine gewisse Zeit zu stabilisieren? Eine wachsende Anzahl von Studien konnte zeigen, dass Menschen im höheren Lebensalter mithilfe von Emotionsregulationsstrategien Stresssituationen bewusst begrenzen bzw. vermeiden (Charles & Carstensen, 2007). Zwischenmenschliche Probleme sind die häufigsten und mit starker Belastung einhergehenden emotionalen Erfahrungen, die von jüngeren, mittleren und älteren Erwachsenen berichtet werden (Almeida & Horn, 2004). Nach der sozioemotionalen Selektivitätstheorie (Carstensen et al., 2007) verringern Menschen im höheren Lebensalter ihr soziales Netzwerk und legen ihren Fokus auf Beziehungen und Kontakte mit hoher emotionaler Bedeutsamkeit (siehe Abschnitt 3.3.2.4). Mit dem Ziel ihr Wohlbefinden im gegenwärtigen Moment zu steigern, wird zwar die Anzahl der sozialen Kontakte verringert, allerdings verbleiben nach dieser Selektion die Kontakte, durch welche soziale Eingebundenheit, Vertraulichkeit und Intimität erlebt werden – Kontakte, die einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden haben (Carstensen, 1992; Scheibe et al., 2009). Die vorliegenden Befunde werden vor dem Hintergrund der sozioemotionalen Selektion erklärt. Sie unterstützen zudem andere aktuelle Befunde, die ebenfalls davon ausgehen, dass

junge Alte bestrebt sind, ihr Wohlbefinden im gegenwärtigen Moment zu steigern bzw. aufrechtzuerhalten und sie zeigen, dass der Selektionsprozess für eine hohe emotionsregulatorische Kompetenz spricht (Carstensen et al., 2006; Charles & Carstensen, 2007).

Emotionsregulationskompetenzen, die mithilfe des SEK-27 erhoben wurden, befanden sich insgesamt im mittleren bis hohen Bereich (siehe Tabelle 5.2). Dieses Ergebnis stimmt mit vorherigen Forschungsergebnissen überein (Blanchard-Field, 2007; Carstensen et al., 2003) und spricht für die Annahme eines Zugewinns an emotionaler Kompetenz im Alter. Dieser Zugewinn ergibt sich zum einen durch die Lebenserfahrung, die den effektiven und funktionalen Einsatz von Emotionsregulationskompetenzen begünstigt und zum anderen dadurch, dass Menschen im höheren Lebensalter eine höhere Bereitschaft zeigen, ihre Emotionen dahingehend zu regulieren, dass das Wohlbefinden im gegenwärtigen Moment gesteigert oder zumindest stabilisiert wird (Carstensen et al., 2006; Charles & Carstensen, 2007). Es zeigten sich bezüglich der Häufigkeit des Einsatzes der verschiedenen Kompetenzen nur geringe Unterschiede. Die Kompetenz, deren Einsatz am häufigsten berichtet wurde, war die Klarheit von Emotionen. Die Menschen im höheren Lebensalter schätzen ihre Fähigkeit, die eigenen Emotionen klar zu erkennen, demnach als besonders hoch ein. Diese Kompetenz liefert die Basis, um eine Emotion in einem nächsten Schritt zu benennen. Dadurch wird abgespeichertes Wissen zum Umgang mit dieser Emotion abgerufen und eine zielgerichtete Emotionsregulation erfolgt.

Der Einfluss von Emotionsregulationskompetenz auf den Affekt

Im Rahmen einer weiteren Untersuchung wurde der Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und Affekt untersucht. Dabei wurde aufgrund vorheriger Untersuchungen davon ausgegangen, dass positive Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz und positivem Affekt sowie Wohlbefinden vorliegen und negative Zusammenhänge mit negativem Affekt und Depression (Barnow et al., 2020; Charles & Carstensen, 2007; John & Gross, 2004; Orgeta, 2011). Wie erwartet, bestätigten die Ergebnisse die vermuteten Zusammenhänge: Je höher die Emotionsregulationskompetenz bei den Erwachsenen im höheren Lebensalter ausgeprägt war, desto höher waren der positive Affekt und das Wohlbefinden und desto geringer waren negativer Affekt und depressive Symptome (siehe Tabelle 5.4).

Um einen ersten Eindruck davon zu erhalten, welche Kompetenzen im höheren Lebensalter eine Schutzfunktion gegenüber psychischen Belastungen einnehmen, wurden die Zusammenhänge der Kompetenzen und der Affektvariablen im Einzelnen betrachtet. Kompetenzen, die sich über alle Affektvariablen hinweg als

bedeutsam erwiesen, waren Akzeptanz, Regulationskompetenz und Resilienz (siehe Tabelle 5.4 & 5.5). Diese werden im Folgenden ausführlich diskutiert.

Vorherige Forschungsbefunde, die zeigten, dass Akzeptanz eine besonders bevorzugte und effektive Strategie im höheren Lebensalter darstellt, konnten repliziert werden (Barnow et al., 2019; Charles et al., 2009; Scheibe et al., 2015; Schirda et al., 2016). Es wird davon ausgegangen, dass Akzeptanz besonders dann effektiv ist, wenn eine Situation als wenig kontrollierbar wahrgenommen wird. Beispielsweise dann, wenn Personen das Gefühl haben, dass die belastende Situation nicht mehr durch aktive Maßnahmen beeinflussbar ist. Im höheren Lebensalter kommt es immer häufiger zu solchen Situationen, in denen ein Kontrollverlust wahrgenommen wird, wie beispielsweise beim Verlust von Bezugspersonen oder bei schweren Erkrankungen (siehe Abschnitt 3.3.2.4). Belastende Emotionen, die in diesen Situationen entstehen, zuzulassen, für eine gewisse Zeit bewusst zu erleben und zu akzeptieren, scheint besonders im höheren Lebensalter hilfreich bei der Verringerung des negativen Affekts und depressiver Symptome zu sein (Barnow et al., 2019). Ein akzeptierender Verarbeitungsstil kann als eine Komponente des erfolgreichen Alterns verstanden werden (Brassen et al., 2012; Scheibe et al., 2015) sowie als protektiver Faktor gegenüber psychischen Belastungen wie Depressionen oder Angststörungen (Ehring et al., 2008; Eifert & Heffner, 2003; Hofmann et al., 2010).

Auch die Relevanz der Regulationskompetenz konnte vormals bereits gezeigt werden. Studien, die das frühe und mittlere Erwachsenenalter hinsichtlich emotionsregulativer Kompetenzen und deren Einfluss auf negativen Affekt und depressive Symptomatik untersucht haben, fanden ebenfalls negative Zusammenhänge mit Regulationskompetenz (Radkovsky et al., 2014; Wirtz et al., 2014). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung liefern erste Hinweise darauf, dass Regulationskompetenz auch im höheren Erwachsenenalter einen relevanten Einfluss besonders auf den positiven Affekt hat. Allerdings zeigen sich ebenso negative Zusammenhänge mit negativem Affekt und Depression, sodass davon ausgegangen werden kann, dass eine systematische Förderung dieser Kompetenz einerseits zur Steigerung des Wohlbefindens und andererseits zur Verringerung des Risikos, eine Depression zu entwickeln, beitragen kann.

Die Ergebnisse dieser Studie stimmen mit früheren Befunden zu negativen Zusammenhängen zwischen den Kompetenzen Akzeptanz und Regulationskompetenz und negativem Affekt bzw. depressiven Symptomen in gesunden, aber auch in klinischen Stichproben überein (Barnow et al., 2019; Ehring et al., 2008; Eifert & Heffner, 2003; Hofmann et al., 2010; Radkovsky et al., 2014; Wirtz et al., 2014). Sie gehen allerdings über die bisherigen Forschungsbefunde hinaus, indem sie erstmals einen Hinweis darauf liefern, dass Resilienz im höheren Lebensalter

eine bedeutende Strategie in Bezug auf depressive Symptome darstellt. Resilienz stellte sich in dieser Studie als Kompetenz mit den höchsten Zusammenhängen zu allen Affektvariablen heraus.

Dass Resilienz besonders im höheren Lebensalter einen Beitrag zur Aufrechterhaltung eines positiven Selbstwertgefühls und damit auch zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens leistet, ist nicht gänzlich neu (Staudinger, Freund, Linden & Maas, 1996; Staudinger & Greve, 2001). Staudinger, Marsiske und Baltes (1993) formulierten in diesem Kontext neben den zwei bekanntesten Aspekten von Resilienz – der Wiederherstellung des Funktionsniveaus nach einem erlebten Trauma und dem Erhalt des Funktionsniveaus trotz einschränkender Umstände – einen dritten Aspekt, der sich spezifisch auf Personen im höheren Lebensalter bezieht. Sie bezeichnen diesen dritten Aspekt als „Verlustmanagement“ und verstehen darunter die Fähigkeit, zur Verfügung stehende Ressourcen nicht mehr für Wachstumsprozesse aufzuwenden, sondern diese Ressourcen eher in Anpassungsprozesse zu investieren, um mit dem Alter einhergehende Verluste bestmöglich zu kompensieren.

Die zusätzliche Untersuchung lediglich der gesunden Personen aus der Allgemeinbevölkerung bestätigte die Relevanz der drei Kompetenzen Akzeptanz, Regulationskompetenz und Resilienz. Des Weiteren wurde die Relevanz durch multiple Regressionsanalysen bestätigt (siehe Tabelle 5.5). Alle drei Kompetenzen erwiesen sich bezüglich des Wohlbefindens im höheren Erwachsenenalter als signifikante Prädiktoren und werden als prädiktiv valide betrachtet. Es konnte gezeigt werden, dass bei Erwachsenen im höheren Lebensalter ein vergleichsweise hoher Anteil des Wohlbefindens durch diese drei Kompetenzen erklärt werden kann.

Der Einfluss von Emotionsregulationsstrategien auf den Affekt

Mit dem SEK-27 wurde ein breites Spektrum emotionaler Kompetenzen erfasst, die zum größten Teil der eigentlichen Regulation von Emotionen vorausgehen. Emotionen werden zunächst einmal wahrgenommen und korrekt identifiziert und ein Auslöser für die Emotion wird ausfindig gemacht. Erst in einem weiteren Schritt kommt es dann zur eigentlichen Regulation der Emotion, bei der verschiedene Strategien eingesetzt werden. Neben den emotionalen Kompetenzen werden mit dem SEK-27 zwei Strategien erfasst: Akzeptanz und gezielte Regulation von Emotionen. Um den Einfluss weiterer Strategien zu untersuchen, wurde der CERQ eingesetzt, der verschiedene kognitive Emotionsregulationsstrategien erfasst. Dabei wird zwischen adaptiven sowie maladaptiven Strategien unterschieden. Zu den in der gegenwärtigen Literatur als eher adaptiv klassifizierten Strategien gehören Akzeptanz, positive Refokussierung, Refokussierung

auf Planung, positive Neubewertung und Relativieren. Zu den maladaptiven Strategien gehören Selbstbeschuldigung, Rumination, Katastrophisieren und Andere beschuldigen.

Die Ergebnisse zeigen, dass gesunde Menschen im höheren Lebensalter häufiger adaptive als maladaptive Strategien einsetzen (siehe Tabelle 5.3). Dieser Befund repliziert die Ergebnisse von Schirda et al. (2016), die ebenfalls fanden, dass gesunde Erwachsene im höheren Lebensalter häufiger adaptive als maladaptive Strategien nutzen. Der häufigere Einsatz von adaptiven Strategien kann damit erklärt werden, dass im höheren Erwachsenenalter die Optimierung des Wohlbefindens ein Ziel ist, das immer mehr an Bedeutung gewinnt (Carstensen et al., 1999). Adaptive Strategien ermöglichen es, angemessen und bedürfnisorientiert auf affektauslösende Situationen zu reagieren. Ausgelöster Affekt wird dahingehend reguliert, dass bewusst Einfluss darauf genommen wird, welche Emotionen wann und in welcher Intensität empfunden werden (Gross & Feldman Barret, 2011). Die Fähigkeit, Emotionen situationsangemessen und bedürfnisorientiert durch den Einsatz von adaptiven Strategien zu regulieren, wird eng mit Wohlbefinden verknüpft (Gross, 1998b; Gross & John, 2003). Mit dem Ziel der Affektoptimierung werden demnach im Alter vermehrt adaptive Strategien verwendet, da damit aktiv Einfluss auf die Dauer und Intensität emotionaler Zustände genommen werden kann und so positiver Affekt und Wohlbefinden aufrechterhalten bzw. gesteigert werden (Thompson, 1994).

Der vermehrte Einsatz adaptiver Strategien entspricht zudem der Idee des Positivitätseffekts, der in Abschnitt 3.3.2.4 beschrieben wurde. Es kann davon ausgegangen werden, dass gesunde Menschen im höheren Lebensalter positive Reize präferieren, um ihr Wohlbefinden im gegenwärtigen Moment zu steigern und ihre emotionale Balance aufrechtzuerhalten. Um dies zu erreichen, nutzen sie häufiger adaptive Strategien, da diese eine affektoptimierende Wirkung haben und sich positiv auf das Wohlbefinden auswirken. Der vermehrte Einsatz adaptiver Strategien basiert dabei nicht lediglich auf Erfahrungen, die im Verlauf des Lebens gemacht wurden, sondern scheint, nach dem Positivitätseffekt, vielmehr eine Folge altersspezifischer motivationaler Veränderungen zu sein (Reed & Carstensen, 2012).

Des Weiteren wurde der Zusammenhang zwischen den Emotionsregulationsstrategien und den verschiedenen Affektvariablen untersucht (siehe Tabelle 5.6). Aufgrund vorheriger Untersuchungen wurde davon ausgegangen, dass positiver Affekt und Wohlbefinden hoch mit adaptiven Regulationsstrategien assoziiert sind, während der negative Affekt und Depression stärker von maladaptiven Strategien beeinflusst werden (Barnow et al., 2020; Charles & Carstensen, 2007;

Garnefski et al., 2002a; Garnefski & Kraaij, 2006; Gross & John, 2003; Orgeta, 2011).

Die erwarteten Zusammenhänge konnten in der vorliegenden Untersuchung größtenteils bestätigt werden. Es zeigte sich, dass positive Refokussierung, positive Neubewertung und Relativieren die höchsten Zusammenhänge mit dem positiven Affekt und dem Wohlbefinden aufwiesen, weshalb diese Zusammenhänge im Folgenden diskutiert werden.

Um den positiven Affekt und das Wohlbefinden aufrechtzuerhalten, beschäftigen sich Menschen im höheren Lebensalter beim Erleben belastender Ereignisse gedanklich mit anderen, angenehmeren Dingen. Sie lenken sich von dem negativen Ereignis ab und vermeiden die gedankliche Auseinandersetzung (siehe Abschnitt 3.3.2.4). Neben dieser positiven Refokussierung, die auch als Ablenkung beschrieben werden kann, scheint bei der Aufrechterhaltung des positiven Affekts ebenso die positive Neubewertung eine bedeutende Rolle zu spielen. Dabei wird einem belastenden Ereignis aus der Vergangenheit gedanklich eine positive und weniger belastende Bedeutung zugeschrieben. Darüber hinaus hat der Vergleich eines belastenden Ereignisses mit anderen negativen Ereignissen einen Einfluss auf den positiven Affekt und das Wohlbefinden. Durch dieses Relativieren wird das Ereignis aus einer anderen Perspektive betrachtet und, gemessen an subjektiv schlimmeren Ereignissen, gedanklich heruntergespielt. Das Relativieren hat anteilig außerdem einen vermeidenden Charakter, da keine Auseinandersetzung mit dem belastenden Ereignis stattfindet, sondern lediglich ein leidvolleres Ereignis in den Vordergrund rückt, das möglicherweise bereits akzeptiert wurde. Relativieren wird im Allgemeinen als adaptive Strategie bezeichnet, während Vermeidung als eher maladaptiv betrachtet wird. Diese Klassifikation kann sinnvoll sein, muss aber im Rahmen einer flexiblen Emotionsregulation überprüft werden. Auf den aktuellen Ansatz der Emotionsregulationsflexibilität und auf die Idee, die Effektivität von Regulationsstrategien situationsbezogen zu erfassen, wurde in Abschnitt 3.3.2.3 eingegangen. Es ist zukünftig zu untersuchen, inwiefern altersspezifische Unterschiede bezüglich der Effektivität bestimmter Regulationsstrategien existieren. Denkbar wäre es, dass die Vermeidung sich beispielsweise mit bestimmten Themen wie Tod und Vergänglichkeit auseinandersetzen, einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden hat und emotionales Gleichgewicht fördert. In diesem Falle ist zu klären, ob bei der häufigen Anwendung dieser Strategie im Alter von einem eher maladaptiven emotionsregulatorischen Stil gesprochen werden kann oder ob die Adaptivität dieser Strategie abhängig vom Kontext und vom Ziel des Individuums variiert (Aldao et al., 2016; Barnow et al., 2020).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen Zusammenhänge zwischen positiver Refokussierung und Relativieren sowie Wohlbefinden und betonen damit die Relevanz dieser beiden Strategien für die adaptive Regulation von Emotionen im höheren Erwachsenenalter. Damit unterstützen sie vorherige Forschungsbefunde, die ebenfalls zeigten, dass gesunde Menschen im höheren Lebensalter häufiger Strategien wie Ablenkung oder Vermeidung zur Regulation von Emotionen nutzen (Charles et al., 2009; Phillips et al., 2008; Scheibe et al., 2015). Erklärt werden diese Befunde damit, dass im hohen Alter altersbezogene Ressourcenverluste kompensiert werden. Ein Großteil der Ressourcen wird genutzt, um das Wohlbefinden zu stabilisieren und das emotionale Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Strategien wie Ablenkung, Vermeidung oder Akzeptanz nehmen einen geringen Teil der kognitiven Ressourcen in Anspruch und werden aus diesem Grund von Erwachsenen im höheren Lebensalter zur Regulation belastender Emotionen möglicherweise häufiger genutzt.

Über die bisherigen Forschungsbefunde hinaus leisten die Ergebnisse dieser Studie einen Beitrag zur Klärung der Bedeutung von positiver Neubewertung im höheren Erwachsenenalter. Zur Rolle dieser Strategie liegen derzeit heterogene Befunde vor: Einige Studien konnten zeigen, dass im Alter positive Neubewertung im Vergleich zu anderen Strategien bevorzugt angewendet wird (Garnefski & Kraaij, 2006; John & Gross, 2004). Andere Studien weisen darauf hin, dass Menschen im höheren Lebensalter seltener Neubewertung nutzen, da diese Strategie eher zu den kognitiv aufwendigeren Strategien gehört (Charles et al., 2009; Scheibe et al., 2015). In der vorliegenden Untersuchung wurden moderat positive Zusammenhänge zwischen positiver Neubewertung und positivem Affekt sowie Wohlbefinden gefunden. Damit werden bisherige Befunde, die von der Relevanz dieser Strategie zur Stabilisierung des Wohlbefindens im Alter und somit von einer häufigeren Nutzung durch gesunde Menschen im höheren Lebensalter ausgehen, unterstützt (Garnefski & Kraaij, 2006; John & Gross, 2004).

Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass positive Neubewertung im höheren Erwachsenenalter in einem positiven Zusammenhang mit positivem Affekt steht und das Wohlbefinden beeinflusst. Zukünftig sollte allerdings untersucht werden, ob sich die bisherigen heterogenen Befunde tatsächlich gegenseitig ausschließen. Ob positive Neubewertung im Vergleich zu anderen Strategien im Alter bevorzugt oder aufgrund hoher kognitiver Beanspruchung eher vermieden wird, ist möglicherweise abhängig von intraindividuellen Faktoren. Vorstellbar ist es, den Einfluss verschiedener moderierender Faktoren, wie Bildungsniveau, oder Persönlichkeitsmerkmale, wie Offenheit für neue Erfahrungen, zu untersuchen.

Akzeptanz hat sich besonders im höheren Lebensalter als bedeutsamer Faktor für Wohlbefinden herausgestellt (Barnow et al., 2019; Brassen et al., 2012).

Umso erstaunlicher und entgegen den Erwartungen war es, dass die Akzeptanz als Emotionsregulationsstrategie in dieser Untersuchung keine bedeutende Rolle spielte und sich lediglich schwache Zusammenhänge zeigten. Im Rahmen der Untersuchung der Emotionsregulationskompetenzen zeigte sich allerdings ein stark positiver Zusammenhang mit dem positiven Affekt und moderat positive Zusammenhänge mit Wohlbefinden. Eine mögliche Erklärung kann in der Auswahl der Erhebungsverfahren liegen. Emotionsregulationskompetenzen wurden mit dem SEK-27 und Emotionsregulationsstrategien mit dem CERQ erhoben. Denkbar wäre es, dass die gefundenen Unterschiede darauf zurückzuführen sind, dass beide Verfahren eine unterschiedliche Konzeptualisierung von Akzeptanz vornehmen. Beim CERQ wird Akzeptanz als eine Strategie konzeptualisiert, bei der das Individuum ein belastendes Ereignis eher passiv hinnimmt: „Ich denke, dass ich lernen muss, damit zu leben.“ (Loch et al., 2011). Diese Beschreibung kommt eher einer Resignation gleich, in der das belastende Ereignis nicht legitimiert, sondern eher geduldet oder passiv ertragen wird. Der SEK-27 konzeptualisiert Akzeptanz als eine aktive Strategie, die eine gewisse Zustimmung mit der Situation vermittelt: „...konnte ich auch negative Gefühle annehmen“ (Berkling & Znoj, 2008). Diese Beschreibung hat eher einen mitwirkenden Charakter und wird möglicherweise deshalb als adaptiv aufgefasst, was das unterschiedliche Ergebnis in beiden Verfahren erklären könnte.

Die Zusammenhänge der verschiedenen Regulationsstrategien mit Depression replizieren weitgehend die Befunde aus anderen Altersgruppen: Als adaptiv klassifizierte Strategien korrelieren negativ, als maladaptiv klassifizierte Strategien korrelieren positiv mit depressiven Symptomen (Berkling et al., 2010; Garnefski & Kraaij, 2006; Gross, 1999; Gross & Levenson, 1997). Die Zusammenhänge mit den als adaptiv klassifizierten Strategien fielen mit Ausnahme für Katastrophisieren insgesamt höher aus als jene mit maladaptiven Strategien. Die Zusammenhänge mit den maladaptiven Strategien fielen so gering aus, dass es lediglich schwache Zusammenhänge zur Depressivität, zumindest bei den Menschen im höheren Lebensalter aus der Allgemeinbevölkerung, zu geben scheint. Strategien, die zwar den höchsten Einfluss, aber nichtdestotrotz lediglich schwache Korrelationen zeigten, waren Katastrophisieren, positive Refokussierung und positive Neubewertung. Bei gesunden Menschen im höheren Lebensalter scheint somit eher die Förderung adaptiver Strategien eine Schutzfunktion gegenüber depressiver Symptomatik darzustellen. Erstaunlich war zudem die schwache Korrelation von Depression und Selbstbeschuldigung in dieser Altersgruppe. Ein vermindertes Selbstwertgefühl und Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit stellen, zumindest im jungen und mittleren Erwachsenenalter, Kriterien zur diagnostischen Entscheidungsfindung einer depressiven Störung dar und werden als

ein häufiger Bestandteil der depressiven Symptomatik angesehen (Hautzinger, 2000). Möglicherweise spielen Symptome auf der imaginativ-kognitiven Ebene bei der Depression im Alter eine weniger relevante Rolle als Symptome beispielsweise auf der motorisch-behavioralen Ebene, wie eine geringe Aktivitätsrate oder wie Symptome auf der physiologisch-vegetativen Ebene, wie Energielosigkeit, Schlafstörungen oder Appetitverlust (Hegeman et al., 2015).

Entgegen den Erwartungen zeigten sich zwar schwache, aber dennoch signifikant positive Zusammenhänge zwischen Depression und Akzeptanz. Auch hier kann die Erklärung in der Konzeptualisierung der Akzeptanz durch den CERQ liegen. Wird Akzeptanz eher als Resignation verstanden, dann ließe sich dadurch die unerwartete Wirkrichtung bei einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung erklären.

Die berichteten Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationsstrategien und den verschiedenen Affektvariablen zeigten sich sowohl in der naturalistischen Stichprobe als auch in der Tendenz bei den gesunden Personen aus der Allgemeinbevölkerung und bekräftigen damit die Ergebnisse.

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie ergänzt die bestehende Literatur, indem sie die verschiedenen Emotionsregulationskompetenzen und -strategien in der gleichen Untersuchung miteinbezieht und ihren gemeinsamen Beitrag am Wohlbefinden untersucht. Des Weiteren wurden erstmals Daten von Emotionsregulationskompetenzen sowie von Emotionsregulationsstrategien an einer vergleichsweise großen Stichprobe von Personen im höheren Erwachsenenalter aus der Allgemeinbevölkerung erhoben.

Vorherige Studien konnten zeigen, dass gesunde Menschen im höheren Lebensalter häufiger positiven Affekt als negativen Affekt erleben (Barrick et al., 1989; Carstensen et al., 2000; Charles et al., 2001; Gross et al., 1997; Mroczek & Kolarz, 1998) und dass es bei jungen Alten zu einem Zuwachs an emotionaler Kompetenz kommt (Blanchard-Field, 2007; Carstensen et al., 2003). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ergebnisse dieser Studie die aufgeführten Befunde replizieren und somit einen Beitrag zur Klärung der derzeit heterogenen Befundlage leisten.

Bezüglich der Emotionsregulationskompetenzen zeigten sich die erwarteten Zusammenhänge: Je höher die Emotionsregulationskompetenz, desto höher das Wohlbefinden und desto geringer depressive Symptome. Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Bedeutsamkeit von Akzeptanz und Regulationskompetenz zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens im höheren Erwachsenenalter und konnte darüber hinaus zeigen, dass sich Resilienz ebenfalls zur Steigerung des

Wohlbefindens sowie als protektiver Faktor bezüglich depressiver Symptome eignet.

Neben den Emotionsregulationskompetenzen wurden zusätzlich spezifische Emotionsregulationsstrategien untersucht. Vorherige Befunde, die zeigten, dass gesunde Menschen im höheren Lebensalter häufiger adaptive als maladaptive Strategien einsetzen, konnten repliziert und die Ergebnisse in aktuelle Konzepte und Theorien zum emotionalen Altern eingebettet werden. Bei der Aufrechterhaltung des Wohlbefindens, aber auch bei der Verringerung depressiver Symptome scheinen die als adaptiv klassifizierten Strategien positive Neubewertung, positive Refokussierung und Relativieren eine bedeutende Rolle zu spielen. Die bevorzugte Nutzung der positiven Refokussierung und des Relativierens im Alter konnte damit bestätigt werden. Des Weiteren konnte ein Beitrag zum besseren Verständnis der noch unklaren Rolle der positiven Neubewertung im höheren Erwachsenenalter geleistet werden. Die Ergebnisse geben zudem einen Hinweis darauf, dass möglicherweise die Förderung von positiver Refokussierung und positiver Neubewertung, beispielsweise im Rahmen von Präventionsprogrammen, das Risiko eine Depression im Alter zu entwickeln, verringert.

Ziel der Studie war es, einen ersten übergeordneten Eindruck über Zusammenhänge von Emotionsregulation und Wohlbefinden im höheren Erwachsenenalter zu gewinnen. Das Wissen über diese Zusammenhänge kann zum einen genutzt werden, um beispielsweise altersspezifische Präventionsmaßnahmen zu konzipieren, die das Risiko, eine Depression im Alter zu entwickeln, verringern. Zum anderen ist dieses Wissen besonders relevant im Bereich der Therapie und Behandlung von älteren Patient:innen, die bereits unter Depressionen leiden. Die Ergebnisse erlauben erste Hinweise darauf, dass Emotionsregulation eine bedeutende Rolle auch im höheren Erwachsenenalter spielt. Emotionsregulationskompetenz steht in einem Zusammenhang mit der Depression im höheren Erwachsenenalter und hat auch in dieser Altersgruppe Einfluss auf das Wohlbefinden. Darüber hinaus erweist sie sich bezüglich des Wohlbefindens als prädiktiv valide. Bemerkenswert und von praktischer Bedeutung ist zudem, dass Emotionsregulationskompetenz nach Berücksichtigung von Aktivitäten und Kontakten sowie psychischer Belastungen eine zusätzliche Verbesserung der Prognose ermöglicht. Außerdem erweist sie sich als einer der besten bivariaten Prädiktoren bezüglich des Wohlbefindens (siehe Tabelle 5.7). Die Förderung der emotionsregulativen Kompetenz ist dementsprechend auch im höheren Erwachsenenalter sinnvoll. Einen vielversprechenden Ansatz zur Förderung stellen möglicherweise Programme oder Maßnahmen dar, die auf das Training emotionaler Regulationskompetenzen und spezifischer Strategien wie Akzeptanz, Resilienz oder positive

Neubewertung abzielen und dabei die spezifischen Bedürfnisse der Altersgruppe berücksichtigen.

6.1.2 Fragestellung 2: Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen Menschen mit und ohne Depression

Um Unterschiede in der Emotionsregulationskompetenz, in den einzelnen Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation und in der Nutzung spezifischer Emotionsregulationsstrategien von Menschen im höheren Erwachsenenalter mit und ohne Depression zu untersuchen, wurden aktuell depressive Patient:innen, die sich am Anfang einer tagesklinischen Depressionsbehandlung befanden, mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen.

Vergleich von Emotionsregulationskompetenzen zwischen Menschen im höheren Erwachsenenalter mit und ohne Depression

Das erste Ziel bestand in der Untersuchung von Unterschieden zwischen Menschen im höheren Lebensalter mit und ohne Depression hinsichtlich der Emotionsregulationskompetenz und in den einzelnen Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation. Wie erwartet, zeigten Menschen im höheren Lebensalter mit einer Depression eine geringere Emotionsregulationskompetenz als Menschen ohne Depression. Auch bei der Betrachtung der einzelnen Regulationskompetenzen zeigten sich Unterschiede: Depressive Menschen im höheren Lebensalter wiesen eine geringere Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Klarheit, Verstehen, Akzeptanz, Resilienz, Konfrontationsbereitschaft, Selbstunterstützung und Regulation von Emotionen auf als Menschen im höheren Lebensalter ohne Depression (siehe Abbildung 5.1). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit vorherigen Befunden aus anderen Altersgruppen, die bei Menschen mit Depression im Vergleich zu Menschen ohne depressive Erkrankung ebenfalls Kompetenzdefizite auf allen Ebenen des adaptiven Regulationsprozesses fanden (Berking et al., 2014; Catanzaro et al., 2000; Ehret, 2014; Ehring et al., 2008; Hofmann et al., 2011; Honkalampi et al., 1999; Kahn & Garrison, 2009; Radkovsky et al., 2014; Rude & McCarthy, 2003; Shallcross et al., 2010).

Im Rahmen einer zusätzlichen Analyse wurde zudem untersucht, welche Kompetenzen im höheren Lebensalter einen Einfluss auf die depressive Symptomatik haben und zur einer Verringerung der Symptomatik effektiv beitragen. Dabei erwiesen sich Aufmerksamkeit, Akzeptanz und Resilienz als bedeutsam. Es

zeigte sich, dass erhöhte Aufmerksamkeit und verringerte Akzeptanz sowie Resilienz mit dem Status einer depressiven Störung im Alter assoziiert waren (siehe Tabelle 5.8). Diese Kompetenzen werden im Folgenden ausführlich diskutiert.

Entgegen den Erwartungen scheint eine erhöhte Aufmerksamkeit für Emotionen eine depressive Störung im höhere Lebensalter zu begünstigen. Menschen im höheren Lebensalter, die vermehrt auf ihre Emotionen achteten und ihnen Aufmerksamkeit schenkten, berichteten von einer stärkeren depressiven Symptomatik. Die Fähigkeit, einen affektiven Zustand bewusst wahrzunehmen und ihn in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken, stellt konzeptuell allerdings eine Voraussetzung dar, um belastende Emotionen zu benennen und im nächsten Schritt adaptiv zu regulieren (Berking, 2017). In anderen Altersgruppen konnten bereits Hinweise auf die Effektivität dieser Kompetenz im Hinblick auf die Reduktion depressiver Symptome gefunden werden (Baer, 2003; Berking & van Känel, 2007). Möglicherweise scheint die Auseinandersetzung und Beschäftigung mit den eigenen Emotionen im höheren Erwachsenenalter einen gegenteiligen Effekt zu haben. Ein Kohorteneffekt wird dabei nicht vollständig ausgeschlossen. Viele ältere Menschen sind noch in einer Kultur aufgewachsen, in der Emotionen wenig Wertschätzung und Bestätigung erfahren haben. Die Auseinandersetzung und letztlich ebenso das Sprechen über Emotionen wurde von der Generation, die sich jetzt im höheren Lebensalter befindet, im Verlauf ihres Lebens aus gesellschaftlichen, historischen oder sozial-normativen Gründen häufig vermieden. Aufgrund dieser Vermeidung fand eine Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen über den Verlauf des Lebens häufig nicht gewohnheitsmäßig statt (Radebold, 1992). Infolge emotionaler Problematiken, die mit dem Alter einhergehen können, kann es zu Verunsicherungen und Irritationen kommen. Diese werden im ungünstigsten Fall als persönliche Schwäche oder Versagen bewertet, was wiederum zu einer Verschlechterung der Stimmung beiträgt und über die Etablierung von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (z. B. Konsum von Alkohol, exzessives Ruminieren, sozialer Rückzug) die Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Symptomatik begünstigen kann (Tagay, Gunzelmann & Brähler, 2009).

Die bewusste Vermeidung, sich mit den eigenen Emotionen auseinanderzusetzen, kann auch innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung Probleme bereiten. Beunruhigende oder beängstigende Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen werden von Betroffenen häufig dem natürlichen Alterungsprozess zugeschrieben. Wenn die Probleme massiver werden, greift die „schweigende Generation“ aufgrund bestimmter Sozialisationserfahrungen in Kindheit und Jugend auf dysfunktionale Überzeugungen zurück. Dazu kann u. a. die Annahme gehören, dass das Sprechen über und die Auseinandersetzung mit Emotionen

eine Schwäche und eher ein Problem als eine Lösung darstellen. Die Überzeugung, dass affektive Schwierigkeiten eine persönliche Angelegenheit sind, die ausschließlich eigenständig und autonom bewältigt werden, kann die psychotherapeutische Behandlung und einen adaptiven Regulationsprozess erschweren oder sogar verhindern (Radebold, 1992).

Eine weitere Erklärung dafür, dass depressive Menschen im höheren Lebensalter von einer vermehrten Aufmerksamkeit für die eigenen Emotionen berichten, kann darin liegen, dass es aufgrund der vermehrten Beschäftigung mit den eigenen Emotionen zu einer ruminativen Verarbeitung von emotionalen Inhalten kommt. Dieser ruminative Verarbeitungsstil hätte negative Auswirkungen auf die Stimmung und würde die depressive Symptomatik begünstigen (Nolen-Hoeksema, 2000).

Der Prozess der effektiven Emotionsregulation stellt nach dem Modell der adaptiven Emotionsregulation, das in Abschnitt 3.3.2.1 beschrieben wurde, ein situationsadaptives Zusammenspiel der unterschiedlichen Emotionsregulationskompetenzen dar. Die ersten Schritte in diesem Prozess sehen vor, dass Emotionen zunächst bewusst wahrgenommen werden, ihnen Aufmerksamkeit geschenkt wird und sie korrekt benannt werden, damit in einem weiteren Schritt eine Analyse der Ursache stattfinden kann. Bei älteren Menschen mit Depressionen, die sich vermehrt mit ihren belastenden Emotionen auseinandersetzen, kann es sich um ein Kompetenzdefizit handeln, das die Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung im Alter fördert. Die Berücksichtigung dieses Kompetenzdefizits kann im Rahmen des therapeutischen Prozesses dahingehend erfolgen, dass psychoedukativ zunächst die Rolle von Emotionen als Ausdruck unbefriedigter Bedürfnisse erläutert wird. Zudem sollte bei Menschen im höheren Lebensalter die Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen entstigmatisiert und deutlich gemacht werden, wie ein adaptiver Umgang mit Emotionen auch im Alter zum Wohlbefinden beiträgt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen drauf hin, dass bei Menschen im höheren Lebensalter Kompetenzdefizite in Akzeptanz und Resilienz die Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung begünstigen. Es konnte gezeigt werden, dass Menschen im höheren Lebensalter, die Akzeptanz und Resilienz seltener anwendeten, über eine signifikant höhere depressive Symptomatik berichteten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Defizite im Bereich dieser beiden Kompetenzen im höheren Erwachsenenalter mit dem Status einer depressiven Störung assoziiert waren.

Studien, die gesunde Menschen im höheren Lebensalter untersucht haben, zeigten bereits den positiven Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Wohlbefinden (siehe Abschnitt 5.1 und Barnow et al., 2019; Schirda et al., 2016).

Dabei wurde deutlich, dass Akzeptanz, im Vergleich zu anderen, eine der häufigsten Strategien von gesunden Menschen im höheren Lebensalter darstellt und der Steigerung oder Stabilisierung des Wohlbefindens dient. Die Bedeutung dieser Strategie im Alter kann dadurch erklärt werden, dass Akzeptanz, besonders in weniger kontrollierbaren Situationen, eine effektive Strategie darstellt (Nakamura & Orth, 2005). Es wird davon ausgegangen, dass es im Alter häufiger zu unkontrollierbaren Situationen kommt, z. B. beim Verlust der Partner:innen oder bei einer schweren Erkrankung. Bestehen Kompetenzdefizite bei der adaptiven Anwendung von Akzeptanz im Hinblick auf die Bewältigung altersspezifischer Herausforderungen, erhöht sich die Vulnerabilität für depressive Störungen.

Ebenso sind Kompetenzdefizite im Bereich der Resilienz bei einer Depression im höheren Lebensalter stärker ausgeprägt als bei gleichaltrigen Menschen ohne Depression. Dass niedrige Resilienz mit einer höheren psychischen Belastung assoziiert ist, ist bereits aus anderen Altersgruppen gut bekannt (Hu, Zhang & Wang, 2015; Noeker & Petermann, 2008; Pechmann, Petermann, Brähler, Decker & Schmidt, 2015; Wagner et al., 2017). Allerdings untersuchten nur wenige Studien diesen Zusammenhang im höheren Erwachsenenalter. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung replizieren die Befunde aus anderen Altersgruppen und unterstützen die Annahme, dass eine verringerte Resilienz auch im Alter bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung eine relevante Rolle spielt (Wermelinger, Ávila, Lucchetti & Lucchetti, 2017). Dabei wird Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit verstanden, die den Erwerb bzw. Erhalt altersspezifischer Fähigkeiten und Kompetenzen beinhaltet. Diese altersspezifischen Fähigkeiten ermöglichen die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, die mit dem Alter einhergehen und haben einen stabilisierenden Einfluss auf das Wohlbefinden (Schoon, 2006). Ein Kompetenzdefizit im Bereich der Resilienz verringert das Funktions- und Anpassungsniveau, wodurch altersspezifische Entwicklungsaufgaben oder belastende Lebensereignisse gar nicht oder nur schwer bewältigt werden. Als Folge dieses Kompetenzdefizits treten psychische Problematiken auf und das Risiko, eine depressive Störung zu entwickeln, erhöht sich.

Vergleich von Emotionsregulationsstrategien zwischen Menschen im höheren Erwachsenenalter mit und ohne Depression

Des Weiteren wurden Unterschiede in der Nutzung einzelner Emotionsregulationsstrategien zwischen depressiven und gesunden Menschen im höheren Lebensalter untersucht. Mit den Ergebnissen dieser Untersuchung wurden vorherige Forschungsbefunde aus anderen Altersgruppen repliziert (siehe

Abschnitt 3.3.3). Es konnte gezeigt werden, dass auch im höheren Erwachsenenalter Menschen mit einer Depression im Vergleich zu Menschen ohne eine Depression häufiger maladaptive und seltener adaptive Regulationsstrategien einsetzen. Wie erwartet, berichteten depressive im Vergleich zu gesunden Menschen im höheren Lebensalter von signifikant höherer Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren, Beschuldigung anderer und Ruminieren und von geringerer positiver Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positiver Neubewertung und Relativieren.

Eine Ausnahme bildete die Akzeptanz, bei der sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigte (siehe Abbildung 5.2). Dieses Ergebnis entsprach nicht den Erwartungen, da sich im Rahmen der Emotionsregulationskompetenzen signifikante Unterschiede in der Nutzung der Akzeptanz zwischen depressiven und gesunden Menschen im höheren Lebensalter zeigten. Eine mögliche Erklärung kann in der Auswahl des Erhebungsverfahrens liegen. Emotionsregulationskompetenzen wurden mit dem SEK-27 erfasst und Regulationsstrategien mit dem CERQ. Beide Verfahren gehen von einer unterschiedlichen Konzeptualisierung der Akzeptanz aus. Dabei hat Akzeptanz im CERQ eher einen resignativen Charakter. Bei der Anwendung von Akzeptanz wird in diesem Verständnis ein belastendes Ereignis eher geduldet und passiv hingenommen. Im SEK-27 wiederum hat Akzeptanz eher einen aktiven und mitwirkenden Charakter (zur ausführlichen Erläuterung siehe Abschnitt 6.1.1). Diese unterschiedlichen Konzeptualisierungen können ein Grund sein, dass kein Gruppenunterschied im Bereich der Emotionsregulationsstrategien gefunden wurde.

Im Rahmen des Gruppenvergleichs ergaben sich die größten Unterschiede zwischen den Menschen im höheren Erwachsenenalter mit und ohne Depression in der Nutzung von Ruminieren und Katastrophisieren. In einer zusätzlichen Analyse, in der untersucht wurde, welche Strategien relevante Schutz- oder Risikofaktoren bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung darstellen, wurde dieses Ergebnis bestätigt (siehe Tabelle 5.9). Auch hier zeigte sich, dass eine häufige Nutzung von Ruminieren und Katastrophisieren mit höherer depressiver Symptomatik assoziiert war. Zudem zeigte sich, dass soziale Kontakte als protektiver Faktor fungierten. Dieser Befund entspricht der sozioemotionalen Selektivitätstheorie (Carstensen et al., 1999), die in Abschnitt 3.1.3 erläutert wurde. Danach erhöhen Beziehungen und Kontakte mit emotionaler Bedeutsamkeit das Wohlbefinden im höheren Erwachsenenalter und werden somit als Puffer gegenüber psychischen Belastungen verstanden.

Dass Ruminieren eine problematische Strategie im Zusammenhang mit depressiven Symptomen darstellt, wurde bereits in anderen Altersgruppen mehrfach gezeigt (Barnow et al., 2016; Nolen-Hoeksema, 2000; Olatunji et al., 2013;

Papageorgiou & Wells, 2003; Zhou et al., 2020). Dabei führte die grüblerische Auseinandersetzung mit belastenden Ereignissen und depressiven Symptomen sowie deren Ursachen und Konsequenzen zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiederkehr depressiver Stimmungen und somit zur Förderung depressiver Störungen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung tragen dazu bei, dass Rumination nicht ausschließlich als Symptom einer depressiven Störung betrachtet, sondern dass die ätiologische Relevanz eines ruminativen Verarbeitungsstils in den Fokus gerät und diesbezüglich diskutiert werden kann (Nolen-Hoeksema, 1991).

In anderen Studien, in denen das frühe und mittlere Erwachsenenalter fokussiert wurde, wurden Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren und positive Neubewertung als Strategien identifiziert, anhand derer sich die Gruppenzugehörigkeit prädiktiv bestimmen ließ (Garnefski et al., 2002a). Dabei nutzten Menschen mit Depression im Vergleich zu Personen ohne Depression signifikant häufiger Selbstbeschuldigung und Katastrophisieren und seltener positive Neubewertung. Die Ergebnisse dieser Untersuchung replizieren diese Befunde dahingehend, dass sie zeigen, dass Katastrophisieren auch im hohen Alter eine relevante Strategie darstellt und dass der vermehrte Einsatz dieser Strategie in Bezug auf die depressive Symptomatik altersunspezifisch ist.

Zusammenfassung

Durch die vorliegende Studie wird der aktuelle Forschungsstand dadurch ergänzt, dass Emotionsregulationskompetenzen und eine hohe Anzahl verschiedener Regulationsstrategien von depressiven und gesunden Menschen im höheren Lebensalter in einer Studie betrachtet und in diesem Kontext ihr Beitrag an der Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Störung im Alter untersucht wurde.

Wie bereits Studien aus anderen Altersgruppen zeigen konnten, scheinen sich Menschen mit Depression und ohne Depression auch im höheren Erwachsenenalter bezüglich ihrer Emotionsregulationskompetenz zu unterscheiden (siehe Abschnitt 3.3.3). In der vorliegenden Studie zeigten sich bei depressiven im Vergleich zu gesunden Menschen im höheren Lebensalter Beeinträchtigungen auf allen Ebenen des adaptiven Emotionsregulationsprozesses. Eine erhöhte Aufmerksamkeit auf Emotionen sowie eine verringerte Akzeptanz und Resilienz scheinen auf der Ebene der Emotionsregulationskompetenz ein wichtiges Differenzierungsmerkmal darzustellen.

Beim Vergleich verschiedener Regulationsstrategien zeigten sich ebenfalls Unterschiede zwischen den Gruppen. Vorherige Befunde, die zeigen konnten, dass Menschen mit Depression im Vergleich zu Menschen ohne Depression häufiger maladaptive und seltener adaptive Strategien einsetzten, konnten repliziert

werden. Außerdem unterstützen die vorliegenden Ergebnisse die Annahme, dass soziale Kontakte auch im Alter einen protektiven Faktor gegenüber psychischen Belastungen darstellen.

Über den bisherigen Forschungsstand hinaus konnte die vorliegende Studie die Relevanz der Emotionsregulation im Zusammenhang mit depressiver Psychopathologie auch im höheren Erwachsenenalter zeigen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Defizite im Bereich bestimmter Kompetenzen und eine verringerte Nutzung adaptiver Strategien im Zusammenhang mit depressiven Störungen im Alter stehen. Dies im psychotherapeutischen Kontext zu berücksichtigen, kann einen relevanten Beitrag zur Verringerung der depressiven Symptomatik leisten und sollte im Rahmen interventiver Strategien eine Rolle spielen.

6.1.3 Fragestellung 3: Emotionsregulation und Depression

Um den Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf die Schwere der depressiven Symptomatik bei älteren Menschen mit Depressionen zu untersuchen, wurden Patient:innen, die sich in einer klinischen Depressionsbehandlung befanden, betrachtet. Dafür wurden Unterschiede zwischen älteren Patient:innen mit hoher und niedriger Emotionsregulationskompetenz hinsichtlich des Therapieeffekts untersucht. Es sollte die Frage beantwortet werden, ob Emotionsregulationskompetenz einen Einfluss auf die Schwere der depressiven Symptomatik während einer Depressionsbehandlung in dieser Altersgruppe hat. Ein weiteres Ziel dieser Studie bestand darin, einzelne Emotionsregulationskompetenzen und -strategien zu identifizieren, die einen relevanten Einfluss auf den Therapieeffekt haben und die depressive Symptomatik vor, während und nach der Behandlung verringern und als Puffer fungieren. Abschließend wurde untersucht, wie hoch die Übereinstimmung zwischen den Selbstbeurteilungen der Patient:innen und den Fremdbeurteilungen der Behandelnden hinsichtlich der depressiven Symptomatik und der Emotionsregulationskompetenz ist. Dafür wurde die Beurteilungsübereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilungen bestimmt.

Die Auswirkung von Emotionsregulationskompetenz auf die Schwere der Symptomatik im Verlauf einer Depressionsbehandlung

Im ersten Schritt konnte eine Analyse der Beziehungsstruktur zwischen Emotionsregulationskompetenz und Depression zeigen, dass zu allen drei Messzeitpunkten ein hoher negativer Zusammenhang vorlag. Dieses Ergebnis repliziert vorherige Studienbefunde aus anderen Altersgruppen, die ebenfalls einen negativen Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und depressiver

Symptomatik fanden (Aldao et al., 2010; Berking et al., 2013; Berking et al., 2014; Campbell-Sills et al., 2006a; Garnefski et al., 2002a; Goodman, 2007; Klemanski et al., 2017; Radkovsky et al., 2014).

Auch bei Erwachsenen im höheren Alter scheint die Fähigkeit, aktiv Einfluss auf die Entstehung und Bewertung sowie auf den Verlauf von Emotionen zu nehmen, die depressive Symptomatik zu Beginn und am Ende einer Depressionsbehandlung zu verringern. Sogar nach der Behandlung zeigte sich dieser Zusammenhang: Der Gesamtwert der Emotionsregulationskompetenz sowie die depressive Symptomatik stabilisierten sich drei Monate nach der Entlassung und blieben auf einem vergleichbaren Niveau. Zukünftige Studien müssen allerdings klären, ob der Zuwachs an Regulationskompetenz auch mittel- und langfristig bestehen bleibt und ob sich weiterhin ein negativer Zusammenhang zwischen der depressiven Symptomatik und der Fähigkeit, Emotionen adaptiv zu regulieren, in dieser Altersgruppe zeigt.

Um die Frage zu beantworten, ob Emotionsregulationskompetenz einen Einfluss auf die Schwere der depressiven Symptomatik während einer Depressionsbehandlung im höheren Erwachsenenalter hat, wurden Patient:innen mit hoher und niedriger emotionaler Kompetenz hinsichtlich des Therapieeffekts miteinander verglichen. Hier zeigte sich, dass sich Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz im Vergleich zu Patient:innen mit geringer Kompetenz zu Beginn, am Ende sowie drei Monate nach einer klinischen Depressionsbehandlung hinsichtlich des Depressionswertes signifikant voneinander unterschieden. Bei der Betrachtung der einzelnen Messzeitpunkte wurde deutlich, dass Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz bereits zu Beginn der Behandlung niedrigere Depressionswerte aufwiesen, als Patient:innen mit geringer Kompetenz. Beide Gruppen befanden sich bei der Aufnahme zwar im Bereich einer leichten bis mäßigen Depression, allerdings lagen die Patient:innen mit geringer Kompetenz knapp unterhalb der Grenze einer schweren Depression. Dieser Befund könnte ein Hinweis darauf sein, dass emotionale Kompetenz einen protektiven Faktor darstellt, der die depressive Symptomatik schon vor der Behandlung auf einem geringeren Niveau hält und die belastende Wirkung der Symptomatik verringert.

Auch innerhalb der Behandlung zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen: Während sich bei Patient:innen mit geringer Emotionsregulationskompetenz die depressive Symptomatik innerhalb der Behandlung nur gering verbesserte und zu Beginn sowie am Ende an der Grenze zu einer schweren Depression befand, zeigte sich bei den Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz eine deutliche Verbesserung der Symptomatik im Behandlungszeitraum. Diese Patient:innen befanden sich zu Beginn ihrer Behandlung im

Mittel im Bereich einer leichten bis mäßigen Depression und konnten am Ende als unauffällig klassifiziert werden. Drei Monate nach der Behandlung stieg der Depressionswert bei diesen Patient:innen zwar leicht an, blieb aber immer noch im Bereich eines unauffälligen Befundes. Bei den Patient:innen mit niedriger Emotionsregulationskompetenz blieb der Depressionswert nach der Behandlung zwar stabil, allerdings lag er nach wie vor bei einem vergleichbar hohen Niveau wie zur Entlassung. Diese Patient:innen profitierten weniger von der Behandlung und zeigten nach der Entlassung eine ausgeprägte Residualsymptomatik (siehe Abbildung 5.3).

Dieses Ergebnis wurde auch durch die Fremdbeurteilungen der Behandelnden bestätigt. Auch hier zeigte sich, dass bei den Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz die Depressionswerte zu Beginn der Behandlung geringer eingeschätzt wurden und dass diese stärker von der Behandlung profitierten als Patient:innen mit geringer Kompetenz (siehe Abbildung 5.4). Emotionale Kompetenz kann daher auch im höheren Erwachsenenalter als persönliche Ressource mit depressionsverringender Wirkung verstanden werden. Das Risiko einer Exazerbation der depressiven Symptomatik scheint sich auch in dieser Altersgruppe durch einen adaptiven Umgang mit den eigenen Emotionen zu verringern.

Die Hypothese, dass ältere Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz stärker von einer Depressionsbehandlung profitieren, konnte durch die aufgeführten Befunde bestätigt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Emotionsregulationskompetenz auch bei Patient:innen im höheren Lebensalter einen Einfluss auf die depressive Symptomatik hat und den Erfolg einer Therapie maßgeblich beeinflussen kann. Die Hypothese, dass emotionale Kompetenz die Symptomatik bereits zu Beginn einer Depressionsbehandlung beeinflusst, konnte ebenfalls bestätigt werden. Hier zeigte sich ein starker negativer Zusammenhang, der einen weiteren Hinweis auf die Relevanz der emotionalen Kompetenz und auf einen möglichen Entstehungsfaktor und aufrechterhaltenden Faktor der Depression im Alter liefert.

Die Förderung der emotionalen Kompetenz, in Form eines spezifischen Interventionsprogramms, war kein standardmäßiger Bestandteil der klinischen Depressionsbehandlung, die die Patient:innen in dieser Untersuchung erhielten. Lediglich innerhalb einer psychoedukativen Achtsamkeitsgruppe, die einmal wöchentlich angeboten wurde, wurden grundlegende Kenntnisse über den achtsamen Umgang mit Emotionen vermittelt. Ein möglicher Effekt dieses Gruppenangebots auf den Therapieerfolg kann nicht ausgeschlossen werden. Diese Annahme sowie das Ergebnis dieser Untersuchung sollten Anlass zu der Überlegung geben, dass die standardmäßige Förderung der emotionalen Kompetenz im Rahmen einer

Depressionsbehandlung ein wirksamer Baustein zur kurz- und längerfristigen Verringerung der Symptomatik sein kann. Nachfolgende Interventionsstudien sollten den Nutzen eines spezifischen Programms zur Förderung der emotionalen Kompetenz in dieser Altersgruppe klären. Offen bleibt die Frage, welche Kompetenzen und Strategien in einem spezifischen Programm gefördert werden sollten, um die Wirksamkeit klinischer Depressionsbehandlungen zu verbessern.

Der Einfluss von Emotionsregulationskompetenzen und -strategien auf den Therapieeffekt

Ausgehend von den aufgeführten Befunden wurden im nächsten Schritt spezifische Kompetenzen und Strategien identifiziert, die einen Einfluss auf den Therapieeffekt hatten und bei Erwachsenen im höheren Lebensalter als Risiko- oder Schutzfaktoren gegenüber der depressiven Symptomatik fungieren. Um einen ersten Eindruck zu bekommen, wurden zunächst die korrelativen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kompetenzen, Strategien und der depressiven Symptomatik zu Beginn der Behandlung betrachtet (siehe Tabelle 5.11). Es zeigten sich hohe negative Zusammenhänge zwischen den Kompetenzen Aufmerksamkeit, Klarheit, Akzeptanz, Resilienz, Konfrontationsbereitschaft, Selbstunterstützung und Regulationskompetenz. Bei den Strategien zeigte sich bei positiver Refokussierung, Refokussierung auf Planung und bei positiver Neubewertung ein hoher negativer Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik. Bei den Strategien fällt auf, dass die Strategien, die hoch negativ mit der depressiven Symptomatik zu Beginn der Behandlung korrelierten, zu den in der gegenwärtigen Literatur als eher adaptiv bezeichneten Strategien gehören. In Studien, in denen College-Studierende und depressive Patient:innen aus anderen Altersgruppen untersucht worden waren, fanden sich eher schwache und inkonsistente Zusammenhänge zwischen einem verringerten Einsatz adaptiver Strategien und der Schwere der depressiven Symptome (Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Aldao et al., 2010; Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2005). In diesen Altersgruppen stellte der vermehrte Einsatz maladaptiver Strategien einen stabilen Prädiktor für die Schwere der depressiven Symptomatik dar. Im höheren Erwachsenenalter scheint dagegen eher der verringerte Einsatz von adaptiven Strategien ein auslösender und aufrechterhaltender Faktor zu sein.

Nolen-Hoeksema und Aldao (2011), die ebenfalls Erwachsene im höheren Alter untersuchten, fanden einen robusten Zusammenhang zwischen der vermehrten Nutzung maladaptiver Strategien und einer höheren Symptomausprägung und keinen Zusammenhang zwischen dem Einsatz adaptiver Strategien und depressiver Symptomatik. Diese Befunde konnten in der durchgeführten Untersuchung nicht repliziert werden. Vielmehr scheinen die Ergebnisse darauf hinzuweisen,

dass eher die verringerte Nutzung der adaptiven Strategien und weniger die häufigere Nutzung maladaptiver Strategien die depressive Symptomatik maßgeblich beeinflusst. Dieses Nutzungsprofil begünstigte bei den untersuchten älteren Erwachsenen die Schwere der depressiven Symptomatik. Ausgehend davon scheint bei depressiven Patient:innen im höheren Erwachsenenalter weniger die Verringerung maladaptiver Strategien als die Förderung adaptiver Strategien ein wirksames und sinnvolles Behandlungskonzept darzustellen. Diese Erkenntnisse sollten besonders im Rahmen von Präventionsprogrammen, die für Menschen im höheren Erwachsenenalter konzipiert werden, Berücksichtigung finden.

Offen bleibt allerdings die Frage, warum sich die Befunde unterscheiden. Die Abweichung kommt möglicherweise durch einen Unterschied in den untersuchten Stichproben zustande. Nolen-Hoeksema und Aldao (2011) rekrutierten Männer und Frauen aus der Allgemeinbevölkerung. Die depressive Symptomatik dieser Studienteilnehmenden wurde anhand von Fragebögen im Selbstbericht erfasst. In der vorliegenden Untersuchung wurden Patient:innen untersucht, bei denen die Diagnose einer affektiven Störung durch einen ausgebildeten psychotherapeutisch Behandelnden erfolgte. Zudem wurden in beiden Untersuchungen unterschiedliche Verfahren zur Erfassung der depressiven Symptomatik eingesetzt, was eine Vergleichbarkeit der beiden Stichproben erschwert. Allerdings werden anhand der Grenzwerte beider Verfahren, die Studienteilnehmenden in der Studie von Nolen-Hoeksema und Aldao (2011) im Mittel als nicht bis leicht depressiv klassifiziert, während die Studienteilnehmenden in der vorliegenden Untersuchung die Kriterien einer affektiven Störung erfüllten und als mäßig bis schwer depressiv bezeichnet werden konnten. Die Studienteilnehmenden in der vorliegenden Untersuchung waren demnach stärker durch die depressive Symptomatik belastet, was einen möglichen Erklärungsansatz für die unterschiedlichen Ergebnisse liefert.

Um Kompetenzen und Strategien, die die depressive Symptomatik während einer Behandlung beeinflussen, exakter zu bestimmen, wurde deren Relevanz am Therapieeffekt untersucht (siehe Tabelle 5.12). Hier zeigte sich, dass Akzeptanz (SEK-27), Selbstunterstützung (SEK-27) und Relativieren (CERQ) den stärksten Einfluss auf die Entwicklung der depressiven Symptomatik und damit auf den Therapieeffekt hatten.

Akzeptanz stellte sich als Kompetenz mit dem höchsten Einfluss heraus. Interessanterweise und entgegen der Erwartungen zeigte sich zwischen dem Einsatz von Akzeptanz zu Beginn der Behandlung und dem Therapieerfolg ein negativer Zusammenhang. Bei Patient:innen, die zu Beginn der Behandlung hohe Akzeptanzwerte aufwiesen, fiel der Therapieerfolg am Ende der Behandlung geringer aus. Dieses Ergebnis entsprach nicht den Erwartungen, da Akzeptanz

in der gegenwärtigen Literatur als eher adaptive Strategie beschrieben wird, die bei gesunden Menschen im höheren Lebensalter einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat und mit einer geringeren psychischen Belastung assoziiert ist (Barnow et al., 2019; Charles et al., 2009; Scheibe et al., 2015; Schirda et al., 2016). Dies zeigten auch die Ergebnisse aus der ersten Untersuchung, in der die Emotionsregulationskompetenzen von älteren Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung untersucht wurden (siehe Abschnitt 5.1). Bei dieser Stichprobe zeigte sich eine verhältnismäßig häufige Anwendung von Akzeptanz sowie die Bedeutsamkeit bei der Aufrechterhaltung des Wohlbefindens und des Stimmungsniveaus.

Zwar entsprach das Ergebnis dieser Untersuchung nicht den Erwartungen, allerdings konnten damit die Befunde von Kraaij et al. (2002b) repliziert werden, die ebenfalls fanden, dass ältere Patient:innen, die vermehrt Akzeptanz einsetzen, über eine stärkere Ausprägung der depressiven Symptomatik berichteten. Die Befunde von Kraaij et al. (2002b) und die der vorliegenden Untersuchung stehen damit im Einklang mit dem erweiterten Prozessmodell von Gross (2015), das in Abschnitt 3.3.2.1 beschrieben wurde. Dieses Modell folgt dem Ansatz der Emotionsregulationsflexibilität, wonach Emotionsregulationsstrategien nicht per se in adaptiv oder maladaptiv eingeteilt werden. Die Adaptivität einer Strategie ist abhängig vom Kontext und von den Zielen des Individuums. Die Beurteilung der Effektivität sollte nach diesem Modell in Abhängigkeit von der Situation erfolgen.

Akzeptanz wird allgemein als adaptive Strategie verstanden. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass Akzeptanz tatsächlich nur dann wirklich hilfreich ist, wenn keine Kontrolle über den emotionsauslösenden Faktor besteht, beispielsweise beim Tod einer nahestehenden Bezugsperson. In solchen Situationen kann es hilfreich sein, das Ereignis an sich und die Emotionen, die dadurch ausgelöst werden, zunächst einmal zu akzeptieren. In kontrollierbaren Situationen, in denen ein belastendes Ereignis veränderbar ist, würde Akzeptanz eine Veränderung des emotionslösenden Ereignisses eher verhindern und die belastenden Emotionen, die mit dem Ereignis einhergehen, aufrechterhalten (Barnow et al., 2019). Auch in anderen Studien konnte gezeigt werden, dass eine eigentlich adaptive Strategie wie das Neubewerten zu höheren Depressionswerten führte, wenn Stresssituationen kontrollierbar waren (Troy et al., 2017). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stehen im Einklang mit diesen Befunden. Kommt es bei depressiven Patient:innen im höheren Erwachsenenalter zur Akzeptanz ihrer depressiven Störung, beispielsweise aufgrund der Überzeugung, dass die Lebenszeit zu begrenzt für eine Veränderung sei, würden Maßnahmen

zur Veränderung gar nicht erst eingeleitet. Durch das Akzeptieren und Tolerieren der depressiven Symptome würden therapeutische Hilfsangebote nicht oder erst sehr spät in Anspruch genommen werden. Das kann zur Aufrechterhaltung und langfristig zur Verschlechterung der Symptomatik führen und mit hohen psychischen Beeinträchtigungen einhergehen. Wird die Depression nicht als ernsthafte und behandlungsbedürftige Erkrankung anerkannt, kann die Akzeptanz einen guten Nährboden für die depressive Symptomatik darstellen. Die Akzeptanz der depressiven Symptomatik würde eher einer Resignation gleichkommen und die Patient:innen würden ihre Erkrankung als unausweichlich bewerten und sich in die Situation fügen, anstatt zu versuchen, diese aktiv zu verbessern. Sie resignieren unter dem fälschlicherweise bezeichneten Synonym der Akzeptanz.

Die Befunde dieser Untersuchung relativieren nicht den häufig beschriebenen Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Wohlbefinden bei gesunden Erwachsenen im höheren Lebensalter (siehe Abschnitt 5.1 und Barnow et al., 2019). Allerdings weisen sie auf einen möglichen Unterschied zwischen gesunden und depressiven Erwachsenen im höheren Erwachsenenalter hin, der die spezifische Wirkung der Akzeptanz betrifft.

Auch beim Relativieren zu Beginn der Behandlung zeigte sich ein negativer Zusammenhang mit dem Therapieeffekt. Beim Relativieren wird anhand eines Vergleichs mit anderen negativen Ereignissen die Belastung eines Ereignisses aus einer anderen Perspektive betrachtet und gedanklich heruntergespielt. Die Strategie des Relativierens ist der Neu- oder Umbewertung eines belastenden Ereignisses sehr ähnlich, allerdings wird beim Relativieren dem belastenden Ereignis gedanklich keine positive Bedeutung beigemessen, wie es bei der positiven Neubewertung der Fall ist. Aus der Neubewertung entsteht die Überzeugung, dass ein belastendes Ereignis zu persönlichem Wachstum führt. Beim Relativieren handelt es sich eher um eine Art Ablenkung bzw. um eine Vermeidung mit der Auseinandersetzung der Ursachen des belastenden Ereignisses. Bei Ereignissen, die für das Individuum unkontrollierbar sind, oder als kurzfristige Reaktion auf ein belastendes Ereignis kann diese Strategie hilfreich sein (Barnow et al., 2020). Im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer depressiven Störung scheint diese Strategie im höheren Erwachsenenalter allerdings eher einen gegenteiligen Effekt zu haben. Das Vermeiden, sich der auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der Symptomatik gewahr zu werden, verhindert möglicherweise ein aktives Hilfesuchverhalten. Es führt dazu, dass Patient:innen bezüglich einer Verringerung ihrer Symptome eine negative Erwartungshaltung entwickeln und therapeutische Unterstützung gar nicht erst in Anspruch nehmen. Möglicherweise kommt es in dieser Altersgruppe durch das Bewusstwerden der zeitlich begrenzten Lebenszeit dazu, dass Symptome einer depressiven Störung heruntergespielt werden und

Betroffene eine Behandlung nicht mehr für notwendig erachten. Depressive Symptome werden als Bestandteil des Älterwerdens betrachtet und das Alter wird als Schicksal erduldet. Das Relativieren der auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der depressiven Störung und letztlich auch der depressiven Symptome hat dann eher einen maladaptiven Charakter und würde zur Aufrechterhaltung und letztendlich zur Verschlechterung der Symptomatik beitragen.

Bei der emotionalen Selbstunterstützung zeigte sich erwartungsgemäß ein positiver Zusammenhang mit dem Therapieeffekt. Patient:innen, die sich zu Beginn der Behandlung häufiger emotional selbst unterstützen, profitierten stärker von der Therapie. Ein hohes Maß an Selbstunterstützung führte zu einer Verringerung der depressiven Symptomatik während der Behandlung und zeigt die hohe Relevanz der Strategie in dieser Altersgruppe.

Die emotionale Selbstunterstützung ist bereits Bestandteil verschiedener Interventionen wie dem Training emotionaler Kompetenzen von Berking (2017). Bei diesem Training steht die Fähigkeit, adaptiv mit verschiedenen belastenden Gefühlen umzugehen, im Fokus und wird mit verschiedenen Techniken und Interventionen gefördert. Die Förderung der emotionalen Selbstunterstützung nimmt innerhalb dieses Trainings einen vergleichsweise großen Raum ein, da sie in belastenden Situationen eine wichtige Grundlage für den kompetenten Umgang mit Emotionen darstellt. Viele Patient:innen kritisieren sich besonders stark in emotional hoch belastenden Situationen. Sie schämen sich für ihre Emotionen und werten sich im Zuge dessen massiv ab, was einen starken Einfluss auf den Umgang mit belastenden Emotionen hat (siehe Abschnitt 3.3.2.1). Die Förderung der emotionalen Kompetenz soll dieser Tendenz entgegenwirken und einen maladaptiven Umgang mit der Emotion verhindern (Berking, 2017).

Zusammengefasst lassen die Befunde darauf schließen, dass Akzeptanz bei depressiven Patient:innen im höheren Erwachsenenalter eher als Resignation erlebt wird. Auch Relativieren stellt angesichts einer veränderbaren Störungssymptomatik keine adaptive Strategie dar und führt eher zur Verschlechterung der Symptomatik. Daraus ergibt sich eine mögliche Erklärung für den negativen Zusammenhang mit dem Therapieeffekt und es wird deutlich, weshalb Patient:innen, die vor Beginn einer Behandlung häufiger Akzeptanz und Relativieren anwendeten, geringer von der psychotherapeutischen Behandlung profitierten. Durch die Akzeptanz der Erkrankung und das Relativieren der Symptome wurden maladaptive Denk- und Handlungsmuster von den Patient:innen internalisiert. Das primäre Ziel der Behandlung besteht nun zunächst einmal darin, diese Muster aufzudecken und sich ihrer Veränderung zu widmen. Diesem Prozess muss im Rahmen der Behandlung viel Zeit und Raum gewidmet werden und er kann für Patient:innen zunächst mit hoher emotionaler Belastung einhergehen. Die

Fortschritte, die während der Therapie erzielt werden, sind möglicherweise kleiner, was den geringeren Therapieeffekt erklärt. Eine weitere Strategie, die bei der Behandlung der Depression im höheren Erwachsenenalter eine entscheidende Rolle spielt, ist die emotionale Selbstunterstützung. Diese hatte einen positiven Einfluss auf den Therapieeffekt und kann als Ressource verstanden werden.

Emotionsregulationskompetenz und Depression in der Selbst- und Fremdbeurteilung

Im Bereich der klinisch-psychologischen Diagnostik hätte der standardmäßige Einsatz zusätzlicher Fremdbeurteilungsverfahren viele Vorteile. Patient:innen, die sich am Beginn einer klinischen Behandlung befinden, sind häufig stark belastet. Die Selbstbeurteilungsverfahren, die Patient:innen i. d. R. zu Beginn der Behandlung ausfüllen, sind umfangreich und sie erfordern einen hohen kognitiven Aufwand. Die Aussagen eines Selbstbeurteilungsverfahrens müssen gedanklich verarbeitet werden und es muss eine Entscheidung darüber getroffen werden, welche das Befinden am besten wiedergibt. Dieses Format kann emotional belastete Patient:innen stark beanspruchen. Die Fremdbeurteilungen durch die Behandelnden ersetzen in diesem Zusammenhang die Selbstbeurteilung der Patient:innen nicht gänzlich. Sie würden die Patient:innen aber zumindest in der Anfangsphase der Behandlung entlasten und trotzdem das Aufstellen von Arbeitshypothesen ermöglichen (Schmitt, Hübner & Maes, 2010).

Um den Einsatz eines Fremdbeurteilungsinstruments zur Erfassung der emotionalen Kompetenz zu untersuchen, wurden die Selbstbeurteilungen der Patient:innen und die Fremdbeurteilungen ihrer Behandelnden hinsichtlich der Einschätzung der depressiven Symptomatik und der Emotionsregulationskompetenz miteinander verglichen (siehe Tabelle 5.13). Dafür wurde untersucht, ob Unterschiede zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen vorliegen und wie hoch die Beurteilungübereinstimmungen zwischen beiden Urteilen sind. Dafür wurde anhand einer korrelativen Analyse die Beurteilungübereinstimmung zwischen den Selbstbeurteilungen der Patient:innen und den Fremdbeurteilungen der Behandelnden bezüglich der depressiven Symptomatik, des Gesamtwertes der Emotionsregulationskompetenz und der einzelnen Kompetenzen untersucht. Die Beurteilungübereinstimmung wurde zu Beginn sowie am Ende der Behandlung erfasst.

Bezüglich der depressiven Symptomatik zeigte sich, dass die Übereinstimmung zwischen den Selbst- und Fremdurteilen insgesamt im mittleren Bereich lag. Zu Beginn der Behandlung zeigte sich eine moderate Übereinstimmung zwischen den beiden Einschätzungen. Die Beurteilungübereinstimmung am Ende der Behandlung war höher als zu Beginn und befand sich im hohen Bereich.

Die Gründe für die insgesamt mittlere Beurteilungsübereinstimmung in der Beurteilung der depressiven Symptomatik sind vielfältig. Sie kann u. a. durch den *Effekt der Erwartung* erklärt werden. In Metanalysen wurde gezeigt, dass eine positive Erwartungshaltung der Patient:innen bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung ein Wirkfaktor sein kann, der zu kurzfristigen Verbesserungen der Symptomatik schon vor dem eigentlichen Beginn der Behandlung führt (Cuijpers et al., 2012; Lambert & Barley, 2001). Etwa 10 % der Patient:innen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen, profitieren klinisch bedeutsam bereits vor der ersten Sitzung und schätzen ihre Symptomschwere geringer ein (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986).

Allerdings sind auch andere Gründe für den Unterschied zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung vorstellbar. Schahn und Amelang (1992) untersuchten die Validität von Selbst- und Fremdbeurteilungen. Dafür führten sie Reanalysen von verschiedenen Datensatzpaaren durch und fanden überproportional häufig systematische Unterschiede. Sie vermuteten die Ursache für diese systematischen Unterschiede u. a. in der sozialen Erwünschtheit der untersuchten Eigenschaft. Galt die untersuchte Eigenschaft als sozial erwünscht bzw. unerwünscht, wurden häufiger bedeutsame Unterschiede gefunden. Bei Eigenschaften, die hinsichtlich der sozialen Erwünschtheit eher als neutral bewertet wurden, zeigten sich in der Regel keine signifikanten Unterschiede.

Bei den Untersuchungen von Schahn und Amelang (1992) sowie in der vorliegenden Untersuchung wird nicht von einer absichtsvollen und zielgerichteten Verfälschung der Ergebnisse durch die Patient:innen ausgegangen. Ihnen wurde ausführlich erläutert, dass es sich um eine Datenerhebung zu Forschungszwecken handelt und die Ergebnisse keine Auswirkung auf ihre Behandlung haben. Den Patient:innen wurde allerdings zu Beginn der Datenerhebung mitgeteilt, dass neben Selbst- auch Fremdbeurteilungen erhoben wurden. Vorstellbar ist es, dass die Patient:innen davon ausgingen, dass ein Vergleich der beiden Datensätze durchgeführt wurde. Aufgrund dieser Überzeugung kann sich zu Beginn der Behandlung die Motivation entwickelt haben, sich besser im Sinne der sozialen Erwünschtheit darzustellen und die Schwere der Symptome herunterzuspielen. Zudem kann die Angabe bestimmter depressiver Symptome wie beispielsweise Antriebslosigkeit und sozialer Rückzug besonders in der untersuchten Altersgruppe mit Scham verbunden sein und den Bericht beeinflussen.

Bei den Behandelnden kann ein ähnlicher Prozess zum entgegengesetzten Ergebnis geführt haben. Behandelnde verfügen über störungsspezifisches Fachwissen und über Erfahrung bei der Beurteilung von Art und Zeitabläufen einer depressiven Störung und der Wirksamkeit ihrer Behandlung (Keller, Ruppe,

Stieglit & Wolfersdorf, 1997). Sie verfügen über Fachwissen bezüglich depressionstypischer Symptome, während besonders ältere Patient:innen bestimmte Symptome wie beispielsweise eine gesteigerte Antriebslosigkeit möglicherweise einem natürlichen Alterungsprozess zuschreiben würden. Die Behandelnden könnten die möglichen Folgen bestimmter Symptome bei ihrer Beurteilung berücksichtigt und aufgrund ihrer Erfahrung typische Verläufe extrapoliert haben. Des Weiteren könnten sie den präventiven Nutzen einer Therapie fokussiert und die Relevanz für die Patient:innen aufgrund ihrer fachlichen Erfahrung erkannt haben.

Die höhere Beurteilungsübereinstimmung bei der Einschätzung depressiver Symptome am Ende der Behandlung kann ein Hinweis auf einen negativen Zusammenhang zwischen Symptomschwere und Beurteilungskompetenz sein. Generell wird die Inhaltsvalidität von Selbstbeurteilungsverfahren bei schwer depressiven Patient:innen in der Akutphase von verschiedenen Autor:innen in Frage gestellt (siehe Abschnitt 3.3.2.5 sowie Fischer-Kern et al., 2008; Gallwitz & Lehl, 1978; Paykel & Norton, 1986). Der Unterschied könnte demnach auf Effekte im Zusammenhang mit sozial erwünschten Antworttendenzen und auf die eingeschränkte Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit akut depressiver Patient:innen bei der Beurteilung ihrer Symptome zurückführbar sein (Fonagy et al., 2004; Matt et al., 1992; Shiota & Levenson, 2009).

Bei den Beurteilungsübereinstimmungen der einzelnen Emotionsregulationskompetenzen zeigten sich kaum zufriedenstellende Übereinstimmungen. Zu Beginn der Behandlung gab es signifikante Übereinstimmungen zwischen den Einschätzungen der Patient:innen und denen der Behandelnden bei zwei Kompetenzen: Bei Akzeptanz sowie bei Resilienz kam es zu Übereinstimmungen, allerdings konnten diese als schwach angesehen werden. Auch am Ende der Behandlung befanden sich die signifikanten Übereinstimmungen im schwachen Bereich. Allerdings erhöhte sich die Anzahl der signifikanten Übereinstimmungen. Neben Akzeptanz und Resilienz wurden auch bei Körperwahrnehmung und Klarheit vergleichbare Einschätzungen von Patient:innen und ihren jeweiligen Behandelnden vorgenommen.

Bei der Betrachtung des Gesamtwertes der Emotionsregulationskompetenz konnte gezeigt werden, dass die Urteile der Patient:innen und die der Behandelnden zu Beginn der Behandlung nicht übereinstimmten. Am Ende der Behandlung zeigte sich zwar eine signifikante, allerdings niedrige Übereinstimmung. Die höhere Beurteilungsübereinstimmung am Ende der Behandlung kann zum einen an einer geringeren Symptomschwere der Patient:innen liegen und zudem mit dem Effekt der Bekanntheit erklärt werden. Beide Möglichkeiten werden im Folgenden diskutiert.

Zu Beginn der Behandlung waren die Patient:innen durch die depressive Symptomatik stark belastet, sodass die Reflexionsfähigkeit und die Fähigkeit, emotionale Kompetenzen realistisch einzuschätzen, eingeschränkt war (Fischer-Kern, 2008; Fonagy et al., 2004; Gallwitz & Lehl, 1978; Matt et al., 1992; Shiota & Levenson, 2009). Am Ende der Behandlung verbesserte sich im Mittel die Symptomatik, was zu einer geringeren Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung und zu einer valideren Beurteilung der emotionalen Kompetenz geführt haben kann. Vorstellbar wäre es, dass sich die emotionalen Kompetenzen der Patient:innen während des Klinikaufenthaltes verbesserten und damit die Fähigkeit, das Ausmaß dieser Kompetenzen einzuschätzen.

Unabhängig von spezifischen Programmen werden emotionale Kompetenzen während einer Depressionsbehandlung für gewöhnlich automatisch gefördert. Während Einzel- und Gruppensitzungen wird das Konzept der Resilienz zunächst psychoedukativ erläutert und anhand der persönlichen Lebenssituation der Patient:innen betrachtet und gefördert. Dabei werden individuelle Ressourcen wieder in Erinnerung gerufen, die beim Umgang mit der Erkrankung auch nach der Behandlung hilfreich sind (z. B. Helfernetzwerk). Auch die Akzeptanz von belastenden, aber unveränderbaren Ereignissen, beispielsweise aus der Vergangenheit der Patient:innen, wird besonders in den Einzeltherapien mit den Behandelnden thematisiert. Außerdem wird in den Einzeltherapien ein individuelles Arbeitsmodell zu den auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der depressiven Störung aufgestellt. Patient:innen werden damit aktiv unterstützt, Klarheit über ihre Emotionen zu gewinnen und eine Analyse der Ursache vorzunehmen, um damit Ansatzpunkte zur Veränderung der belastenden Emotion zu bekommen. In Gruppenangeboten anderer Berufsgruppen wie der Ergotherapie, der Bewegungstherapie oder der Achtsamkeitsgruppe wird die Körperwahrnehmung der Patient:innen gefördert. Die Patient:innen werden damit beim korrekten Erkennen und Benennen von Emotionen unterstützt. Dies stellt eine Voraussetzung dar, um Emotionen ein semantisches Konzept zuzuordnen, ohne dass die Analyse der Ursache kaum möglich ist. Durch diese verschiedenen Ansatzpunkte zur Förderung der emotionalen Kompetenzen lernen Patient:innen sich und ihre Fähigkeiten besser kennen und steigern die Fähigkeit, emotionale Kompetenzen realistischer einzuschätzen. All dies kann zur höheren Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Patient:innen und denen der Behandelnden am Ende der Behandlung maßgeblich beigetragen haben.

Ein weiterer Grund für die höhere Beurteilungsübereinstimmung am Ende der Behandlung kann der *Effekt der Bekanntschaft* sein. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass Zusammenhänge zwischen Fremd- und Selbstbeurteilungen sogar dann bestehen, wenn die Fremdbeurteilenden nur über sehr

wenige Informationen (z. B. kurze Videosequenz, Aufnahme der Stimme, Fallbeschreibung) zu der entsprechenden Zielperson verfügen (Amelang & Bartussek, 2001; Funder & Colvin, 1988). Dieses Phänomen wird auch als *Consensus at Zero Acquaintance* bezeichnet. Grundsätzlich gilt aber, dass die Einschätzungen des Gegenübers umso akkurater ausfallen, je besser ihm die zu beurteilende Person bekannt ist. Die Validität von Persönlichkeitseinschätzungen steigt demnach mit zunehmender Bekanntheit (Spinath & Spinath, 2004).

Die Grundlage, auf der die Behandelnden ihre Einschätzung zu Beginn der Behandlung vornahmen, war ein Aufnahmegespräch, in dem es vornehmlich um die Einschätzung der Schwere der depressiven Symptomatik ging. Der Umgang mit belastenden Emotionen und die Nutzung der verschiedenen Emotionsregulationsstrategien wurden in diesem Gespräch zwar thematisiert, aber nicht fokussiert. Im Verlauf lernten die Behandelnden ihre Patient:innen dann besser kennen und konnten mehr Informationen in die Beurteilung am Ende der Behandlung einfließen lassen.

Eine weitere Erklärung für die geringen Beurteilungsübereinstimmungen zwischen Patient:innen und ihren Behandelnden hinsichtlich der emotionalen Kompetenz könnte darin liegen, dass die Beurteilung der emotionalen Kompetenz in der Routineversorgung noch wenig Anwendung findet. Patient:innen sowie Behandelnden fehlt es möglicherweise an Erfahrungen, dieses Konstrukt valide einzuschätzen. In dieser Untersuchung wurde der Einsatz der SEK-27 (Berking & Znoj, 2008) als Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung der emotionalen Kompetenz untersucht. Der geringe Drop-out liefert erste Hinweise für das Potential dieses Verfahrens. Die Untersuchung konnte zeigen, dass sich das Verfahren zum Einsatz in der klinischen Versorgung von Patient:innen, bei denen emotionale Problematiken einen Teil der Störungen ausmachen, grundsätzlich eignet und der Einsatz dieses Fremdbeurteilungsverfahrens in Ergänzung zur Selbstbeurteilung sinnvoll ist.

Zusammenfassung

Es konnte gezeigt werden, dass auch im höheren Erwachsenenalter eine höhere Regulationskompetenz, die eine aktive Einflussnahme auf die Dauer sowie die Intensität emotionaler Zustände erlaubt, einen positiven Einfluss auf depressive Symptome hat. Bei Patient:innen, bei denen ein emotionales Regulationsdefizit eine auslösende und aufrechterhaltende Bedingung darstellt, könnte eine individuelle und auf den jeweiligen Patient:innen zugeschnittene Zusatzbehandlung zur Förderung der emotionalen Kompetenz den Therapieerfolg verbessern. Allerdings bedarf es weiterer Forschung, um den spezifischen Einfluss der verschiedenen Regulationskompetenzen und -strategien zu klären. Dafür sollten

zukünftig randomisiert kontrollierte Interventionsstudien durchgeführt werden, bei denen systematisch untersucht wird, welchen Einfluss die Förderung emotionaler Kompetenz auf den Therapieerfolg am Ende einer Depressionsbehandlung bei älteren Erwachsenen hat. Zudem sollten weitere altersunspezifische Studien prüfen, welche Patient:innen von einem spezifischen Behandlungsangebot zur Förderung der emotionalen Kompetenz besonders profitieren und unter welchen Bedingungen ein Förderprogramm eine Depressionsbehandlung unterstützen kann. Vorstellbar ist es, dass Förderprogramme, je nach individueller auslösender und aufrechterhaltender Problematik der Patient:innen, als primäre Behandlung oder als *add-on* Baustein innerhalb einer konventionellen Depressionsbehandlung eingesetzt werden.

6.2 Zusammenfassung der Befunde

Um Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und Emotionsregulationsstrategien und depressiver Symptomatik im Alter zu gewinnen, wurden Personen aus der Allgemeinbevölkerung und Patient:innen, die sich in einer klinischen Depressionsbehandlung befanden, untersucht. Bei der Analyse wurde schrittweise vorgegangen: Um zunächst einen übergeordneten Eindruck zu erhalten, wurden die Zusammenhänge zwischen der Emotionsregulationskompetenz und verschiedenen Affektvariablen wie positiver und negativer Affekt, Depression und Wohlbefinden in der Allgemeinbevölkerung untersucht. Dabei zeigte sich im Einklang mit anderen Untersuchungen, dass positiver Affekt im Alter eine stabile Größe darstellt und häufiger als negativer Affekt erlebt wird (Barrick et al., 1989; Carstensen et al., 2000; Charles, et al., 2001; Gross et al., 1997). Zudem zeigte sich, dass bei Erwachsenen im höheren Alter Emotionsregulation einen relevanten Einfluss auf den positiven Affekt und das Wohlbefinden hatte. Kompetenzen, die dabei eine wichtige Rolle spielen, sind Akzeptanz, Regulationskompetenz sowie Resilienz. Bei den Emotionsregulationsstrategien hatten positive Refokussierung, Neubewertung und Relativieren den stärksten Einfluss auf das Wohlbefinden.

Im zweiten Schritt wurden Patient:innen in klinischer Depressionsbehandlung mit gesunden Kontrollen bezüglich ihrer Emotionsregulationskompetenz und der Nutzung spezifischer Emotionsregulationsstrategien verglichen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigten die Befunde aus anderen Altersgruppen und zeigten, dass auch bei depressiven im Vergleich zu gesunden Menschen im höheren Lebensalter Kompetenzdefizite auf allen Ebenen des adaptiven Regulationsprozesses vorlagen (Berking et al., 2014; Catanzaro et al., 2000; Ehret, 2014;

Ehring et al., 2008; Hofmann et al., 2011; Honkalampi et al., 1999; Kahn & Garrison, 2009; Radkovsky et al., 2014; Rude & McCarthy, 2003; Shallcross et al., 2010). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen machte sich besonders in der geringeren Resilienz und Akzeptanz von depressiven Menschen im höheren Lebensalter sowie in der gesteigerten Nutzung von Ruminaton und Katastrophisieren bemerkbar.

Abschließend wurde die Fragestellung, ob ein Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und Depression im Alter besteht, auf eine klinische Stichprobe übertragen. Dafür wurden ältere depressive Patient:innen zu Beginn und am Ende der Depressionsbehandlung sowie nach einem Follow-up von drei Monaten bezüglich der Entwicklung der depressiven Symptomatik unter dem Einfluss der Emotionsregulationskompetenz untersucht. Die Beurteilung der depressiven Symptomatik und der Emotionsregulationskompetenz erfolgte zu unterschiedlichen Messzeitpunkten und anhand von unterschiedlichen Verfahren in der Selbstbeurteilung sowie zusätzlich anhand von Fremdbeurteilungen, die durch die psychotherapeutisch Behandelnden vorgenommen wurden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten auf einen negativen Zusammenhang zwischen der Emotionsregulationskompetenz und der Schwere der depressiven Symptome hin. Bei dem Vergleich zwischen Patient:innen mit hoher und geringer Emotionsregulationskompetenz zeigte sich, dass die depressive Symptomatik bei Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz im Vergleich zu denen mit geringer Kompetenz zu allen drei Messzeitpunkten wesentlich geringer war. Es konnte zudem gezeigt werden, dass Emotionsregulationskompetenz einen Einfluss auf den Outcome einer klinischen Depressionsbehandlung hatte: Patient:innen mit hoher Emotionsregulationskompetenz profitierten stärker von der Depressionsbehandlung und hatten einen höheren Therapieerfolg. Bei diesen Patient:innen zeigte sich eine stärkere Verringerung der depressiven Symptome im Verlauf der Behandlung, während Patient:innen mit geringer Kompetenz am Ende der Behandlung eine ausgeprägte Residualsymptomatik zeigten. Zudem scheint Emotionsregulation einen protektiven Faktor darzustellen, der bereits vor der Behandlung einen positiven Einfluss auf die Schwere der depressiven Symptomatik hat und diese auf einem geringeren Niveau hält. Dabei stellen Akzeptanz und emotionale Selbstunterstützung Kompetenzen dar, die zur Steigerung der Effektivität der Behandlung beitragen. Auch das Relativieren, allerdings in Form von systematischer und übermäßiger emotionaler Vermeidung, scheint eine relevante Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression im Alter zu spielen. Diese Ergebnisse konnten zum einen in der Selbst- sowie in der Fremdbeurteilung gezeigt werden. Fremdbeurteilungsverfahren können bei der

Einschätzung emotionaler Kompetenzen einen wichtigen Beitrag zu Absicherung der Diagnose und zur Therapieplanung leisten. Allerdings zeigte sich, dass bei der Einschätzung der depressiven Symptomatik eine höhere Beurteilungsübereinstimmung zwischen den Patient:innen und ihren Behandelnden vorlag als bei der Emotionsregulationskompetenz. Dies könnte den Rückschluss zulassen, dass die Beurteilung der Emotionsregulationskompetenz bei Patient:innen wie möglicherweise auch aufseiten der Behandelnden noch mehr Routine bedarf.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse konnten die aufgestellten Hypothesen (siehe Abschnitt 3.6) größtenteils beibehalten werden und erlauben den Hinweis auf einen negativen Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und Depression im höheren Erwachsenenalter. Eine Übersicht zu den Fragestellungen, den aufgestellten Hypothesen und zur Entscheidung über das Eintreffen der Hypothesen findet sich in Tabelle 6.1.

6.3 Stärken und Limitationen

Bislang gibt es nur wenige Studien, die den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Depression bei älteren Erwachsenen untersucht haben. Diese Studien basierten auf nicht-klinischen Stichproben, bei denen die Teilnehmenden aus der Allgemeinbevölkerung rekrutiert wurden (Kraaij et al., 2002b; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Des Weiteren handelt es sich bei einem Großteil der bisherigen Studien um korrelative Querschnittuntersuchungen (Mah & Pollock, 2010; Martins et al., 2018; Orgeta, 2011; Phillips et al., 2010; Savaskan, 2010; Steixner et al., 2015), die sich nur begrenzt eignen, um Einblicke in Kausalzusammenhänge zu bekommen (Reinecke & Pöge, 2010). In den bisherigen Studien wurden zudem ausschließlich Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt. Der Einsatz von retrospektiven Selbstbeurteilungsmaßen kann aufgrund von Verzerrungen durch Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit oder aufgrund von Erinnerungseffekten als problematisch betrachtet werden (Feldman Barrett, 1997; Klumper, 2008; Mabe & West, 1982; Matt et al., 1992; Shiota & Levenson, 2009). Die bisherigen Studien liefern somit zwar einen ersten Eindruck über die Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz und Depression. Schlussfolgerungen über relevante Charakteristika und Entwicklungsverläufe klinisch depressiver Patient:innen im höheren Erwachsenenalter lassen sich davon allerdings nur begrenzt ableiten. Dabei sind es besonders diese Erkenntnisse, die zur Verbesserung und Ergänzung der derzeitigen Depressionsbehandlung in dieser Altersgruppe benötigt werden.

Tabelle 6.1 Übersicht über die Entscheidung zum Eintreffen der getesteten Hypothesen

Fragestellung	Hypothesen	
Bestehen Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz, den Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation, Emotionsregulationsstrategien und Affektvariablen (positiver und negativer Affekt, Depression und Wohlbefinden) bei älteren Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung?	Hypothese 1.1: Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz und positivem Affekt, Stimmungsniveau sowie allgemeiner Lebenszufriedenheit.	✓
	Hypothese 1.2: Es bestehen negative Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenz und Depression sowie negativem Affekt.	✓
	Hypothese 1.3: Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenzen und positivem Affekt, Stimmungsniveau sowie allgemeiner Lebenszufriedenheit.	✓
	Hypothese 1.4: Es bestehen negative Zusammenhänge zwischen Emotionsregulationskompetenzen und Depression sowie negativem Affekt.	✓
	Hypothese 1.5: Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen den Emotionsregulationsstrategien Akzeptanz, positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positive Neubewertung und Relativieren, positivem Affekt und Stimmungsniveau sowie allgemeiner Lebenszufriedenheit.	✓ X
	Hypothese 1.6: Es bestehen positive Zusammenhänge zwischen den Emotionsregulationsstrategien Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren, Rumination, Andere beschuldigen und Depression sowie negativem Affekt.	✓

(Fortsetzung)

Tabelle 6.1 (Fortsetzung)

Fragestellung	Hypothesen	
<p>Bestehen Unterschiede in der Emotionsregulationskompetenz, in den Kompetenzen der adaptiven Emotionsregulation und in der Nutzung spezifischer Emotionsregulationsstrategien zwischen Menschen im höheren Erwachsenenalter mit und ohne Depression?</p>	<p>Hypothese 2.1: Menschen im höheren Erwachsenenalter mit Depression weisen einen statistisch signifikant geringeren Wert in der Emotionsregulationskompetenz auf als Menschen ohne Depression.</p> <p>Hypothese 2.2: Menschen im höheren Erwachsenenalter mit Depression weisen einen statistisch signifikant geringeren Werte in den Emotionsregulationskompetenzen Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Klarheit, Verstehen, Akzeptanz, Resilienz, Konfrontationsbereitschaft, Selbstunterstützung und Regulation von Emotionen auf als Menschen ohne Depression.</p> <p>Hypothese 2.3: Menschen im höheren Erwachsenenalter mit Depression weisen einen statistisch signifikant höheren Wert in den Emotionsregulationsstrategien Selbstbeschuldigung, Katastrophisieren, Andere beschuldigen und Ruminieren auf als Menschen ohne Depression.</p> <p>Hypothese 2.4: Menschen im höheren Erwachsenenalter mit Depression weisen einen statistisch signifikant geringeren Wert in den Emotionsregulationsstrategien Akzeptanz, positive Refokussierung, Refokussierung auf Planung, positive Neubewertung und Relativieren auf als Menschen ohne Depression.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✗</p>
<p>Hat Emotionsregulationskompetenz einen Einfluss auf die Schwere depressiver Symptome und damit auf den Effekt einer Depressionsbehandlung?</p>	<p>Hypothese 3.1: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und der Schwere der depressiven Symptomatik zu Beginn einer Depressionsbehandlung.</p> <p>Hypothese 3.2: Patient:innen mit höherer Emotionsregulationskompetenz profitieren stärker von einer Depressionsbehandlung und zeigen am Ende der Behandlung statistisch signifikant geringere Depressionswerte als Patient:innen mit geringerer Emotionsregulationskompetenz.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p>

Die in dieser Arbeit vorgestellten Untersuchungen fokussieren erstmals klinisch depressive Patient:innen im höheren Erwachsenenalter. Zudem zeichnen sie sich durch verschiedene methodische Aspekte sowie durch die Beschaffenheit und Auswahl ihrer Stichproben aus. Beide Aspekte werden im Folgenden näher beschrieben.

Die Untersuchung zu Fragestellung 1 wurde anhand einer vergleichsweise großen Stichproben von älteren Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung durchgeführt. Zudem wurden unterschiedliche Affektvariablen erfasst, die in einem möglichen Zusammenhang mit einer effektiven Emotionsregulation stehen. Durch diese Operationalisierung konnten erstmals die verschiedenen Ebenen berücksichtigt werden, auf denen eine effektive Emotionsregulation beurteilt werden kann (siehe Abschnitt 5.1). Des Weiteren wurde eine klinische Stichprobe mit einer gematchten Kontrollgruppe verglichen (siehe Abschnitt 5.2). Eine weitere Stärke dieser Arbeit liegt in dem Untersuchungsdesign: Depression und Emotionsregulationskompetenzen wurden zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erfasst. Zudem wurden unterschiedliche Verfahren zur Beurteilung der emotionalen Kompetenz eingesetzt und es erfolgte neben der Selbstbeurteilung der Patient:innen zusätzlich auch eine Fremdbeurteilung durch die psychotherapeutisch Behandelnden (siehe Abschnitt 5.3). Durch dieses Vorgehen war es möglich, die Ergebnisse abzusichern und Widersprüche sowie Unterschiede in den Beurteilungen aufzudecken und diese für die zukünftigen Implikationen zu nutzen.

Um den Einfluss der Emotionsregulationskompetenzen auf die Entwicklung der depressiven Symptomatik während einer klinischen Depressionsbehandlung zu untersuchen, wurden neben Quer- auch Längsschnittuntersuchungen durchgeführt. Methodisch stellt die längsschnittliche Untersuchung depressiver Patient:innen im höheren Erwachsenenalter in klinischer Depressionsbehandlung eine Erweiterung des derzeitigen Forschungsstandes dar (siehe Abschnitt 5.3). Der Längsschnitt eignet sich zur Untersuchung von Kausalzusammenhängen und geht damit über ein rein korrelatives Untersuchungsdesign hinaus (Reinecke & Pöge, 2010).

Des Weiteren liegen Stärken dieser Untersuchung in der Beschaffenheit der Stichproben: Die klinische Stichprobe wurde sorgfältig und umfangreich anhand klinischer Manuale und Verfahren von psychotherapeutisch Behandelnden diagnostiziert. Zudem fand beim Vergleich der depressiven Patient:innen mit gesunden Kontrollen ein Matching anhand unterschiedlicher und vergleichsweise umfangreicher Kriterien statt. Auch im Hinblick auf die Kriterien des guten

wissenschaftlichen Arbeitens kann bei dieser Untersuchung von einer hohen ökonomischen Validität ausgegangen werden, da die Datenerhebung im Rahmen einer tagesklinischen Routinebehandlung stattfand.

Neben den verschiedenen Stärken dieser Untersuchung werden bei der Interpretation der Ergebnisse auch Limitationen berücksichtigt, die als zentrale Implikationen für zukünftige Forschungsvorhaben gelten.

Im Vergleich zu Big Data-Analysen, die beispielsweise anhand von digitalen Datenerhebungen durchgeführt werden, kann bei dieser Untersuchung der Stichprobenumfang in der klinischen Stichprobe und der gemachten Kontrollgruppe ($n =$ jeweils 46) als vergleichsweise gering betrachtet werden. Allerdings sollten dabei allgemeine Überlegungen zur Realisierbarkeit und zur Notwendigkeit von Stichprobengrößen in klinischen Studien beachtet werden. Grundsätzlich ist der Stichprobenumfang von zentraler Bedeutung für die Aussagekraft einer Untersuchung. Aus zu kleinen, aber auch aus zu großen Stichproben ergeben sich ökonomische und ethische Probleme. Bei zu kleinen Stichprobengrößen besteht die Gefahr, dass bestehende Unterschiede nicht erkannt werden. Bei zu großen Stichproben führen praktisch irrelevante und unbedeutende Unterschiede zu einem signifikanten Ergebnis und somit zu einer verzerrten Einschätzung (Metzler & Krause, 1997). Der Stichprobenumfang in dieser Untersuchung wurde anhand eines statistischen Instruments zur Ermittlung von Mindeststichprobengrößen überprüft (G*Power) und stellt eine näherungsweise Größe dar. Allerdings orientierte sich der Stichprobenumfang in erster Linie an den verfügbaren Ressourcen und an den Patient:innen, die im Zeitraum der Datenerhebung zur Verfügung standen und in die Untersuchung eingeschlossen werden konnten.

In den vorgestellten Studien wurden neben Längs- auch Querschnittuntersuchungen durchgeführt. Bei Studien, die im Querschnitt erhoben werden, können Kohorteneffekte nicht ausgeschlossen werden. Es kann zu Konfundierungen mit den Faktoren Alter und Geburtskohorte kommen. Dadurch wird nicht eindeutig festgestellt, ob altersspezifische Befunde in der Emotionsregulationskompetenz auf das chronologische Alter oder auf die verschiedenen sozialen, gesellschaftlichen und historischen Sozialisationserfahrungen zurückzuführen sind (Wurm et al., 2010). Das Erleben, der Ausdruck und die Bewertung von Emotionen haben sich im Verlauf des letzten Jahrhunderts möglicherweise verändert. Aufgrund einer kohortenspezifischen Sozialisationen kann es dementsprechend zu unterschiedlichen Überzeugungen bezüglich Emotionskontrolle und dem Erleben von Emotionen zwischen jüngeren und älteren Erwachsenen kommen. Jüngere Erwachsene könnten beispielsweise mehr Freiheiten im Umgang und im Äußern von Emotionen erleben, während ältere Erwachsene eher zurückhaltender vor

allem im Bericht von belastenden Emotionen sind (Neumann, 2016; Radebold, 2006).

Die Untersuchung anhand eines Querschnitts liefert zudem nur eingeschränkte Informationen bezüglich der Kausalität. Die kausalen Beziehungen der untersuchten Konstrukte bleiben bei diesem Design unklar und die Frage, ob eine maladaptive Emotionsregulation die Folge, ein Symptom oder die Ursache der depressiven Störung ist, kann nicht ausreichend beantwortet werden. Allerdings kann bei einem signifikanten Zusammenhang in einer Längsschnittuntersuchung auch nicht grundsätzlich von Kausalität ausgegangen werden. Mögliche Einflussfaktoren und Drittvariablen, die einen Einfluss auf die untersuchten Variablen haben, müssen zusätzlich berücksichtigt werden (McArdle, 2009). Im Rahmen zukünftiger Untersuchungen sollten Variablen, die einen Einfluss speziell in dieser Altersgruppe haben, zunächst anhand von theoretischen Überlegungen identifiziert und im zweiten Schritt ausgeschlossen oder als Kontrollvariable in das statistische Modell aufgenommen werden. Dazu kann beispielsweise das Vorliegen bzw. die Dauer und Intensität depressiver Episoden in der Vergangenheit oder die Sensibilität für stressreiche Lebensereignisse gehören (Acciai & Hardy, 2017). Der Einbezug verschiedener Kovariaten kann die Ergebnisse weiterhin absichern, er bietet jedoch keinen vollständigen Nachweis für einen kausalen Zusammenhang. Auch der Einsatz komplexerer statistischer Verfahren wie Strukturgleichmodelle erlaubt nicht zwingend eine kausale Interpretation. Dennoch sollten in zukünftigen Untersuchungen diese Verfahren, unter der Verwendung von hinreichend großen Stichproben, eingesetzt werden, um die gefundenen Zusammenhänge zwischen Emotionsregulation und der Depression im Alter weiter zu beleuchten. Durch den Einsatz von Strukturgleichungsmodellen wäre es möglich, messfehlerfreie Prozesse zu erfassen. Zudem könnten intraindividuelle Untersuchungen vorgenommen werden, die Veränderungsprozesse innerhalb der Patient:innen abbilden (Volz, Voelke & Werheid, 2019).

Eine weitere Einschränkung dieser Untersuchung liegt in der Nutzung von Selbstbeurteilungsverfahren. Selbstberichtsdaten werden aufgrund von Verzerrungen durch Antworttendenzen und Retrospektionseffekten als problematisch betrachtet. Um die Problematik von Selbstberichtverfahren zu überwinden, wurde die klinische Stichprobe anhand unterschiedlicher Verfahren, zu unterschiedlichen Messzeitpunkten und unter Einbezug einer Fremdbeurteilung durch den Behandelnden untersucht (siehe Abschnitt 5.3). Um weitere Limitationen, die sich aus diesem Ansatz ergeben, zu überwinden, sollten zukünftige Studien um Fremdbeurteilungen durch Partner:innen oder wichtigen Bezugspersonen ergänzt werden. Des Weiteren sollten in dieser Altersgruppe Emotionsregulationskompetenz und Depression über physiologische Parameter wie Herzfrequenz (Hartmann, 2020)

oder anhand von immunologischen oder hormonellen Parametern wie dem Cortisolgehalt in Haaren oder Speichel (Zorn et al., 2017) operationalisiert werden. Diese Untersuchungen sorgen für eine höhere Objektivität in der Diagnostik und stellen einen wichtigen Anhaltspunkt für die Suche nach reliablen Bioparametern dar. Damit liefern sie die Basis für ein besseres Krankheitsmanagement beispielsweise in Form von mobilen Systemen zum Self-Monitoring bei Depression oder emotionsregulativen Defiziten.

Um Retrospektionseffekte weiterhin zu verringern und um umfangreichere Informationen über vorauslaufende Bedingungen depressiver Symptome und Emotionsregulationsdefizite zu bekommen, sollten des Weiteren ambulante Assessments eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um diagnostische Verfahren, bei denen das Verhalten und Erleben der Teilnehmenden „im Moment“, also unmittelbar und ohne große zeitliche Verzögerung im natürlichen Umfeld erfasst wird. Speziell in dieser Altersgruppe wären Tagebuchverfahren oder die Registrierung von Bewegungs- und Sprechaktivität sowie der Körperhaltung eine sinnvolle und informative Ergänzung (Wilhelm & Perrez, 2008).

Aufgrund des in dieser Untersuchung verwendeten Designs ist nicht auszuschließen, dass bestimmte Veränderungsprozesse übersehen wurden. Der Follow-up Zeitraum von drei Monaten sollte limitierend berücksichtigt werden, da sich Veränderungen beispielsweise in der Nutzung bestimmter Strategien erst später ergeben. Die vorliegenden Ergebnisse geben bereits einen ersten Hinweis darauf, dass sich bestimmte Strategien durch Training und Übung im Alltag erst mittel- bis langfristig etablieren. Ein verändertes Nutzungsprofil zeigt sich dann möglicherweise erst später und lässt sich in diesem verhältnismäßig kurzen Zeitraum nur unzureichend abbilden.

Des Weiteren erlaubt diese Untersuchung zwar einen ersten Hinweis, aber keine exakte Aussage darüber, wie stark der Einfluss der Emotionsregulationskompetenz auf die depressive Symptomatik tatsächlich ist und welche spezifischen Strategien im Rahmen eines Interventionsprogramms gefördert werden sollten. Es konnte gezeigt werden, dass Akzeptanz, Selbstunterstützung und Relativieren Strategien darstellen, die einen Einfluss auf die depressive Symptomatik bei älteren Erwachsenen haben. Dieses Ergebnis liefert erste Informationen darüber, welche spezifischen Strategien möglicherweise gefördert werden sollten. Allerdings sollte dieses Ergebnis durch klinische Interventionsstudien, die nach den verbindlichen Regeln von *Good Clinical Practice* durchgeführt werden, überprüft werden. Dafür sollte ein Interventionsprogramm zur Förderung der emotionalen Kompetenz kontrolliert also anhand einer Interventions- und Kontrollgruppe untersucht wird. Zudem sollten die Studien nach Möglichkeit randomisiert und doppelblind sein, um die Gefahr durch Verzerrungen so gut wie

möglich zu minimieren. Das Interventionsprogramm sollte sich an den Bedürfnissen der älteren Erwachsenen orientieren und speziell auf diese Altersgruppe zugeschnitten sein. Als problematisch sei an dieser Stelle anzumerken, dass nach den durchgeführten Recherchen im Rahmen dieser Untersuchung derzeit kein spezifisches Programm zur Förderung der emotionalen Kompetenz existiert, das ältere depressive Erwachsene adressiert.

Für die Untersuchung von spezifischen Wirkmechanismen sowie auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der Depression im Alter sind klinische Interventionsstudien eine notwendige Voraussetzung. Das in der vorliegenden Untersuchung keine gezielte Förderung von Emotionsregulationskompetenz vorgenommen wurde, stellt eine Limitation dar und sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Allerdings sollte als Hinweis auf die Robustheit der Ergebnisse, die Annahme, dass eine psychotherapeutische Depressionsbehandlung die Förderung einer adaptiven Emotionsregulation zumindest indirekt einschließt, ebenfalls berücksichtigt werden.

Da keine Möglichkeiten vorhanden waren, die Stichprobenziehung effizienter zu gestalten, wurde zunächst eine einfache Zufallsstichprobe angestrebt. Die einfache Zufallsstichprobe ist die einfachste Form einer probabilistischen Stichprobe. Dabei werden n Einheiten zufällig aus einer Population mit N Elementen ausgewählt. Allerdings waren naturgemäß nicht alle zur Population zählenden Untersuchungsobjekte bekannt und zudem konnte keine konstante Auswahlwahrscheinlichkeit weder für die Proband:innen aus der Allgemeinbevölkerung noch für die klinische Stichprobe garantiert werden. Aufgrund dieser Verletzungen, die eine Voraussetzung für einfache Zufallsstichproben darstellen, kann in dieser Untersuchung eher von einer anfallenden Stichprobe ausgegangen werden, bei der vorhandene und zugängliche Untersuchungsobjekte ausgewählt wurden (Döring & Bortz, 2016). Die klinische Stichprobe wurde zudem nur in einer Klinik rekrutiert, sodass möglicherweise das räumliche Einzugsgebiet und kooperierende Versicherungsträger einen Einfluss auf die Selektion der vorhandenen Patient:innen hatten. Auch bei den Proband:innen aus der Allgemeinbevölkerung fand vorab eine Selektion statt, da diese größtenteils auf bildungsnahen Veranstaltungen rekrutiert wurden. Der Besuch dieser Veranstaltungen setzt eine gewisse Mobilität und Interesse und möglicherweise ein bestimmtes Bildungsniveau voraus. Da in beiden Gruppen keine für die Gesamtgesellschaft repräsentativen Stichproben erhoben werden konnten und somit der Einfluss kovartierender Merkmale nicht ausgeschlossen werden kann, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse dieser Untersuchung eingeschränkt und die Ergebnisse sollten unter Vorbehalt betrachtet werden.

6.4 Theoretische und klinisch-praktische Implikationen

Aus den dargestellten Befunden dieser Untersuchung lassen sich verschiedene theoretische und klinisch-praktische Implikationen ableiten. Im Folgenden werden zunächst Implikationen abgeleitet, die sich auf die Prävention depressiver Störungen und in diesem Sinne auf die frühzeitige Förderung der emotionalen Kompetenz im höheren Erwachsenenalter beziehen. Des Weiteren wird auf Grundlage der Ergebnisse Bezug auf die klinische Praxis genommen. Es werden die Besonderheiten bei der Behandlung älterer Patient:innen mit depressiven Störungen dargestellt und Überlegungen zu den relevanten Aspekten eines Trainings zu Förderung der emotionalen Kompetenz beschrieben. Abschließend werden Perspektiven für die zukünftige Forschung abgeleitet.

Prävention der Depression im höheren Erwachsenenalter

Die Untersuchung der Personen aus der Allgemeinbevölkerung zeigte, dass sich eine hohe Emotionsregulationskompetenz nicht nur förderlich auf das Wohlbefinden im Alter auswirkt, sondern auch einen protektiven Faktor bezüglich depressiver Symptomatik darstellt. Besonders die Förderung der Resilienz kann im Rahmen präventiver Maßnahmen auf den langfristigen Aufbau und die Stärkung von Ressourcen, lange bevor sie gebraucht werden, abzielen. Vorstellbar wäre die gezielte Förderung der Emotionsregulationskompetenz in Risikogruppen, wie Personen, die im Verlauf ihres Lebens bereits von depressiven Störungen betroffen waren. Eine weitere Gruppe, bei denen präventive Maßnahmen sinnvoll eingesetzt werden könnten, sind pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass im Vergleich zu altersentsprechenden Normstichproben bei pflegenden Angehörigen deutliche Einschränkungen des allgemeinen Gesundheitszustandes vorliegen (Baumgarten et al., 1992; Grafström, Fratiglioni, Sandman & Winblad, 1992). Neben psychosomatischen Beschwerden (Baldwin, Kleemann, Stevens & Rasin, 1989), Schlafstörungen (Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996) und Störungen des Immunsystems (Kiecolt-Glaser et al., 1987) sind depressive Störungen die am häufigsten berichtete Reaktion auf die in der Regel dauerhafte Belastungssituation (Stommel, Given & Given, 1990). Aufgrund der erhöhten Vulnerabilität werden pflegende Angehörige als Risikogruppe für das Auftreten einer depressiven Störung betrachtet und sollten bereits präventiv unterstützt werden (Pinquart & Sörensen, 2003; Schulz & Martire, 2004). Ein vergleichbar hohes Risiko, eine depressive Störung aufgrund einer andauernden Belastung zu entwickeln, liegt auch bei Angehörigen von Schlaganfallpatient:innen vor. Auch hier zeigt sich ein geringeres Maß an psychischer und körperlicher Gesundheit

sowie höhere Depressivität im Vergleich zur Normalbevölkerung (Berg, Palomäki, Lönnqvist, Lehtihalmes & Kaste, 2005; Brooks, 1991; Low, Payne & Roderick, 1999; Segal & Schall, 1996; Williams, 1993).

Im Rahmen von Präventionsprogrammen, die der Verbesserung der psychischen Gesundheit bei gesunden Menschen im höheren Lebensalter dienen und somit zusätzlich das Risiko einer Depression im Alter verringern, können beispielsweise psychoedukative Programme zum Einsatz kommen. Durch ein psychoedukatives Programm, das die Förderung der Emotionsregulationskompetenz anstrebt, kann Wissen über die Entstehung und die adaptive Regulation von Emotionen systematisch und strukturiert vermittelt werden. Zudem können die Folgen eines maladaptiven Regulationsstils besprochen und individuelle Veränderungsmaßnahmen erarbeitet werden. Durch die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten, können die Betroffenen darin unterstützt werden, emotionale Problematiken zunächst zu erkennen, einzelne Emotionen zu identifizieren und diese klar voneinander abzugrenzen. Das klare Erkennen und die korrekte Identifikation von Emotionen ermöglichen es, Wissen über diese Emotion zu aktivieren, um diese dann adaptiv zu regulieren. Des Weiteren sollte es besonders im höheren Erwachsenenalter zu einer Förderung der Resilienz sowie der Akzeptanz kommen. Dabei könnte Akzeptanz als einer von verschiedenen Resilienzfaktoren betrachtet werden. Eine hohe Akzeptanz erleichtert den Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder mit dem Verlust von Partner:innen, nahen Verwandten oder langjährigen Weggefährt:innen und hilft somit, Krisen besser zu überwinden. Die Förderung der Akzeptanz sollte in einem Programm, das sich an Erwachsene im höheren Lebensalter richtet, einen besonderen Stellenwert einnehmen. Der Grund: Akzeptanz stellt, besonders in weniger kontrollierbaren Situationen, eine effektive Strategie dar (Nakamura & Orth, 2005). Es kann davon ausgegangen werden, dass es im Alter häufiger zu unkontrollierbaren Situationen kommt, z. B. beim Verlust des Partners oder der Partnerin oder bei einer schweren Erkrankung. Zudem ist Akzeptanz im Vergleich zur positiven Neubewertung, kognitiv weniger aufwendig und nimmt geringere kognitive Ressourcen in Anspruch (Charles et al., 2009; Scheibe et al., 2015).

Programme zur Förderung der emotionalen Kompetenz im Alter könnten beispielsweise durch die Krankenkassen, durch die Arbeitgeber:innen oder durch andere Institutionen in das Gesundheitssystem integriert werden und Personen aus der Allgemeinbevölkerung bereits frühzeitig und nicht erst mit dem Eintritt in den Ruhestand unterstützen. Auch im Bereich der selbstorganisierten Erwachsenenbildung, beispielsweise in Seniorenakademien oder Universitäten, können Präventionsprogramme angeboten werden. Präventionsstrategien sollten allerdings nicht nur potenziell Betroffene adressieren, sondern sie sollten sich

auch an Berufsgruppen wie Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen und Pflegekräfte richten. Bei der Konzeption und Entwicklung solcher Programme sollte darauf geachtet werden, dass sie adressatengerecht sind und die Bedürfnisse der jeweiligen Empfänger:innen berücksichtigen. Zudem sollten entsprechende Versorgungsmodelle niederschwellig und für die Betroffenen gut erreichbar sein. Zur Sicherstellung der Qualität im Sinne der Gütekriterien müssen entsprechende Programme regelmäßig evaluiert werden.

Es konnte gezeigt werden, dass Programme, die die körperliche Aktivität von Menschen im höheren Lebensalter förderten, das Risiko an einer Depression zu erkranken, verringerten (Gogulla, Lemke & Hauer, 2012). Zudem erwiesen sich Programme und Interventionen, die bestimmte Risikofaktoren einer Depression im Alter beeinflussen, ebenfalls als präventiv wirksam. Hierzu gehören beispielsweise die Verringerung von sozialer Isolation und Einsamkeit (Gühne et al., 2014) oder die Therapie von Schlafstörungen (Riemann, 2009). Die Ergebnisse dieser Untersuchung geben einen Hinweis darauf, dass ebenfalls ein Programm zur Förderung der emotionalen Kompetenz für Menschen im höheren Lebensalter im Allgemeinen sowie für spezifische Risikogruppen einen präventiven Nutzen haben kann. Es kann bei der Verringerung des Risikos, eine Depression im Alter zu entwickeln, wirksam sein und eine sinnvolle präventive Ergänzung zu aktuellen psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen darstellen.

Klinische Implikationen zur Behandlung der Depression im höheren Erwachsenenalter

Wie bereits in vorherigen Untersuchungen zum jüngeren und mittleren Erwachsenenalter zeigte sich in dieser Untersuchung, dass auch im höheren Erwachsenenalter bei depressiven Patient:innen im Vergleich zu gesunden Menschen im höheren Lebensalter Kompetenzdefizite auf allen Ebenen des adaptiven Regulationsprozesses vorlagen (Berking et al., 2014; Catanzaro et al., 2000; Ehret, 2014; Ehring et al., 2008; Hofmann et al., 2011; Honkalampi et al., 1999; Kahn & Garrison, 2009; Radkovsky et al., 2014; Rude & McCarthy, 2003; Shallcross et al., 2010). Die vorliegende Untersuchung von depressiven älteren Patient:innen weist zudem darauf hin, dass die Förderung der Emotionsregulationskompetenz ein relevanter Baustein in der Behandlung der Depression im Alter sein kann. Dieses Ergebnis deckt sich mit ersten Befunden zur Behandlung der Depression im Alter, in denen die Förderung der Emotionsregulationskompetenz im Fokus der Behandlung stand. Achtsamkeitsbasierte Behandlungsansätze wie die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Petkus & Wetherell, 2013) sowie ein aktives Problemlösetraining (Kiosses et al., 2015) konnten bereits ihre Wirksamkeit bei depressiven

Patient:innen im höheren Lebensalter zeigen (siehe Abschnitt 3.3.4). Zudem liefern verschiedene Metaanalysen empirische Belege dafür, dass der Umgang mit Emotionen grundsätzlich trainiert und verbessert werden kann (Hodzic, Scharfen, Ripoll, Holling & Zenasni, 2018; Mattingly & Kraiger, 2019). Derzeit existiert allerdings kein spezifisches Training zur Förderung der emotionalen Kompetenz, dass die Bedürfnisse von Erwachsenen im höheren Lebensalter berücksichtigt und an die speziellen Förderbedarfe dieser Altersgruppe angepasst ist.

Dabei stellt sich die Frage, was bei einem Programm, dass ältere Erwachsene fokussiert, beachtet werden muss. Dafür hilft zunächst ein Blick in die allgemeine psychotherapeutische Behandlung von Menschen im höheren Lebensalter: Das psychotherapeutische Vorgehen bei Patient:innen im mittleren oder höheren Erwachsenenalter unterscheidet sich nicht grundlegend voneinander. Allerdings gilt es, bei der Behandlung von Menschen im höheren Lebensalter einige Besonderheiten zu beachten und bestimmte Anpassungen vorzunehmen. Grundsätzlich eignen sich für die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen im höheren Lebensalter Strategien, die sich aus dem SOK-Modell (Baltes & Baltes, 1989) ableiten lassen (siehe Abschnitt 3.1.3). Dabei sollten Anpassungs- und Veränderungsprozesse über die Komponenten Selektion, Optimierung und Kompensation erfolgen. Selektion sollte die Grundlage für die Auswahl und Neuanpassung von Zielen darstellen. Dabei sollte ein Fokus auf persönlich bedeutsame und wichtige Ziele gelegt werden. Ziele, die nicht mehr erreicht werden können, sollten nach Möglichkeit aufgegeben werden. Bei der Optimierung geht es um die (Re-)Aktivierung von Ressourcen zur Schaffung von möglichen Verhaltensalternativen, die einen Einfluss auf die Lebensqualität der Patient:innen haben. Bestehende Fähigkeiten und Potentiale sollen vermehrt genutzt und ggf. verbessert werden. Kompensation wird dann notwendig, wenn die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags eingeschränkt oder nicht mehr ausreichend sind. Es sollen neue Handlungsalternativen geschaffen werden, um altersspezifischen Verlusten und Einschränkungen entgegenzuwirken. Nach dem SOK-Modell entwickelt sich im Alter eine depressive Symptomatik, wenn drohende oder bereits bestehende Verluste nicht mehr mit Selektions-, Optimierungs- oder Kompensationsstrategien ausgeglichen werden können. Die Förderung von SOK-Strategien kann bei der Behandlung der Depression im Alter ein sinnvolles Therapieziel darstellen und sollte einen Einfluss auf die Auswahl von Interventionsmaßnahmen haben (Hautzinger, 2000).

Anhand der grundsätzlichen Überlegungen, die sich aus dem SOK-Modell ergeben, lassen sich konkrete Anpassungen und Besonderheiten für das therapeutische Vorgehen in der Behandlung von depressiven Störungen im Alter

ableiten. Zu diesen Anpassungen und Besonderheiten gehören u. a. Veränderungen in der Struktur der Behandlung sowie altersspezifische Themen, die in der Therapie Beachtung finden sollten. Beide Aspekte werden im Folgenden näher beschrieben.

Strukturell unterscheidet sich die psychotherapeutische Behandlung von Menschen im höheren Lebensalter im Vergleich zu jüngeren Personen beispielsweise in der Komplexität der einzelnen Sitzungen. Die Struktur der Sitzungen sollte übersichtlich und das Tempo der Durchführung sowie der Sprechstimme stark an die jeweiligen Patient:innen angepasst sein. Instruktionen sollten nach Möglichkeit auf verschiedenen Wegen gegeben werden (z. B. verbal und zusätzlich durch Visualisierung). Günstig sind häufige Wiederholungen und Zusammenfassungen, die zu Diskussionen oder zum Austausch von eigenen Erfahrungen anregen. Als Erinnerungsstütze eignen sich Handouts, themenspezifische Flyer oder Audioaufnahmen, die nach den Gruppen- oder Einzelsitzungen mit nach Hause genommen werden können. Zudem sollte die allgemeine Dauer einer Sitzung angepasst werden. Es wird empfohlen, kürzere und dafür häufigere Sitzungen anzubieten und eine Sitzungsdauer von 30 Minuten, wenn möglich nicht zu überschreiten. Eine Anpassung an veränderte körperliche Gegebenheiten und an eine steigende Multimorbidität sollte ebenfalls erfolgen. Diese kann über Barrierefreiheit beim Erreichen des Behandlungsraums bis hin zur Auswahl altersgerechter Sitzmöbel erreicht werden. Die Behandelnden sollten ihren Therapiestil an die Bedürfnisse der Menschen im höheren Lebensalter anpassen. Ein eher aktiver, wohlwollender und unterstützender Stil mit einer positiven und realistischen Einstellung zu Themen wie Tod, Vergänglichkeit und Verlust hat sich als günstig erwiesen (Supprian & Hauke, 2017).

Im Vergleich zum jüngeren und mittleren Erwachsenenalter unterschieden sich in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen im höheren Lebensalter auch die vorrangigen Themen. Besonders relevant bei Menschen im höheren Lebensalter sind das Erleben des eigenen körperlichen und kognitiven Abbaus, eine Verringerung der Mobilität, der Verlust von wichtigen Bezugspersonen sowie eine mögliche Reaktivierung traumatischer Erlebnisse, die sich aus einer vermeintlich zunehmenden Hilflosigkeit ergeben kann. Interventionsprogramme sollten diese Themen einbeziehen, sie in den therapeutischen Fokus setzen oder zumindest Beispiele, die zur Erläuterung von komplexeren Sachverhalten oder Situationen dienen, an die Themen der Menschen im höheren Lebensalter anpassen. Beispiele, die soziale Interaktionsmuster erklären sollen, eignen sich besser, wenn sie im Kontext einer Kirchengemeinde oder in der Hausgemeinschaft erklärt werden als im Kontext von Büro oder Schule (Forstmeier & Maercker, 2009; Maercker & Leopold, 2002; Supprian & Hauke, 2017).

Um ein zentriertes Angebot zu ermöglichen, sollten Interventionsprogramme zur Behandlung der Depression im Alter aus verschiedenen Bausteinen bestehen. Wie auch in anderen Altersgruppen dürfen bei der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von depressiven Menschen im höheren Lebensalter Bausteine wie die Erstellung einer Problemanalyse, die Vermittlung von Krankheitsinformationen, die Verhaltensaktivierung und der Aktivitätsaufbau sowie das Erkennen von dysfunktionalen Denkmustern und deren Selbstkontrollmöglichkeiten nicht fehlen (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, 2017). Allerdings existiert derzeit lediglich ein spezifisches Therapiemanual von Hautzinger (2000), das speziell für die Behandlung der Depression im Alter konzipiert wurde und die oben genannten Bausteine berücksichtigt. In diesem Programm werden zwar einzelne Übungen vorgeschlagen, die Fertigkeiten wie beispielsweise Akzeptanz und emotionale Selbstunterstützung fördern, allerdings beinhaltet dieses Programm kein spezifisches Modul zur gezielten Förderung der emotionalen Kompetenz bzw. fokussiert an keiner Stelle den adaptiven Umgang mit belastenden Emotionen wie Traurigkeit, Angst oder Scham.

Die Ergebnisse dieser und anderer Untersuchungen geben allerdings einen Hinweis darauf, dass ein spezifisches Programm für Patient:innen im höheren Erwachsenenalter, bei denen emotionsregulative Defizite an der Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik maßgeblich beteiligt sind, für die klinische Praxis von Nutzen wäre (Fernández-Caballero, Latorre, Pastor & Fernández-Sotos, 2014; Kiosses et al., 2015; Petkus & Wetherell, 2013). Des Weiteren wäre vorstellbar, bereits bestehende Programme und Interventionen durch einen *add-on* Baustein zu ergänzen, der auf die Förderung der emotionalen Kompetenz abzielt. Dieses Programm oder der spezifische *add-on* Baustein sollen die bereits gut etablierten und konventionellen Behandlungsansätze nicht ersetzen. Sie dienen als Ergänzung oder Anreicherung der evaluierten Behandlungsprogramme und sollten sich primär an Patient:innen richten, bei denen eine Störung der Emotionsregulationskompetenz im Vordergrund steht. Die Behandlung dieser Patient:innen kann z. B. um den Baustein verlängert werden oder es könnten gezielte Nachsorgeprogramme angeboten werden. Die gezielte Förderung der Emotionsregulationskompetenz könnte einen vielversprechenden Ansatz darstellen, der die konventionelle Depressionsbehandlung verbessert und möglicherweise die hohe Rückfallrate verringert (Härter et al., 2010).

Bei der Konzeption sollten allerdings die spezifischen Bedarfe des höheren Erwachsenenalters berücksichtigt werden und eine Anpassung erfolgen. Ein Programm oder Training zur Förderung der emotionalen Kompetenz im Alter sollte beispielsweise die vorab beschriebenen strukturellen und themenspezifischen Besonderheiten der Altersgruppe berücksichtigen. Zudem scheint es

sinnvoll, bestimmte Aspekte und Kompetenzen in dieser Altersgruppe gezielt zu fördern. Das Training emotionaler Kompetenzen von Berking (2017; siehe Abschnitt 3.3.2.1) stellt bereits ein wirksames Programm dar, das wahrscheinlich auch bei ältere Patient:innen mit Emotionsregulationsdefiziten eingesetzt werden kann. Allerdings können anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung einige Überlegungen zur Anpassung dieses Programms an Patient:innen im höheren Erwachsenenalter vorgenommen werden: Zum einen sollten die oben beschriebenen strukturellen Aspekte zur Durchführung psychotherapeutischer Interventionen bei Menschen im höheren Lebensalter beachtet werden. Dazu könnte eine Reduktion der Komplexität des Materials gehören und die Anzahl der Sitzungen erhöht werden, um die einzelnen Sitzungen in ihrer Dauer zu kürzen. Inhaltlich könnte über die Bildung von Schwerpunkten nachgedacht werden. Dabei scheinen im höheren Erwachsenenalter die Förderung der Akzeptanz und die Reduktion von emotionaler Vermeidung eine wichtige Rolle zu spielen. Beide Aspekte werden daher im Folgenden beschrieben.

Akzeptanz scheint besonders bei Personen im höheren Erwachsenenalter eine relevante Rolle bei der Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit zu spielen (Barnow et al., 2019; Barnow et al., 2020; Brassens et al., 2012; Krug & Mitmangruber, 2008; Nakamura & Orth, 2005; Petkus & Wetherell, 2013). Im Rahmen eines Programms zur Förderung der emotionalen Kompetenz könnte der Förderung der Akzeptanz in dieser Altersgruppe eine besondere Rolle zukommen. Diese besondere Rolle ist nicht überraschend angesichts der Ergebnisse, die bereits mit Behandlungskonzepten wie der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Hayes et al., 2014) gezeigt werden konnten. Dabei sollte den Patient:innen zunächst der Teufelskreis zwischen einem wahrgenommenen emotionalen Kontrollverlust und geringer Akzeptanz erläutern werden. Patient:innen wird dabei, wie im Training emotionaler Kompetenzen (Berking, 2018) vorgesehen, psychoedukativ vermittelt, dass intensive Bemühungen eine belastende Emotion möglichst schnell zu unterdrücken, aufgrund physiologischer Bedingungen i. d. R nicht erfolgreich sind. Sie führen dazu, dass der regulative Misserfolg als bedrohlicher Kontrollverlust erlebt wird und damit innere und äußere Anspannung, Angst oder sogar Wut und Ärger gesteigert werden. Mit Zunahme der Intensität dieser Emotionen werden adaptive Regulationsversuche immer unwahrscheinlicher. Je verbissener Patient:innen also versuchen, eine belastende Emotion „loszuwerden“, desto mehr steigert sich ihr Anspannungsniveau und desto mehr verringert sich ihre Handlungs- und Regulationskompetenz, was wiederum das Gefühl eines Kontrollverlusts steigert. Um diesen Kreislauf zu durchbrechen, sollten besonders ältere Patient:innen aufgrund kohortenspezifischer Sozialisierungserfahrungen darin bestärkt werden, emotionale Reaktionen

erst einmal zuzulassen, sie zu erlauben, ihre Anwesenheit zu akzeptieren und für eine gewisse Zeit bewusst zu erleben und auszuhalten. Darüber hinaus sollten auch Behandelnde für den Begriff der Akzeptanz sensibilisiert werden. Der Begriff sollte behutsam, vorsichtig und nicht zu früh in den Therapieprozess eingebracht werden. In der Alltagssprache kann dem Begriff eine passive Konnotation anhaften. Er wird dann mit einem Zustand assoziiert, in dem Belastendes einfach hingegenommen wird, in dem resigniert wird. Dadurch können Missverständnisse entstehen und in der Folge Schutzmechanismen aufgebaut werden, die fälschlicherweise als Widerstand interpretiert werden (Wengenroth, 2012). Eine behutsame und korrekte Verwendung des Begriffs sollte zum Ziel haben, den Patient:innen zu vermitteln, dass Akzeptanz eher das aktive Annehmen, anstatt ein passives Hinnehmen bedeutet. Die Aufgabe der Behandelnden besteht darin, bei den älteren Patient:innen die Bereitwilligkeit zu fördern, sich entsprechenden Situationen zu stellen und damit belastende Gefühle und Gedanken aufkommen zu lassen und diese bewusst zu erleben. Hayes und Lillis (2013) bezeichnen in diesem Zusammenhang die Akzeptanz als die „aktive Kontaktaufnahme mit psychischen Erlebnissen“ (S. 144) und betonen damit den absichtlichen Charakter der Akzeptanz.

Die Ergebnisse dieser und anderer Untersuchungen weisen zudem darauf hin, dass eine häufige Vermeidung mit der Auseinandersetzung der Ursache eines belastenden Ereignisses oder einer schmerzhaften Emotion besonders bei älteren Erwachsenen ein auslösender oder aufrechterhaltender Faktor einer depressiven Störung sein kann (siehe Abschnitt 5.3 sowie Blalock & Joiner, 2000; Dulin & Passmore, 2010; Eifert & Heffner, 2003). Dieser Aspekt könnte in der Depressionsbehandlung von Menschen im höheren Lebensalter eine relevante Rolle spielen und sollte bei der Förderung der Emotionsregulationskompetenz besonders in dieser Altersgruppe als weiterer Schwerpunkt beachtet werden. Ein möglicher Grund für die Relevanz von Vermeidung im höheren Erwachsenenalter können dysfunktionale Überzeugungen bezüglich der Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen sein, die ältere Erwachsene aufgrund bestimmter sozialer, gesellschaftlicher und historischer Sozialisationserfahrungen entwickelt haben (Radebold, 1992; Wurm et al., 2010). Zu diesen dysfunktionalen Überzeugungen kann die Annahme gehören, dass das Symbolisieren, Ausdrücken, Verbalisieren und Reflektieren von belastenden Emotionen keine angemessene Bewältigungsstrategie darstellt. Um die Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten, gehen die Bemühungen häufig eher dahin, dass schmerzhaftes mit aller Kraft vermieden und unterdrückt werden (siehe Abschnitt 3.2.1.1). Das systematische Unterdrücken führt in der Folge allerdings häufig dazu, dass sich Betroffene mit der Zeit von ihren schmerzhaften Emotionen überflutet fühlen und

die Überzeugung entwickeln, dass sie ihnen ausgeliefert sind und ihnen ohnmächtig gegenüberstehen (Barnow, 2018). Schmerzhaftes Erinnerungen und Emotionen werden dann als Bedrohung wahrgenommen, da kein ausreichendes Wissen darüber vorliegt, wie ein wirkungsvoller Umgang mit ihnen aussieht. Betroffenen fällt es in diesem Zusammenhang schwer, Emotionen als Informationsgeber über die eigenen Bedürfnisse zu betrachten. Die pathologische Problematik entsteht durch den langfristig dysfunktionalen Umgang mit Emotionen, wenn beispielsweise das Wahrnehmen, Aushalten, Verstehen, Akzeptieren und Regulieren von schmerzhaften und belastenden Emotionen systematisch vermieden wird. Eine Möglichkeit diesem häufig dysfunktionalen Regulationsstil zu begegnen, besteht darin, die Patient:innen zu unterstützen, eine belastende Emotion zunächst einmal bewusst zu aktivieren, um sie dann in einem nächsten Schritt zu verstehen und ggf. zu transformieren. Das Ziel dabei sollte sein, die Emotionsregulation zu verbessern, um die Veränderung der emotionalen Verarbeitung zu unterstützen (Berking, 2017). Die älteren Patient:innen sollten darin unterstützt werden, auf eine adaptive Weise mit dysfunktionalen und belastenden Emotionen umzugehen und Zugang zu adaptiven und stärkenden Emotionen zu bekommen. Zudem soll die Akzeptanz und Veränderungsbereitschaft von maladaptiven emotionalen Reaktionen gefördert werden. Dabei spielt wie auch in anderen Altersgruppen die wertschätzende und empathische therapeutische Beziehung eine wichtige Rolle. Darüber hinaus können prozessdirektive therapeutische Interventionen (z. B. Zwei-Stuhl-Dialoge) zur Verbesserung der emotionalen Verarbeitung und Veränderung dysfunktionaler emotionaler Verarbeitungsmuster eingesetzt werden (Greenberg, 2004). Dieses Vorgehen folgt u. a. dem Ansatz der *Emotionsfokussierten Therapie* nach Greenberg (2004). Die Wirksamkeit dieses Verfahrens in der Behandlung von depressiven Störungen konnte bereits in verschiedenen Studien, die das jüngere und mittlere Erwachsenenalter untersucht haben, empirisch gezeigt werden (Goldman, Greenberg & Angus, 2006; Greenberg & Watson, 1998; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, 2003). Da besonders die Vermeidung belastender Emotionen bei älteren depressiven Patient:innen eine relevante Rolle spielt, scheint dieser gezielte Ansatz speziell für diese Altersgruppe interessant zu sein und sollte zukünftig in randomisiert kontrollierten Studien überprüft werden.

Perspektiven für die zukünftige Forschung

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung lassen sich verschiedene Ansatzpunkte für die zukünftige Forschung ableiten. Zunächst einmal liefert diese Untersuchung einen ersten Hinweis darauf, dass die Förderung der emotionalen Kompetenz in

der Behandlung der Depression im Alter eine relevante Rolle spielen kann. Allerdings muss der spezifische Einfluss der verschiedenen Regulationskompetenzen und -strategien geklärt werden. Es sollte zukünftig untersucht werden, ob ein Training zu Förderung der emotionalen Kompetenz den Therapieerfolg verbessert und zu einer langfristigen Abnahme der depressiven Symptomatik beiträgt. Dafür ist die Durchführung einer randomisiert kontrollierten Interventionsstudie notwendig, bei der untersucht wird, welchen Einfluss die systematische Förderung der emotionalen Kompetenz auf den Erfolg einer Depressionsbehandlung hat. Im Rahmen dieser Interventionsstudie könnte ein spezifisches Emotions-training, das an die Bedarfe älterer Patient:innen angepasst wurde, entweder in einem ambulanten oder stationären Setting durchgeführt werden. Ideal wäre dabei der Einsatz einer aktiven Kontrollgruppe, die keine Behandlung oder *treatment as usual* (TAU) erhält. Eine mögliche Verbesserung der Symptomatik könnte dann mit größerer Sicherheit auf den Effekt des Emotionstrainings zurückgeführt werden (Döring & Bortz, 2016).

Zudem sollten weitere altersunspezifische Studien prüfen, welche Patient:innen von einem spezifischen Behandlungsangebot zur Förderung der emotionalen Kompetenz besonders profitieren und unter welchen Bedingungen ein Förderprogramm eine Depressionsbehandlung unterstützen kann. Vorstellbar ist es, dass Förderprogramme, je nach individueller auslösender und aufrechterhaltender Problematik der Patient:innen, als primäre Behandlung oder als *add-on* Baustein innerhalb einer konventionellen Depressionsbehandlung eingesetzt werden.

Nach dem Konzept der Emotionsregulationsflexibilität sollten Emotionen und Emotionsregulationsstrategien nicht mehr per se in adaptiv oder maladaptiv eingeteilt werden (Barnow, et al., 2020; Gross, 2015). Die Beurteilung der Effektivität sollte in Abhängigkeit von der Häufigkeit ihrer Anwendung, dem Kontext und bezüglich der Auswirkungen auf die psychische Gesundheit erfolgen (siehe Abschnitt 3.3.2.3). In diesem Sinne sollten zukünftige Studien altersspezifische Funktionen bestimmter Emotionen untersuchen. Dabei sollte der Fragestellung nachgegangen werden, ob die Effektivität von bestimmten Emotionen und spezifischen Emotionsregulationsstrategien möglicherweise abhängig von der aktuellen Lebensphase und altersspezifischen Entwicklungsaufgaben ist und sich dementsprechend in ihrer Adaptivität unterscheidet. Erste Untersuchungen deuten bereits darauf hin, dass beispielsweise Ärger im jungen und mittleren Erwachsenenalter häufiger erlebt wird und der Zielverfolgung und dem Aufbau von Ressourcen dient. Im höheren Erwachsenenalter wird Ärger weniger intensiv erlebt. In diesem Alter scheint eher das vermehrte und intensivere Erleben von eigentlich belastenden Emotionen wie Traurigkeit oder Verachtung eine angemessene Reaktion auf die Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben darzustellen. Es

wird daher angenommen, dass Traurigkeit und Verachtung im höheren Erwachsenenalter nicht grundsätzlich maladaptiv sind, sondern hilfreich bei Prozessen der Zielablösung, Verlustbewältigung bzw. Verlustvermeidung. Zudem wird angenommen, dass die geringere Intensität von Ärger dem Aufbau und Erhalt sozialer Unterstützung dient und weitere interpersonelle Verluste dadurch vermieden werden sollen (Kunzmann et al., 2014). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass das Vermeiden, dass bei häufiger Anwendung einen eher maladaptiven Charakter hat, im Alter unter bestimmten Umständen adaptiv sein kann. Um die emotionale Stabilität und die Funktionsfähigkeit im Alltag aufrechtzuerhalten, kann die Vermeidung von Gedanken an den eigenen Tod, das Sterben und die eigene Vergänglichkeit zeitweise hilfreich sein und eine angemessene emotionale Reaktion darstellen (Neumann, 2016). Dementsprechend sollten nachfolgende Studien den Zusammenhang zwischen Kontextbedingungen und dem Einsatz spezifischer Emotionsregulationsstrategien systematisch untersuchen. Dabei sollten im Sinne des Konzepts der Emotionsregulationsflexibilität die Adaptivität bzw. Maladaptivität von Emotionen und Regulationsstrategien altersspezifisch betrachtet werden.

Schlussfolgerung

In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang zwischen Emotionsregulationskompetenz und Depression im Alter an einer vergleichsweise großen Stichprobe von Personen aus der Allgemeinbevölkerung sowie erstmals in einer Gruppe älterer Patient:innen, die sich in einer klinischen Depressionsbehandlung befanden, untersucht. Der Einsatz von Selbst- und Fremdbeurteilungen, einer gematchten Kontrollgruppe sowie die zusätzliche Verwendung eines Längsschnitts stellen eine Erweiterung des derzeitigen Forschungsstandes dar und erlauben die Ergebnisse abzusichern und erste Aussagen über Kausalzusammenhänge vorzunehmen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorliegende Arbeit erstmals unter Verwendung einer klinischen Stichprobe und anhand hoher Standards psychologischer Methodik Hinweise für die Relevanz der emotionalen Kompetenz bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung der Depression im Alter liefert. Regulationskompetenzen wie Akzeptanz und Selbstunterstützung und Strategien wie Relativieren scheinen im Hinblick auf das Konzept der emotionsregulatorischen Flexibilität in dieser Altersgruppe eine besondere Rolle zu spielen.

Der römische Schriftsteller und Philosoph Marcus Tullius Cicero beschrieb in seiner Schrift *Cato maior de senectute Opposition* (45/44 v. Chr.) bereits das

Konzept des lebenslangen Lernens und des aktiven Alterns. Im Rahmen des Alternungsprozesses plädiert er dafür, persönliche Ressourcen zu bewahren und neue Kompetenzen zu erlernen, die zur Bewältigung der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben notwendig sind. Cicero gilt als „gedanklicher Urheber“ moderner Konzeptionen des aktiven Alterns und liefert bis in die heutige Zeit Impulse, die ein Aktivitätsmodell vom Alter prägen. Ganz im Sinne seiner Überlegungen liefern die Ergebnisse dieser Arbeit einen ersten Hinweis darauf, dass ein Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und der Depression im höheren Erwachsenenalter besteht. Die Förderung der emotionalen Kompetenz könnte auch im höheren Erwachsenenalter einen positiven Einfluss auf die depressive Symptomatik haben und die Effektivität psychotherapeutischer Interventionen verbessern. Damit kann ein Beitrag zur Veränderung der aktuell problematischen Versorgungsrealität psychisch Erkrankter im höheren Erwachsenenalter geleistet werden und der Leidensdruck der Betroffenen und ihrer Angehörigen verringert werden. Ein altersspezifisches Programm zur Förderung der emotionalen Kompetenz existiert derzeit nicht. Es scheint dennoch sinnvoll und einen Mehrwert für die klinische Praxis und besonders für Patient:innen, bei denen emotionsregulatorischen Defizite an der Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Störung maßgeblich beteiligt sind, darzustellen. Allerdings werden randomisiert kontrollierte Studien benötigt, um die bisherigen Befunde empirisch abzusichern und die Grundlage für die Konzeption eines solchen Programms zu schaffen. Der Forschungsbedarf zum Zusammenhang von Emotionsregulationskompetenz und depressiver Psychopathologie bleibt im Hinblick auf die Verbesserung und Erweiterung psychologischer Behandlungsansätze demnach hoch.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Literaturverzeichnis

- Acciai, F. & Hardy, M. (2017). Depression in later life: A closer look at the gender gap. *Social science research*, 68, 163–175. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2017.08.003>
- Adam, C. (1998). *Depressive Störungen im Alter: Epidemiologie und soziale Bedingungen*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Adelman, P. K. (1994). Multiple roles and psychological well-being in a national sample of older adults. *Journals of Gerontology*, 49(6), 277–285. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.6.s277>
- Adler, G., Chwalek, K. & Jajcevic, A. (2004). Six-month course of mild cognitive impairment and affective symptoms in late-life depression. *European Psychiatry*, 19(8), 502–505. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.003>
- Adler, C., Gunzelmann, T., Machold, C., Schumacher, J. & Wilz, G. (1996). Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 143–149.
- Adler, G., Tremmel, S., Brassens, S. & Scheib, A. (2000). Soziale Situation und Lebenszufriedenheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 210–216.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(1), 29–35. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.55.1.29>
- Agronin, M. (2009). Group therapy in older adults. *Current psychiatry reports*, 11(1), 27–32. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0005-1>
- Aldao, A. (2013). The Future of Emotion Regulation Research: Capturing Context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155–172. <https://doi.org/10.1177/1745691612459518>
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A. & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*, 28(4), 927–946. <https://doi.org/10.1017/s0954579416000638>
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974–983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276–281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Hull, J., Sirey, J. A. & Kakuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of general psychiatry*, 56(11), 1048–1053. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.11.1048>
- Alexopoulos, G. S., Kiosses, D. N., Heo, M., Murphy, C. F., Shanmugham, B. & Gunning-Dixon, F. (2005). Executive dysfunction and the course of geriatric depression. *Biological psychiatry*, 58(3), 204–210. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.024>
- Alexopoulos, G. S., Kiosses, D. N., Klimstra, S., Kalayam, B. & Bruce, M. L. (2002). Clinical presentation of the “depression-executive dysfunction syndrome” of late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(1), 98–106.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Mattis, S. & Kakuma, T. (1993). The course of geriatric depression with „reversible dementia“: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1693–1699. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.11.1693>
- Almeida, O., Alfonso, H., Pirkis, J., Kerse, N., Sim, M., Flicker, L. et al. (2011). A practical approach to assess depression risk and to guide risk reduction strategies in later life. *International psychogeriatrics*, 23(2), 280–291. <https://doi.org/10.1017/s1041610210001870>
- Almeida, O. P., Calver, J., Jamrozik, K., Hankey, G. & Flicker, L. (2009). Obesity and metabolic syndrome increase the risk of incident depression in older men. The health in men study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 889–898. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181b047e3>
- Almeida, D. M. & Horn, M. C. (2004). Is daily life more stressful during middle adulthood. *How healthy are we*, 425–451. <https://doi.org/10.7208/9780226074764>
- Amelang, M. & Bartussek, D. (2001). *Differential psychology and personality research*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Anderson, C. A., Miller, R. S., Riger, A. L., Dill, J. C. & Sedikides, C. (1994). Behavioral and characterological attributional styles as predictors of depression and loneliness: Review, refinement, and test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(3), 549–558. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.3.549>
- Antonucci, T. C. & Jackson, J. S. (1987). Social support, interpersonal efficacy, and health: A life course perspective. In L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Hrsg.), *Pergamon general psychology series – Handbook of clinical gerontology* (S. 291–311). Oxford: Pergamon Press.
- APA (2013). *Desk References to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- APA (2016). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. In A. E. Kazdin (Hrsg.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (S. 495–512). American Psychological Association.
- Areán, P. A. (2012). Personalizing behavioral interventions. The case of late-life depression. *Neuropsychiatry*, 2(2), 135–145. <https://doi.org/10.2217/npv.12.15>
- Areán, P. A. & Cook, B. L. (2002). Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biological Psychiatry*, 52(3), 293–303.

- Areán, P. A., Raue, P., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C. & Alexopoulos, G. S. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1391–1398.
- Arens, E. A., Balkir, N. & Barnow, S. (2013). Ethnic variation in emotion regulation: Do cultural differences end where psychopathology begins?. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(3), 335–351. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0022022112453314>
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The gerontologist*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Austad, S. N. (2001). Concepts and theories of aging. In E. J. Masoro & S. N. Austad (Hrsg.), *Handbook of the biology of aging* (S. 3–22). San Diego: Academic Press.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C. & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. *Handbook of depression in children and adolescents*, 6–32.
- Backenstrass M., Frank, A., Joest, K., Hingmann, S., Mundt, C. & Kronmüller, K. T. (2006). A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Comparative Psychiatry*, 47(1), 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.04.007>
- Backes, G. & Clemens, W. (2008). *Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Bäckman, L. & Molander, B. (1991). On the generalizability of the age-related decline in coping with high-arousal conditions in a precision sport: Replication and extension. *Journal of gerontology*, 46(2), 79–81. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.2.p79>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125–143. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.bpg015>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S. & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728–737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Bakker, A. M. (2017). *Self-compassion: an adaptive way to reduce recurrent depression symptoms through emotion regulation* (Unveröffentlichte Dissertation). University of British Columbia.
- Baldwin, B. (1997). Depressive Erkrankungen. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie* (S. 408–418). Stuttgart: Enke.
- Baldwin, B. A., Kleeman, K. M., Stevens, G. L. & Rasin, J. (1989). Family caregiver stress: Clinical assessment and management. *International Psychogeriatrics*, 1(2), 185–194. <https://doi.org/10.1017/S1041610289000190>
- Balsis, S. & Cully, J. A. (2008). Comparing depression diagnostic symptoms across younger and older adults. *Aging and mental health*, 12(6), 800–806. <https://doi.org/10.1080/13607860802428000>
- Baltes, P. B. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48(4), 191–210.
- Baltes, P. B. (2003). Das hohe Alter-mehr Bürde als Würde?. *MaxPlanckForschung*, 2, 15–19.

- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35(1), 85–105.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1–34.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1993). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (4. Aufl.). Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1994). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In P. B. Baltes, J. Mittelstrass & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern* (S. 1–34). Berlin: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110873085-003>
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. & Staudinger, U. M. (2006). Life-span theory in developmental psychology. In W. Damon & R. M. Lerner (Hrsg.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (6. Aufl., S. 569–664). New York: John Wiley & Sons. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111>
- Baltes, M. M. & Mayer, K. U. (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (1990). Weisheit und Weisheitsentwicklung: Prolegomena zu einer psychologischen Weisheitstheorie. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*, 22(2), 95–135.
- Barnow, S. (2012). Emotionsregulation und Psychopathologie. *Psychologische Rundschau*, 63(2), 111–124. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000119>
- Barnow, S. (2018). *Gefühle im Griff*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54637-6>
- Barnow, S., Löw, C., Arens, E. A., Schäfer, A. & Pruessner, L. (2019). Die Bedeutung von Akzeptanz für psychische Probleme im höheren Lebensalter. *Psychotherapeut*, 64(4), 272–280. <https://doi.org/10.1007/s00278-019-0362-0>
- Barnow, S., Pruessner, L. & Schulze, K. (2020). Flexible Emotionsregulation: Theoretische Modelle und Empirische Befunde. *Psychologische Rundschau*, 71(3), 288–302. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000494>
- Barnow, S., Reinelt, E. & Sauer, C. (2016). *Emotionsregulation*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47774-8>
- Barrick, A. L., Hutchinson, R. L. & Deckers, L. H. (1989). Age effects on positive and negative emotions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4(4), 421–429.
- Bath, P. A. & Deeg, D. (2005). Social engagement and health outcomes among older people: introduction to a special section. *European journal of ageing*, 2(1), 24–30. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10433-005-0019-4>
- Baumgarten, M., Battista, R. N., Infante-Rivard, C., Hanley, J. A., Becker, R. & Gauthier, S. (1992). The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of clinical epidemiology*, 45(1), 61–70. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(92\)90189-t](https://doi.org/10.1016/0895-4356(92)90189-t)
- Baur, N. & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>
- Beblo, T. (2002). Relevance of neuropsychological studies of depression in the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(2), 111–117. <https://doi.org/10.1007/s003910200015>
- Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.

- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression* (S. 3–28). New York: Wiley.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1996). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.
- Beesdo-Baum, K. & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (6. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_40
- Behnke, J. (2014). *Logistische Regressionsanalyse: Eine Einführung*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Berg, A., Palomäki, H., Lönnqvist, J., Lehtihalmes, M. & Kaste, M. (2005). Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke*, 36(3), 639–643. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000155690.04697.c0>
- Berking, M. (2017). *Training emotionaler Kompetenzen* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54273-6>
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P. & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(4), 234–245. <https://doi.org/10.1159/000348448>
- Berking, M. & von Känel, M. (2007). Achtsamkeitstraining als psychotherapeutische Interventionsmethode. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57(03/04), 170–177. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2006-951956>
- Berking, M., Meier, C. & Wupperman, P. (2010). Enhancing emotion-regulation skills in police officers: Results of a pilot controlled study. *Behavior Therapy*, 41(3), 329–339. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.001>
- Berking, M., Orth, U., Wupperman, P., Meier, L. L. & Caspar, F. (2008). Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 485–494. <https://doi.org/10.1037/a0013589>
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J. & Hofmann, S. G. (2014). Emotion Regulation Predicts Symptoms of Depression over Five Years. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003>
- Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3283503669>
- Berking, M. & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 56(2), 141–153.
- Bickel, H. (2003). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl., S. 11–26). Stuttgart, New York: Thieme.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (2006). *Biologische Psychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Birditt, K. S. & Fingerhman, K. L. (2005). Do we get better at picking our battles? Age group differences in descriptions of behavioral reactions to interpersonal tensions. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(3), P121–P128.

- Birk, J. L. & Bonanno, G. A. (2016). When to throw the switch: The adaptiveness of modifying emotion regulation strategies based on affective and physiological feedback. *Emotion, 16*(5), 657–670. <https://doi.org/10.1037/emo0000157>
- Bischoff, A. (2001). *Möglichkeiten zur Erhöhung der Rücklaufquote bei schriftlichen Befragungen*. Hamburg: Diplomica-Verlag.
- Blalock, J. A. & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive therapy and research, 24*(1), 47–65. <https://doi.org/10.1023/A:1005450908245>
- Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday Problem Solving and Emotion: An Adult Developmental Perspective. *Current Directions In Psychological Science, 16*(1), 26–31. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00469.x>
- Blanchard-Fields, F., Chen, Y. & Norris, L. (1997). Everyday problem solving across the adult life span: Influence of domain specificity and cognitive appraisal. *Psychology and Aging, 12*(4), 684–693. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.4.684>
- Blanchard-Fields, F., Jahnke, H. C. & Camp, C. (1995). Age differences in problem-solving style: the role of emotional salience. *Psychology and aging, 10*(2), 173–180. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.10.2.173>
- Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A. & Seay, R. B. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: Older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(1), P61–P64. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.1.p61>
- Blanchard-Fields, F., Stein, R. & Watson, T. L. (2004). Age differences in emotion-regulation strategies in handling everyday problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59*(6), P261–P269. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.6.p261>
- Bland, R. C., Newman, S. C. & Orn, H. (1988). Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 77*(338), 57–63. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb08548.x>
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journal of Gerontology and Biological Science and Medicine Science, 58*, M249–M265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249>
- Blazer, D. G., Hughes, D. C. & George, L. K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *The Gerontologist, 27*(3), 281–287. <https://doi.org/10.1093/geront/27.3.281>
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Böttche, M., Kuwert, P. & Knaevelsrud, C. (2012). Posttraumatic stress disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *International journal of geriatric psychiatry, 27*(3), 230–239. <https://doi.org/10.1002/gps.2725>
- Braam, A. W., Copeland, J. R., Delespaul, P. A., Beekman, A. T., Como, A., Dewey, M. et al. (2014). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *Journal of affective disorders, 155*, 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.011>
- Brakel van, J. (1994). Emotions: a cross-cultural perspective on forms of life. In W. M. Wentworth & J. Ryan (Hrsg.), *Social perspectives on emotion* (S. 179–237). Greenwich, CT: JAI Press.

- Brand, S., Dodel, R., Hautzinger, M., Gründer, G., Althaus, A. & Schneider, F. (2007). Depression bei M. Parkinson. *Der Nervenarzt*, 78(6), 715–728. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs00115-007-2292-2>
- Brandstätter, V., Schüler, J., Puca, R. M. & Lozo, L. (2013). *Motivation und Emotion – Allgemeine Psychologie für Bachelor*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Brassen, S., Gamer, M., Peters, J., Gluth, S. & Büchel, C. (2012). Don't look back in anger! Responsivness to missed chances in successful and nonsuccessfull aging. *Science*, 336(6081), 612–614. <https://doi.org/10.1126/science.1217516>
- Brink, T. L., Curran, P., Dorr, M. L., Janson, E., McNulty, U. & Messina, M. (1985). Geriatric Depression Scale: Order, examiner and reminiscence effects. *Clinical Gerontologist*, 3(4), 57–59.
- Brink, T. L., Yesavage, J., Lum, O., Heersuma, P., Adey, M. & Rose, T. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1(1), 37–43.
- Brodady, H., Luscombe, G., Parker, G., Wilhelm, K., Hickie, I., Austin, M. P. et al. (2001). Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *Journal of affective disorders*, 66(2-3), 225–236. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00317-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00317-7)
- Brody, C. L., Haaga, D. A. F., Kirk, L. & Solomon, A. (1999). Experiences of anger in people who have recovered from depression and never-depressed people. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(7), 400–405. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00005053-199907000-00002>
- Bronisch, T. (2003). Suizidalität. In H.-J. Möllner, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 1745–1763). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/3-540-27386-7_69
- Brooks, D. N. (1991). The head-injured family. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13(1), 155–188. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/01688639108407214>
- Broomfield, N. M., Davies, R., MacMahon, K., Ali, F. & Cross, S. M. (2007). Further evidence of attention bias for negative information in late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 22(3), 175–180. <https://doi.org/10.1002/gps.1655>
- Brouër, B. (2014). *Selbstbeurteilung in selbstorganisationsoffenen Lernumgebungen: Entwicklung eines Modells der Selbstbeurteilung und evidenzbasierter Impulse für die Förderung der Selbstbeurteilung in der Praxis*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Bruce, M. L., McAvay, G. J., Raue, P. J., Brown, E. L., Meyers, B. S., Keohane, D. J., Jagoda, D. R. et al. (2002). Major depression in elderly home health care patients. *American Journal of psychiatry*, 159(8), 1367–1374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1367>
- Brühlmann, T. (2015). Müdigkeit bei Burnout und Boreout. *Swiss Medical Forum* (15)17, 387–390.
- Brussig, M. & Wojtkowski, S. (2008). *Anstieg der Alterserwerbsbeteiligung: Aktuelle demographische Veränderungen geben Rückenwind*. Gelsenkirchen, Düsseldorf: Inst. Arbeit und Qualifikation, Hans-Böckler-Stiftung.
- Bühler, C. (1933). *Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*. [Human life as a psychological problem]. Hirzel.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Verlag.

- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2018). *Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht, Sterbetafel 1871/1881 bis 2014/2016*. Verfügbar unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S31-Lebenserwartung-Geburt-Geschlecht-ab-1871.html?nn=9992060>.
- Burgdorf, J. & Panksepp, J. (2006). The neurobiology of positive emotions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(2), 173–187. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.06.001>
- Butler, E. A., Lee, T. L. & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific?. *Emotion*, 7(1), 30–48. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.1.30>
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Klein, D. J. & Poehlmann, K. M. (1997). Psychophysiology of emotion across the life span. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 17, 27–74.
- Calliendo, M. & Kopeinig, S. (2008). Some practical guidance for the implementation of propensity score matching. *Journal of economic surveys*, 22(1), 31–72. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6419.2007.00527.x>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006a). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006b). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251–1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotion. A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106–124. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/1415404>
- Cappeliez, P. (1988). Some thoughts on the prevalence and etiology of depressive conditions in the elderly. *Canadian Journal of Aging*, 7(4), 431–440. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S0714980800014938>
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and aging*, 7(3), 331–338. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. & Fredrickson, B. L. (1998). Influence of HIV status and age on cognitive representations of others. *Health Psychology*, 17(6), 494–503. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.17.6.494>
- Carstensen, L. L., Fung, H. H. & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion*, 27(2), 103–123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Carstensen, L. L., Gottman, J. M. & Levenson, R. W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and aging*, 10(1), 140–149. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.10.1.140>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.54.3.165>
- Carstensen, L. L. & Lang, F. R. (2007). *Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Carstensen, L. L., Mikels, J. A. & Mather, M. (2006). Aging and the Intersection of Cognition, Motivation, and Emotion. In J. E. Birren, K. W. Schaie, J. E. Birren & K. W. Schaie (Hrsg.), *Handbook of the psychology of aging* (6. Aufl., S. 343–362). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. & Nesselroade, J. (2000). Emotion experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 644–655.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C. et al. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 393–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036772>
- Catanzaro, S. J., Wasch, H. H., Kirsch, I. & Mearns, J. (2000). Coping related expectancies and dispositions as prospective predictors of coping responses and symptoms. *Journal of Personality*, 68(4), 757–788. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00115>
- Catanzaro, S. J. & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of personality assessment*, 54(3–4), 546–563. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674019>
- Chapell, L. N. & Badger, M. (1989). Social Isolation and well-being. *Journal of Gerontology: Social Science*, 44(5), 169–176. <https://doi.org/10.1093/geronj/44.5.s169>
- Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 136(6), 1068–1091. <https://doi.org/10.1037/a0021232>
- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2007). Emotion Regulation and Aging. In J. J. Gross, J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 307–327). New York, NY, US: Guilford Press.
- Charles, S. T. & Luong, G. (2013). Emotional experience across adulthood: The theoretical model of strength and vulnerability integration. *Current Directions In Psychological Science*, 22(6), 443–448. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0963721413497013>
- Charles, S. T., Mather, M. & Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: The forgettable nature of negative images for older adults. *Journal Of Experimental Psychology: General*, 132(2), 310–324. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0096-3445.132.2.310>
- Charles, S. T., Piazza, J. R., Luong, G. & Almeida, D. M. (2009). Now you see it, now you don't: Age differences in affective reactivity to social tensions. *Psychology and aging*, 24(3), 645–653. <https://doi.org/10.1037/a0016673>
- Charles, S. T., Reynolds, C. A. & Gatz, M. (2001). Age related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 136–151.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.

- Cohen, L. H., Gunthert, K. C., Butler, A. C., O'Neil, S. C. & Tolpin, L. H. (2005). Daily affective reactivity as a prospective predictor of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73(6), 1687–1713. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2005.00363.x>
- Cole, M. G. & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147–1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Conklin, L. R., Cassiello-Robbins, C., Brake, C. A., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Ciraulo, D. A. et al. (2015). Relationships among adaptive and maladaptive emotion regulation strategies and psychopathology during the treatment of comorbid anxiety and alcohol use disorders. *Behaviour research and therapy*, 73, 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.001>
- Conner, K. A., Powers, E. A. & Bultena, G. L. (1979). Social interaction and life satisfaction: An empirical assessment of late-life patterns. *Journal of Gerontology*, 34(1), 116–121. <https://doi.org/10.1093/geronj/34.1.116>
- Consedine, N. S., Magai, C. & Bonanno, G. A. (2002). Moderators of the emotion inhibition-health relationship: A review and research agenda. *Review of General Psychology*, 6(2), 204–228. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.2.204>
- Coombs, C. H. (1964). *A theory of data*. New York: Wiley.
- Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Simonich, H., Smyth, J. & Mitchell, J. E. (2009). Daily mood patterns and bulimic behaviors in the natural environment. *Behaviour research and therapy*, 47(3), 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.11.006>
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 280–291. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.003>
- Cuijpers, P., Reynolds III, C. F., Donker, T., Li, J., Andersson, G. & Beekman, A. (2012). Personalized treatment of adult depression: medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depression and anxiety*, 29(10), 855–864. <https://doi.org/10.1002/da.21985>
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smit, F. & Andersson, G. (2009). Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-regression analysis. *International Psychogeriatrics*, 21(1), 16–24. <https://doi.org/10.1017/s1041610208008089>
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. New York: Basic books.
- D'Acremont, M. & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, 30(2), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.02.007>
- Dalbert, C. (1992). Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 13(4), 207–220.
- Dalbert, C. (1993). Psychisches Wohlbefinden und Persönlichkeit in Ost und West: Vergleich von Sozialisationseffekten in der früheren DDR und der alten BRD. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 13(1), 82–94.
- Damasio, A. R. (2016). *Der Spinoza-Effekt: Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. Berlin: List Taschenbuchverlag.
- Darwin, C. (1872). *The expression of emotions in animals and man*. London: Murray.

- D'Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S. & Katona, C. (1994). Screening, detection and Management of depression in elderly primary care attenders: The acceptability and performance of the 15 Item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Family Practice*, 11(3), 260–266. <https://doi.org/10.1093/fampra/11.3.260>
- Davidson, R. J. & Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in cognitive sciences*, 3(1), 11–21. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(98\)01265-0](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(98)01265-0)
- Davis, M. & Whalen, P. J. (2001). The amygdala: vigilance and emotion. *Molecular psychiatry*, 6(1), 13–34. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000812>
- De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Delaloye, C., Moy, G., de Bilbao, F., Baudois, S., Weber, K., Hofer, F. (2010). Neuroanatomical and neuropsychological features of elderly euthymic depressed patients with early- and late-onset. *Journal of the Neurological Sciences*, 299(1-2), 19–23.
- Derntl, B. (2012). Neuronale Korrelate der Empathie. In F. Schneider (Hrsg.), *Positionen der Psychiatrie* (S. 83–87). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Dessonville, C., Stoudemire, A. & Morris, R. (1992). Dysnomia in the differential diagnosis of major depression, depression-related cognitive dysfunction, and dementia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 4(1), 64–69. <https://doi.org/10.1176/jnp.4.1.64>
- Deykin, E. Y., Levy, J. C. & Wells, V. (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Public Health*, 77(2), 178–182. <https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.77.2.178>
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J. & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression?. *Explore*, 5(5), 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2009.06.005>
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (2017). *Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung*, 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Diehl, M., Coyle, N. & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology And Aging*, 11(1), 127–139. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.11.1.127>
- Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2007). *Statistik mit SPSS Version 15*. Magdeburg: Verlag Dietmar Klotz.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Hrsg.), *Well-being: The Foundations of hedonic psychology* (S. 213–229). New York: Russel Sage Foundation
- Diener, E., Sandvik, E. & Larsen, G. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21(3), 542–546. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.3.542>
- Diener, E. & Suh, M. E. (1997). Subjective well-being and age: An international analysis. In K. W. Schaie & M. P. Lawton (Hrsg.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (S. 304–324). New York: Springer.
- Dillman, D. A., Sinclair, M. D. & Clark, J. R. (1993). Effects of questionnaire length, respondent-friendly design, and a difficult question on response rates for occupant-addressed census mail surveys. *Public opinion quarterly*, 57(3), 289–304. <https://doi.org/10.1086/269376>

- Djernes, J. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly. A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372–387. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x>
- Döpfner, M. & Petermann, F. (2012). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Wiesbaden: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Dorman Ilan, S., Tamuz, N. & Sheppes, G. (2019). The fit between emotion regulation choice and individual resources is associated with adaptive functioning among young children. *Cognition and Emotion*, 33(3), 597–605. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1470494>
- Drayer, R. A., Mulsant, B. H., Lenze, E. J., Rollman, B. L., Dew, M. A., Kelleher, K. et al. (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 20(10), 973–982. <https://doi.org/10.1002/gps.1389>
- Dryman, M. T. & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Dudley, R., O'Brien, J., Barnett, N., McGuckin, L. & Britton, P. (2002). Distinguishing depression from dementia in later life: a pilot study employing the Emotional Stroop task. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(1), 48–53. <https://doi.org/10.1002/gps.514>
- Dulin, P. L. & Passmore, T. (2010). Avoidance of potentially traumatic stimuli mediates the relationship between accumulated lifetime trauma and late-life depression and anxiety. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 23(2), 296–299. <https://doi.org/10.1002/jts.20512>
- Durai, U. N. B., Chopra, M. P., Coakley, E., Llorente, M. D., Kirchner, J. E., Cook, J. M. et al. (2011). Exposure to trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in older veterans attending primary care: Comorbid conditions and self-rated health status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1087–1092. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03407.x>
- Dybedal, G. S., Tanum, L., Sundet, K., Gaarden, T. L. & Bjølseth, T. M. (2013). Neuropsychological functioning in late-life depression. *Frontiers in psychology*, 4, 381. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00381>
- Ebert, D. D., Christ, O. & Berking, M. (2013). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur emotionsspezifischen Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEKES). *Diagnostica*, (59)1, 17–32. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000079>
- Ebner, N. C. & Johnson, M. K. (2010). Age-group differences in interference from young and older emotional faces. *Cognition And Emotion*, 24(7), 1095–1116. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930903128395>
- Eder, T. & Raab, T. (2015). *Selbstbeobachtung: Oswald Wieners Denkpsychologie*. Suhrkamp Verlag.

- Ege, M. A., Messias, E., Thapa, P. B. & Krain, L. P. (2015). Adverse childhood experiences and geriatric depression: results from the 2010 BRFSS. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.08.014>
- Ehret, A. M. (2014). *Adaptive Emotionsregulation im Kontext der Major Depression* (unveröffentlichte Dissertation). Philipps-Universität Marburg.
- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A. & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1574–1584. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.013>
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S. & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10(4), 563–572. <https://doi.org/10.1037/a0019010>
- Eifert, G. H. & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 293–312. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.11.001>
- Eisenberg, N. & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*, 75(2), 334–339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x>
- Eisma, M. C., Schut, H. A., Stroebe, M. S., Boelen, P. A., van den Bout, J. & Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 163–180. <https://doi.org/10.1111/bjc.12067>
- Eismann, G. & Lammers, C. H. (2017). *Therapie-Tools Emotionsregulation*. Weinheim: Beltz.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American psychologist*, 48(4), 384–392. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.4.384>
- Ekman, P. (1994). Strong evidence for universals in facial expressions: A reply to Russell's mistaken critique. *Psychological Bulletin*, 115(2), 268–287. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.268>
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. *Handbook of cognition and emotion*, 98(45-60), 16. <https://doi.org/10.1002/0470013494.ch3>
- Ekman, P. (2004). Emotions revealed. *BMJ*, 328(5), 40. <https://doi.org/10.1136/sbmj.0405184>
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of personality and social psychology*, 17(2), 124–129. <https://doi.org/10.1037/h0030377>
- Elderkin-Thompson, V., Moody, T., Knowlton, B., Helleman, G. & Kumar, A. (2011). Explicit and implicit memory in late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 249–255. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181e89a5b>
- Enache, D., Winblad, B. & Aarsland, D. (2011). Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Current Opinion Psychiatry*, 24(6), 461–472. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e32834bb9d4>
- Engeln, A. (2003). Zur Bedeutung von Aktivität und Mobilität für die Entwicklung im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16(3), 117–129. <https://doi.org/10.1024/1011-6877.16.3.117>

- English, T., Lee, I. A., John, O. P. & Gross, J. J. (2017). Emotion regulation strategy selection in daily life: The role of social context and goals. *Motivation and Emotion*, 41(2), 230–242. <https://doi.org/10.1007/s11031-016-9597-z>
- Ericsson, K. A. (1985). Memory skill. *Canadian Journal of Psychology/Revue canadienne de psychologie*, 39(2), 188–231. <https://doi.org/10.1037/h0080059>
- Erlmeier, N. (2002). *Alternspsychologie: Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe*. Münster: Waxmann.
- Ernst, C. (1997). Epidemiologie depressiver Störungen im Alter. In H. Radebold & R. D. Hirsch (Hrsg.), *Depressionen im Alter* (S. 2–11). Darmstadt: Steinkopff.
- Ernst, C. & Angst, J. (1995). Depression in old age: Is there a real decrease in prevalence? A review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245(6), 272–287. <https://doi.org/10.1007/BF02191869>
- European Commission (2009). Data protection and privacy ethical guidelines. Verfügbar unter: <ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/docs/guidelines-annex5ict.pdf>
- Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. & Strehmel, P. (2014). *Grundriss der Psychologie: Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*, (14)3. Stuttgart: Kohlhammer.
- Favaro, A., Tenconi, E., Colombo, G. & Santonastaso, P. (2006). Full and partial post-traumatic stress disorder among World War II prisoners of war. *Psychopathology*, 39(4), 187–191. <https://doi.org/10.1159/000093522>
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N. & Rief, W. (2013). Emotion regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 144(1–2), 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.015>
- Feldman Barrett, L. (1997). The relationships among momentary emotion experiences, personality descriptions, and retrospective ratings of emotion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(10), 1100–1110.
- Fellgiebel, A. & Hautzinger, M. (2017). *Altersdepression – Ein interdisziplinäres Handbuch*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Fernández-Caballero, A., Latorre, J. M., Pastor, J. M. & Fernández-Sotos, A. (2014). Improvement of the elderly quality of life and care through smart emotion regulation. *International Workshop on Ambient Assisted Living*, 348–355. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13105-4_50
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2007). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.08.002>
- Fischer-Kern, M., Tmej, A., Kapusta, N. D., Naderer, A., Leithner-Dziubas, K., Löffler-Stastka, H. et al. (2008). Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(4), 368–380. <https://doi.org/10.13109/zptm.2008.54.4.368>
- Fiske, A., Wetherell, J. L. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Flavell, J. H. (1970). Cognitive changes in adulthood. In *Life-span developmental psychology*. New York: Academic Press.
- Flint, A. J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *The American journal of psychiatry*, 151(5), 640–649. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.5.640>
- Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N. L., Floyd, D. L. & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: a comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy

- for depressed older adults. *Behavior Modification*, 28(2), 297–318. <https://doi.org/10.1177/0145445503259284>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S. & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and aging*, 2(2), 171–184. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.2.171>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, 31(6), 772–799. <https://doi.org/10.1177/0145445507302202>
- Forsell, Y. & Winblad, B. (1998). Feelings of anxiety and associated variables in a very elderly population. *International journal of geriatric psychiatry*, 13(7), 454–458.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2009). Altersprobleme. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 583–616). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-79543-8>
- Fox, J. & Jones, K. D. (2013). DSM-5 and Bereavement: The Loss of Normal Grief?. *Journal of Counseling & Development*, 91(1), 113–119. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00079.x>
- Francis, J. L. & Kumar, A. (2013). Psychological treatment of late-life depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 561–575. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.005>
- Frank, W. & Konta, B. (2005). Kognitives Training bei Demenzen und andere Störungen mit kognitiven Defiziten. *Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)*, 26(1).
- Frank, E., Rush, A. J., Blehar, M., Essock, S., Hargreaves, W., Hogan, M., et al. (2002). Skating to where the puck is going to be: a plan for clinical trials and translation research in mood disorders. *Biological psychiatry*, 52(6), 631–654. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01467-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01467-1)
- Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L. & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291–299. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x>
- Frenzel, A. C., Götz, T. & Pekrun, R. (2009). Emotionen. In E. Wild & J. Möller (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie* (S. 205–231). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J. et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Fries, A. & Grawe, K. (2006). Inkonsistenz und psychische Gesundheit: eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(2), 133–148. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.54.2.133>
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Funder, D. C. (1999). *Personality judgment: A realistic approach to person perception*. San Diego: Academic Press.

- Funder, D. C. & Colvin, C. R. (1988). Friends and strangers: acquaintanceship, agreement, and the accuracy of personality judgment. *Journal of personality and social psychology*, 55(1), 149–158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.1.149>
- Fung, H. H. & Carstensen, L. L. (2006). Goals change when life's fragility is primed: Lessons learned from older adults, the September 11 attacks and sars. *Social Cognition*, 24(3), 248–278. <https://doi.org/10.1521/soco.2006.24.3.248>
- Fung, H. H., Carstensen, L. L. & Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(3), 185–206. <https://doi.org/10.2190/1abl-9be5-m0x2-lr9v>
- Gabriel, T. (2005). Resilienz: Kritik und Perspektiven. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(2), 207–217.
- Gallagher-Thompson, D. & Thompson, L. W. (1981). *Depression in the elderly: A behavioral treatment manual*. Lexington Books.
- Gallo, J. J. & Rabins, P. V. (1999). Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 60(3), 820–826.
- Gallwitz, A. & Lehl, S. (1978). Untersuchungen zur Eignung von Leistungsverfahren für die Messung von Schweregraden endogener Depressionen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 226(3), 215–227.
- Garber, J. & Dodge, K. A. (2004). Domains of emotion regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Hrsg.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (S. 3–11). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. & Onstein, E. (2002a). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16(5), 403–420. <https://doi.org/10.1002/per.458>
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychosomatic Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Van Eten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28(5), 619–631.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T. & Teerds, J. A. N. (2002b). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603–611. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0507>
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J. & Van Den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and

- females. *Personality and individual differences*, 36(2), 267–276. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00083-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00083-7)
- Gauggel, S. & Birkner, B. (1998). Diagnostik depressiver Störungen bei älteren Menschen. Eine Übersicht über die Entwicklung und Evaluation der „Geriatric Depression Scale“ (GDS). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie*, 11, 159–171.
- Gauggel, S. & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(1), 18–27. <https://doi.org/10.1026/0084-5345.28.1.18>
- Gensler, S., Skiera, B. & Böhm, M. (2005). Einsatzmöglichkeiten der Matching Methode zur Berücksichtigung von Selbstselektion. *Journal für Betriebswirtschaft*, 55(1), 37–62. <https://doi.org/10.1007/s11301-005-0010-3>
- Gerstorf, D., Ram, N., Röcke, C., Lindenberger, U. & Smith, J. (2008). Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and aging*, 23(1), 154–168. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.1.154>
- Gignac, M. A., Cott, C. & Badley, E. M. (2002). Adaptation to disability: Applying selective optimization with compensation to the behaviors of older adults with osteoarthritis. *Psychology and aging*, 17(3), 520–524.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R. & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 183–200. <https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.183>
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gladstone, T. R. & Kaslow, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of abnormal child psychology*, 23(5), 597–606. <https://doi.org/10.1007/bf01447664>
- Glaesmer, H., Kaiser, M., Brähler, E., Freyberger, H. J. & Kuwert, P. (2012). Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly – A German community-based study. *Aging & mental health*, 16(4), 403–412.
- Gogulla, S., Lemke, N. & Hauer, K. (2012). Effekte körperlicher Aktivität und körperlichen Trainings auf den psychischen Status bei älteren Menschen mit und ohne kognitive Schädigung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(4), 279–289. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0347-x>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537–549. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W. & Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), 577–586. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.05.031>
- Gonda, X., Pompili, M., Serafini, G., Carvalho, A. F., Rihmer, Z. & Dome, P. (2015). The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. *Annals of general psychiatry*, 14(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0068-9>
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107–135. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401>

- Goodyer, I. M., Ashby, L., Altham, P. M. E., Vize, C. & Cooper, P. J. (1993). Temperament and major depression in 11 to 16 year olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(8), 1409–1423. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb02099.x>
- Goossens, L., Van Malderen, E., Van Durme, K. & Braet, C. (2016). Loss of control eating in adolescents: Associations with adaptive and maladaptive emotion regulation strategies. *Eating behaviors*, 22, 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.015>
- Görgen, S. M., Loch, N., Hiller, W. & Witthöft, M. (2015). Kognitive Emotionsregulation und Psychopathologie: Erste teststatistische Untersuchung des deutschen Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in einer klinischen Stichprobe. *Zeitschrift für Psychiatrie und Psychologische Psychotherapie*, 63(4), 255–265. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000248>
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50(4), 171–181. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171>
- Grafström, M., Fratiglioni, L., Sandman, P. O. & Winblad, B. (1992). Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly. A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(8), 861–870. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(92\)90069-Y](https://doi.org/10.1016/0895-4356(92)90069-Y)
- Grady, C. L., Hongwanishkul, D., Keightley, M., Lee, W. & Hasher, L. (2007). The effect of age on memory for emotional faces. *Neuropsychology*, 21(3), 371–380. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.21.3.371>
- Graf, S. (1999). Betagte Menschen und ihre Haustiere. Förderliche und problematische Aspekte der Haustierhaltung und Implikationen für die (Kranken-)Pflege: Eine beschreibende Untersuchung. *Pflege*, 12, 101–111. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.12.2.101>
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Greenberg, L. S. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. K. D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 77–110). München: CIP-Medien.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychological Psychotherapy*, 1(1), 3–16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210–224. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332317>
- Greenlee, A., Karp, J. F., Dew, M. A., Houck, P., Andreescu, C. & Reynolds III, C. F. (2010). Anxiety impairs depression remission in partial responders during extended treatment in late-life. *Depression and anxiety*, 27(5), 451–456. <https://doi.org/10.1002/da.20672>
- Griffin, P. W., Mroczek, D. K. & Spiro, A. I. (2006). Variability in affective change among aging men: Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Journal Of Research In Personality*, 40(6), 942–965. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.09.011>

- Grob, A. & Smolenski, C. (2009). *FEEL-KJ: Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Gross, J. J. (1998b). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214–219. <https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.00152>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of Emotion Regulation* (S. 3–20). New York: Guilford.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Götestam Skorpen, C. & Hsu, A. Y. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and aging*, 12(4), 590–599. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.12.4.590>
- Gross, J. J. & Feldman Barrett, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion*, 3, 8–16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>
- Gross, J. J. & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gross, J. J., Richards, J. M. & John, O. P. (2006). Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. Simpson & J. N. Hughes (Hrsg.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (S. 13–35). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 3–20). New York: Guilford Press.
- Grühn, D., Scheibe, S. & Baltes, P. B. (2007). Reduced negativity effect in older adults' memory for emotional pictures: The heterogeneity-homogeneity list paradigm. *Psychology And Aging*, 22(3), 644–649. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.644>
- Gühne, U., Luppá, M., König, H. H., Hautzinger, M. & Riedel-Heller, S. (2014). Ist Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen im Alter wirksam?. *Psychiatrische Praxis*, 41(08), 415–423. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370113>

- Gum, A. M., Areán, P. A., Hunkeler, E., Tang, L., Katon, W., Hitchcock, P., et al. (2006). Depression treatment preferences in older primary care patients. *The Gerontologist*, 46(1), 14–22. <https://doi.org/10.1093/geront/46.1.14>
- Hahn, S., Carlson, C., Singer, S. & Gronlund, S. D. (2006). Aging and visual search: Automatic and controlled attentional bias to threat faces. *Acta Psychologica*, 123(3), 312–336. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2006.01.008>
- Haines, S. J., Gleeson, J., Kuppens, P., Hollenstein, T., Ciarrochi, J., Labuschagne, I. et al. (2016). The wisdom to know the difference: Strategy-situation fit in emotion regulation in daily life is associated with well-being. *Psychological Science*, 27(12), 1651–1659. <https://doi.org/10.1177/0956797616669086>
- Hajek, A., Brettschneider, C., Ernst, A., Lange, C., Wiese, B., Prokein, J. et al. (2015). Complex coevolution of depression and health-related quality of life in old age. *Quality of Life Research*, 24(11), 2713–2722.
- Härter, M., Klesse, C., Bermejo, I., Bschor, T., Gensichen, J., Harfst, T. et al. (2010). Evidenzbasierte Therapie der Depression. Die S3-Leitlinie unipolare Depression. *Der Nervenarzt*, 81(9), 1049–1068.
- Hartmann, R. (2020). *Heart Rate Variability-Patientendaten und deren Nutzung für das individuelle Krankheitsmanagement bei Depression*. (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Leipzig.
- Häusser, L. F. (2012). Empathie und Spiegelneurone. Ein Blick auf die gegenwärtige neuropsychologische Empathieforschung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(5), 322–335. <http://hdl.handle.net/20.500.11780/3704>
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter – Psychotherapeutische Behandlung für das Einzel- und Gruppensetting*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. & Meyer, T. D. (2002). *Diagnostik affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hautzinger, M. & Welz, S. (2008). Kurz- und längerfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Depressionen im Alter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(1), 52–60. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.37.1.52>
- Havighurst, R. J. (1948/1972). *Developmental tasks and education*. New York: McKay.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L. & Tobin, S. S. (1964). Disengagement and patterns of aging. *The Gerontologist*, 4(3), 24–24.
- Hay, A. C., Sheppes, G., Gross, J. J. & Gruber, J. (2015). Choosing how to feel: Emotion regulation choice in bipolar disorder. *Emotion*, 15(2), 139–145. <https://doi.org/10.1037/emo0000024>
- Hayes, S. C. & Lillis, J. (2013). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie*. München: Reinhardt.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2004). *Akzeptanz und Commitment Therapie*. München: CIP-Medien.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Heber, E., Lehr, D., Riper, H. & Berking, M. (2014). Emotionsregulation: Überblick und kritische Reflexion des aktuellen Forschungsstandes. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 43(3), 147–161. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000265>

- Hegeman, J. M., De Waal, M. W. M., Comijs, H. C., Kok, R. M. & Van der Mast, R. C. (2015). Depression in later life: a more somatic presentation?. *Journal of affective disorders*, 170, 196–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.032>
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2016). Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie. In H. H. Stavemann (Hrsg.), *Entwicklungen in der Integrativen KVT* (S. 73–89). Weinheim: Beltz.
- Hein, U. R., Henz, B. M., Hausteil, U. F., Seikowski, K., Aberer, W., Lautenschlager, S. et al. (1996). Zur Beziehung zwischen chronischer Urtikaria und Depression/Somatisierungsstörung. *Der Hautarzt*, 47(1), 20–23.
- Heisel, M. J. (2004). Suicide ideation in the elderly. *Psychiatric Times*, 21(3), 50.
- Heiy, J. E. & Cheavens, J. S. (2014). Back to basics: A naturalistic assessment of the experience and regulation of emotion. *Emotion*, 14(5), 878–891. <https://doi.org/10.1037/a0037231>
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M. et al. (2010). Psychische Erkrankungen im Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 209–243). Berlin: Akademie-Verlag.
- Henry, J. D. & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505x29657>
- Herrmann, N., Mittman, N., Silver, I. L., Shulman, K. I., Busto, U. A., Shear, N. H. et al. (1996). A Validation Study of the Geriatric Depression Scale short form. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 457–460. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199605\)11:5<457::AID-GPS325>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199605)11:5<457::AID-GPS325>3.0.CO;2-2)
- Herrmann, L. L., Goodwin, G. M. & Ebmeier, K. P. (2007). The cognitive neuropsychology of depression in the elderly. *Psychological Medicine*, 37(12), 1693–1702. <https://doi.org/10.1017/s0033291707001134>
- Heser, K., Tebarth, F., Wiese, B., Eisele, M., Bickel, H., Köhler, M. et al. (2013). Age of major depression onset, depressive symptoms, and risk for subsequent dementia: results of the German Study on Ageing, Cognition, and Dementia in primary care patients (Age-CoDe). *Psychological Medicine*, 43(8), 1597–1610. <https://doi.org/10.1017/s0033291712002449>
- Hess, T. M. & Pullen, S. M. (1994). Adult age differences in impression change processes. *Psychology and Aging*, 9(2), 237–250. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.9.2.237>
- Hirsch, A. M. (1996). *Psychologie für Altenpfleger. Bd. 1, Probleme des Alterns*. München: Urban & Vogel Verlag.
- Hirsch, R. D., Bronisch, T. & Sulz, S. K. (2009). Psychotherapie im Alter. *Psychotherapie* 14(2), 195–198.
- Hodzic, S., Scharfen, J., Ripoll, P., Holling, H. & Zenasni, F. (2018). How efficient are emotional intelligence trainings: A meta-analysis. *Emotion Review*, 10(2), 138–148. <https://doi.org/10.1177%2F1754073917708613>
- Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G. & Orrell, M. (2006). Quality of life of people with dementia in residential care homes. *British Journal of Psychiatry*, 188, 460–464. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007658>

- Hofmann, S. G., Grossman, P. & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1126–1132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 389–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.010>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A. & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29(5), 409–416. <https://doi.org/10.1002/da.21888>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hoffmann, N. & Schauenburg, H. (2000). *Psychotherapie der Depression*. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Hollon, S. D., Munoz, R. F., Barlow, D. H. & Beardslee, W. R. (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression. *Biological Psychiatry*, 52(6), 610–630. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01384-7](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01384-7)
- Holodynski, M. (2006). *Emotionen-Entwicklung und Regulation*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Holthoff, V. (2015). Innovative Versorgungsstrategien in der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. *Nervenarzt*, 86(4), 468–474.
- Honkalampi, K., Saarinen, P., Hintikka, J., Virtanen, V. & Viinamäki, H. (1999). Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68(5), 270–275. <https://doi.org/10.1159/000012343>
- Hopfinger, L. A. (2016). *Die Bedeutung von Emotionsregulation für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression* (Unveröffentlichte Dissertation). Philipps-Universität Marburg.
- Horowitz, M. J. & Znoj, H. J. (1999). Emotional control theory and the concept of defense: A teaching document. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(3), 213–224.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Hoyer, J., Heidenreich, T. & Fecht, J. (2000). Selbstaufmerksamkeit und ihre Veränderung bei stationären Alkoholpatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48(2), 105–117.
- Hu, T., Zhang, D. & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Hughes, E. K., Gullone, E. & Watson, S. D. (2011). Emotional functioning in children and adolescents with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 335–345. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9220-2>
- Hujer, R., Caliendo, M. & Radic, D. (2005). *Nobody Knows...How Do Different Evaluation Estimators Perform in a Simulated Labour Market Experiment?*. Arbeitspapier, Goethe-Universität Frankfurt.
- Hüll, M. & Bjerregaard, F. (2015). Depression im Alter. *PSYCH up2date*, 9(4), 209–224.

- Hunt, N. & Robbins, I. (2001). The long-term consequences of war: the experience of World War II. *Aging & mental health*, 5(2), 183–190. <https://doi.org/10.1080/13607860120038393>
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hybels, C. F., Blazer, D. G., Landerman, L. R. & Steffens, D. C. (2011). Heterogeneity in symptom profiles among older adults diagnosed with major depression. *International psychogeriatrics*, 23(6), 906–922. <https://doi.org/10.1017/S1041610210002346>
- Isaacowitz, D. M. & Blanchard-Fields, F. (2012). Linking process and outcome in the study of emotion and aging. *Perspectives On Psychological Science*, 7(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/1745691611424750>
- Isaacowitz, D. M., Wadlinger, H. A., Goren, D. & Wilson, H. R. (2006). Selective preference in visual fixation away from negative images in old age? An eye-tracking study. *Psychology And Aging*, 21(1), 40–48. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.40>
- Isen, A. M. (1984). Toward understanding the role of affect in cognition. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Hrsg.), *Handbook of social cognition* (S. 179–236). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Izadpanah, S., Barnow, S., Neubauer, A. B. & Holl, J. (2019). Development and validation of the Heidelberg Form for emotion regulation strategies (HFERST): factor structure, reliability, and validity. *Assessment*, 26(5), 880–906. <https://doi.org/10.1177/1073191117720283>
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum.
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological review*, 100(1), 68–90. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.1.68>
- Izard, C. E. & Kobak, R. R. (1991). Emotions system functioning and emotion regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Hrsg.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (S. 303–321). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4), 597–611. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001399>
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölting, C., Sommer, S., Lieb, R., Höfler, M. et al. (2002). Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *International journal of methods in psychiatric research*, 11(1), 1–18. <https://doi.org/10.1002/mp.118>
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9(34), 188–205.
- James, B. D., Xie, S. X. & Karlawish, J. H. T. (2005). How do patients with Alzheimer disease rate their overall quality of life? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(6), 484–490. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.6.484>
- Jenness, J. L., Jager-Hyman, S., Heleniak, C., Beck, A. T., Sheridan, M. A. & McLaughlin, K. A. (2016). Catastrophizing, rumination, and reappraisal prospectively predict adolescent PTSD symptom onset following a terrorist attack. *Depression and anxiety*, 33(11), 1039–1047. <https://doi.org/10.1002/da.22548>
- Jenkins, C. R. & Dillman, D. A. (1997). Towards a Theory of Self-Administered Questionnaire Design. In: L. Lyberg et al. (Hrsg.), *Survey Measurement and Process Quality* (S. 1–26). New York: Wiley-Interscience.

- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Joormann, J. & D'Avanzato, C. (2010). Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition & Emotion*, 24(6), 913–939. <https://doi.org/10.1080/02699931003784939>
- Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30(1), 11–22. <https://doi.org/10.1017/s0033291799001452>
- Just, N. & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 221–229. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.221>
- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A. & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of internal medicine*, 164(11), 1179–1184. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.11.1179>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kahn, J. H. & Garrison, A. M. (2009). Emotional self-disclosure and emotional avoidance: Relations with symptoms of depression and anxiety. *Journal of counseling psychology*, 56(4), 573–584. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016574>
- Karel, M. J. & Hinrichsen, G. (2000). Treatment of depression in late life: Psychotherapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 707–729. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00065-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00065-3)
- Kassel, J. D., Bornovalova, M. & Mehta, N. (2007). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 939–950. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.014>
- Katona, C. (1993). The aetiology of depression in old age. *International Review of Psychiatry*, 5(4), 407–416. <https://doi.org/10.3109/09540269309037802>
- Keller, F., Ruppe, A., Stieglitz, R. D. & Wolfersdorf, M. (1997). Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung von Depressivität auf der Symptomebene. In M. Wolfersdorf (Hrsg.), *Depressionsstationen/Stationäre Depressionsbehandlung* (S. 139–143). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kennedy, Q., Mather, M. & Carstensen, L. L. (2004). The Role of Motivation in the Age-Related Positivity Effect in Autobiographical Memory. *Psychological Science*, 15(3), 208–214. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.01503011.x>
- Kensinger, E. A. (2008). Age differences in memory for arousing and nonarousing emotional words. *The Journals Of Gerontology: Series B: Psychological Sciences And Social Sciences*, 63(1), P13–P18. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.1.p13>
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological medicine*, 40(2), 225–237. <https://doi.org/10.1017/s0033291709990213>

- Kessler, E. M. & Staudinger, U. M. (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and aging*, 24(2), 349–362. <https://doi.org/10.1037/a0015352>
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Shuttlesworth, E. C., Dyer, C. S., Ogrocki, P. & Speicher, C. E. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic medicine*, 49(5), 523–535. <https://doi.org/10.1097/00006842-198709000-00008>
- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107–122). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_7
- Kiosses, D. N., Ravdin, L. D., Gross, J. J., Raue, P., Kotbi, N. & Alexopoulos, G. S. (2015). Problem adaptation therapy for older adults with major depression and cognitive impairment: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(1), 22–30. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1305>
- Klein, J. P. & Belz, M. (2014). *Psychotherapie chronischer Depression: Praxisleitfaden CBASP*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A. & Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive therapy and research*, 41(2), 206–219.
- Kleinginna, P. R. & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and emotion*, 5(4), 345–379. <https://doi.org/10.1007/BF00992553>
- Kluemper, D. H. (2008). Trait emotional intelligence: The impact of core-self evaluations and social desirability. *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1402–1412. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.12.008>
- Knight, M., Seymour, T. L., Gaunt, J. T., Baker, C., Nesmith, K. & Mather, M. (2007). Aging and goal-directed emotional attention: Distraction reverses emotional biases. *Emotion*, 7(4), 705–714. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.4.705>
- Koglin, U., Petermann, F., Jaščenoka, J., Petermann, U. & Kullik, A. (2013). Emotionsregulation und aggressives Verhalten im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 22(3), 155–164. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000112>
- Köhler, S., Thomas, A. J., Barnett, N. A. & O'Brien, J. T. (2010). The pattern and course of cognitive impairment in late-life depression. *Psychological Medicine*, 40(4), 591–602. <https://doi.org/10.1017/s0033291709990833>
- König, D. (2011). *Good Scientific Practice: Planung und Durchführung psychologischer Studien*. Wien: UTB Facultas.wuv.
- Kohli, M. (2013). *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Springer VS, Wiesbaden.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4–41. <https://doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Hoppmann, C. A., Rapp, M. A., Gerstorf, D. et al. (2010). Veränderungen im hohen Alter: Zusammenfassung längsschnittlicher Befunde der Berliner Altersstudie. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 659–689). Berlin: Akademie Verlag.

- Kovacs, M., Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2008). Emotion (dys)regulation and links to depressive disorders. *Child Development Perspectives*, 2(3), 149–155. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00057.x>
- Kraaij, V., Arensman, E. & Spinhoven, P. (2002a). Negative life events and depression in elderly persons: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), P87–P94. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.p87>
- Kraaij, V. & De Wilde, E. J. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: A life span perspective. *Aging & Mental Health*, 5(1), 84–91. <https://doi.org/10.1080/13607860020020681>
- Kraaij, V., Pruyboom, E. & Garnefski, N. (2002b). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 6(3), 275–281. <https://doi.org/10.1080/13607860220142387>
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Verlag der Wissenschaften
- Kramer, M., German, P. S., Anthony, J. C., Von Korff, M. & Skinner, E. A. (1985). Patterns of mental disorders among the elderly residents of Eastern Baltimore. *Journal of the American Geriatric Society*, 33(4), 236–245. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1985.tb07110.x>
- Krauth, C., Stahmeyer, J., Petersen, J. J., Freytag, A., Gerlach, F. M. & Gensichen, J. (2014). Resource Utilisation and Costs of Depressive Patients in Germany. Results from the Primary Care Monitoring for Depressive Patients Trial. *Depression Research and Treatment*, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2014/730891>
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion Regulation and Psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman (Hrsg.), *The Regulation of Emotion* (S. 359–385). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kross, E., Gard, D., Deldin, P., Clifton, J. & Ayduk, O. (2012). “Asking why” from a distance: Its cognitive and emotional consequences for people with major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 559–569. <https://doi.org/10.1037/a0028808>
- Krug, K. & Mitmangruber, H. (2008). *Mindfulness, Akzeptanz und Meta-Emotionen – Emotionsregulation bei jungen und alten Menschen*. Berlin: VDM-Verlag.
- Kruse, A. (1998). *Psychosoziale Gerontologie. 2. Intervention*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kruse, A. (2014). Entwicklungspotenziale und Verletzlichkeit im hohen und sehr hohen Alter. *Psychotherapie im Alter*, 42, 177–198.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (2013). *Wir haben uns als Deutsche gefühlt: Lebensrückblick und Lebenssituation jüdischer Emigranten und Lagerhäftlinge*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-93687-6>
- Kryla-Lighthall, N. & Mather, M. (2009). The role of cognitive control in older adults’ emotional well-being. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Pulney, M. Silverstein, V. L. Bengtson, D. Gans et al. (Hrsg.), *Handbook of theories of aging* (2. Aufl.) (S. 323–344). New York: Springer Publishing Co.
- Kühn, K.-U. (2002). Major Depression bei organischen Grunderkrankungen. In K.-U. Kühn (Hrsg.), *Depression 2000* (S. 53–64). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kunzmann, U. & Grünh, D. (2005). Age differences in emotional reactivity: the sample case of sadness. *Psychology and aging*, 20(1), 47–59. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.1.47>

- Kunzmann, U., Kappes, C. & Wrosch, C. (2014). Emotional aging: a discrete emotions perspective. *Frontiers in psychology*, 5, 380. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00380>
- Kunzmann, U., Little, T. D. & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and aging*, 15(3), 511–526. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.15.3.511>
- Kunzmann, U., Rohr, M., Wieck, C., Kappes, C. & Wrosch, C. (2017). Speaking about feelings: Further evidence for multidirectional age differences in anger and sadness. *Psychology and Aging*, 32(1), 93–103. <https://doi.org/10.1037/pag0000142>
- Kurz, A. (1997). Depression im Alter: Klassifikation, Differentialdiagnose und Psychopathologie. In H. Radebold, R. D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe et al. (Hrsg.), *Depressionen im Alter* (S. 33–40). Steinkopff: Darmstadt.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2007). Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52(3), 212–217. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs00278-006-0521-y>
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S. et al. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105–1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
- Kwon, Y., Scheibe, S., Samanez-Larkin, G. R., Tsai, J. L. & Carstensen, L. L. (2009). Replicating the positivity effect in picture memory in Koreans: Evidence for cross-cultural generalizability. *Psychology And Aging*, 24(3), 748–754. <https://doi.org/10.1037/a0016054>
- Labouvie-Vief, G. (2003). Dynamic Integration: Affect, Cognition, and the Self in Adulthood. *Current Directions In Psychological Science*, 12(6), 201–206. <https://doi.org/10.1046/j.0963-7214.2003.01262.x>
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lammers, C. H. (2007). *Emotionsbezogene Psychotherapie: Grundlagen, Strategien und Techniken*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Lane, R. D., Sechrest, L. & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 377–385. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(98\)90051-7](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(98)90051-7)
- Lang, F. R. (2004). Soziale Einbindung und Generativität im Alter. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S.362–372). Bern: Huber.
- Lang, F. R. & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology And Aging*, 17(1), 125–139. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.1.125>
- Lang, F. R., Staudinger, U. M. & Carstensen, L. L. (1998). Perspectives on socioemotional selectivity in late life: How personality and social context do (and do not) make a difference. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(1), P21–P30. <https://doi.org/10.1093/geronb/53B.1.P21>
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50(5), 372–385. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.5.372>
- Lange, C. (1887). *Über Gemütsbewegungen*. Leipzig: Theodor Thomas.

- Lange, C., Peters, M. & Radebold, H. (1995). Zur Versorgung älterer Patienten in Psychosomatischen Kliniken. In G. Heuft, A. Kruse, H. G. Nehen & H. Radebold (Hrsg.), *Interdisziplinäre Psychosomatik* (S. 243–252). München: MMV Medizin-Verlag.
- Lange, S. & Tröster, H. (2015). Adaptive und maladaptive Emotionsregulationsstrategien im Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(3), 101–111. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000141>
- Langer, E. & Schulz von Thun, F. (1974). *Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik – Ratingverfahren*. München: Reinhardt.
- Laurenceau, J. P., Hayes, A. M. & Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical psychology review*, 27(6), 682–695. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.007>
- Lawton, M. P. (2001). Emotion in later life. *Current directions in psychological science*, 10(4), 120–123. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00130>
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D. & Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7(2), 171–184. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.2.171>
- Lazarsfeld, P. F. (1940). Panel studies. *Public Opinion Quarterly*, 4, 122–128.
- Lazarsfeld, P. F. & Fiske, M. (1938). The panel as a new tool for measuring opinion. *Public Opinion Quarterly*, 2(4), 596–612. <https://doi.org/10.1086/265234>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- LeDoux, J. (2004). Emotion and the amygdala. In J. P. Aggleton (Hrsg.), *The amygdala: Neurobiological aspects of emotion, memory and mental dysfunction* (S. 339–351). New York: Wiley-Liss.
- Lee, D. J. & Markides, K. S. (1990). Activity and mortality among aged persons over an eight-year period. *Journal of Gerontology*, 45(1), S39–S42. <https://doi.org/10.1093/geronj/45.1.S39>
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lei, H., Zhang, X., Cai, L., Wang, Y., Bai, M. & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies in outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 218, 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.025>
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A. et al. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *The American journal of geriatric psychiatry*, 9(2), 113–135. <https://doi.org/10.1097/00019442-200105000-00004>
- Leppänen, J. M. (2006). Emotional information processing in mood disorders: a review of behavioral and neuroimaging findings. *Current opinion in psychiatry*, 19(1), 34–39. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000191500.46411.00>
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., Friesen, W. V. & Ekman, P. (1991). Emotion, physiology, and expression in old age. *Psychology and aging*, 6(1), 28–35. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.1.28>
- Levine, L. J. & Bluck, S. (1997). Experienced and remembered emotional intensity in older adults. *Psychology and aging*, 12(3), 514–523. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.3.514>

- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M. & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior therapy*, 35(4), 747–766. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80018-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80018-2)
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150–172.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Lang, F. R., Reischies, F. M. et al. (1998). Depression bei Hochbetagten – Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Der Nervenarzt*, 69(1), 27–37. <https://doi.org/10.1007/s001150050235>
- Lindenberger, U. & Baltes, P. B. (1997). Intellectual functioning in old and very old age: Cross-sectional results from the Berlin Aging Study. *Psychology And Aging*, 12(3), 410–432. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.12.3.410>
- Lindenberger, U., Smith, J. & Baltes, P. B. (1989). Das Altern der Intelligenz: Möglichkeiten und Grenzen. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 131, 93–96.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1201–1209. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.001>
- Loch, N., Hiller, W. & Witthoft, M. (2011). Der Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Erste teststatistische Überprüfung einer deutschen Adaption. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 94–106. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000079>
- Löckenhoff, C. E. & Carstensen, L. L. (2007). Aging, emotion, and health-related decision strategies: motivational manipulations can reduce age differences. *Psychology and aging*, 22(1), 134–146. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.134>
- Loewenstein, G. (2007). Affect regulation and affective forecasting. *Handbook of emotion regulation*. New York, London: Guilford Press.
- Lohman, M., Dumenci, L. & Mezuk, B. (2015). Depression and frailty in late life: evidence for a common vulnerability. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(4), 630–640. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu180>
- Longino Jr., C. F. & Kart, C. S. (1982). Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of Gerontology*, 37(6), 713–722. <https://doi.org/10.1093/geronj/37.6.713>
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W. & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of affective disorders*, 81(1), 61–66. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(03\)00198-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(03)00198-8)
- Low, J. T., Payne, S. & Roderick, P. (1999). The impact of stroke on informal carers: a literature review. *Social science & medicine*, 49(6), 711–725. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00194-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00194-x)
- Lowenthal, M. F. & Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33(1), 20–30. <https://doi.org/10.2307/2092237>

- Luijendijk, H. J., Van Den Berg, J. F., Hofmann, A., Tiemeier, H. & Stricker, B. H. C. (2011). β -blockers and the risk of incident depression in the elderly. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(1), 45–50.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B. et al. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 136(3), 212–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>
- Lützenkirchen, A. (2008). *Depression im Alter*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Lyness, J. M., Heo, M., Datto, C. J., Ten Have, T. R., Katz, I. R., Drayer, R. et al. (2006). Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 144(7), 496–504. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-7-200604040-00008>
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 166–177. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.75.1.166>
- Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176–190. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.176>
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D. & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1041–1060. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.5.1041>
- Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.1.31>
- Mabe, P. A. & West, S. G. (1982). Validity of self-evaluation of ability: A review and meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, 67(3), 280–296. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.67.3.280>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577–586. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- Maercker, A. & Leopold, A. (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Magai, C., Consedine, N. S., Krivoshekova, Y. S., Kudadjie-Gyamfi, E. & McPherson, R. (2006). Emotion experience and expression across the adult life span: Insights from a multimodal assessment study. *Psychology And Aging*, 21(2), 303–317. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.2.303>
- Magai, C. & Hunziker, J. (1998). To bedlam and part way back. In W. F. Flack, Jr. & J. L. Laird (Hrsg.), *Emotions in Psychopathology* (S. 380–393). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Mah, L. & Pollock, B. G. (2010). Emotional processing deficits in late-life depression. *The American journal of geriatric psychiatry*, 18(7), 652–656. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181d6b762>

- Margraf, M. & Berking, M. (2005). Mit einem «Warum» im Herzen lässt sich fast jedes «Wie» ertragen: Konzeption und empirische Evaluation eines psychotherapeutischen Entschlussstrainings. *Verhaltenstherapie*, *12*, 254–262. <https://doi.org/10.1159/000089746>
- Martin, M. & Kliegel, M. (2014). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Martins, B., Sheppes, G., Gross, J. J. & Mather, M. (2018). Age differences in emotion regulation choice: Older adults use distraction less than younger adults in high-intensity positive contexts. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological sciences and social sciences*, *73*(4), 603–611. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw028>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist* *56*, 227–238. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.56.3.227>
- Masters, J. C. (1991). Strategies and mechanisms for the personal and social control of emotion. In J. Garber & K. A. Dodge (Hrsg.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (S. 182–207). Cambridge University Press. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/CBO9780511663963.010>
- Mather, M. (2012). The emotion paradox in the aging brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1251*(1), 33–49. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06471.x>
- Mather, M. & Carstensen, L. L. (2003). Aging and attentional biases for emotional faces. *Psychological Science*, *14*(5), 409–415. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.01455>
- Mather, M. & Knight, M. (2005). Goal-directed memory: The role of cognitive control in older adults' emotional memory. *Psychology And Aging*, *20*(4), 554–570. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.4.554>
- Matt, G. E., Vázquez, C. & Campbell, W. K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, *12*(2), 227–255. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90116-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90116-P)
- Mattingly, V. & Kraiger, K. (2019). Can emotional intelligence be trained? A meta-analytical investigation. *Human Resource Management Review*, *29*(2), 140–155. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.03.002>
- Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S. L. & Rogosch, F. A. (2007). Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*(5), 685–703. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9129-0>
- McArdle, J. J. (2009). Latent variable modeling of differences and changes with longitudinal data. *Annual review of psychology*, *60*, 577–605. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163612>
- McClintock, S. M., Husain, M. M., Greer, T. L. & Cullum, C. M. (2010). Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis. *Neuropsychology*, *24*(1), 9–34. <https://doi.org/10.1037/a0017336>
- McClelland, D. C. (1959). Auf dem Wege zu einer Naturwissenschaft der Persönlichkeitspsychologie. In H. von Bracken & H. D. David (Hrsg.), *Perspektiven der Persönlichkeitspsychologie* (S. 270–280). Bern: Huber.
- McConatha, J. T. & Huba, H. M. (1999). Primary, secondary, and emotional control across adulthood. *Current Psychology*, *18*(2), 164–170. <https://doi.org/10.1007/s12144-999-1025-z>

- McCrae, R. R. (1989). Age differences and changes in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 44(6), P161–P169. <https://doi.org/10.1093/geronj/44.6.P161>
- McCullough, J. P. (2007). *Treating chronic depression with disciplined personal involvement: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. Springer Science & Business Media.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544–554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et al. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815–830. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
- McMahon, T. P. & Naragon-Gainey, K. (2018). The moderating effect of maladaptive emotion regulation strategies on reappraisal: A daily diary study. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 552–564. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9913-x>
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. & Jeste, D. V. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of affective disorders*, 129(1–3), 126–142. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016%2Fj.jad.2010.09.015>
- Melchinger, H. (2011). Psychotherapie im Alter: Anspruch und Wirklichkeit. *Neurotransmitter*, 10, 16–22.
- Mervielde, I. (2005). Persönlichkeitsbeurteilung aus entwicklungspsychologischer Perspektive. In J. Asendorpf (Hrsg.), *Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 563–616). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Merten, J. (2003). *Einführung in die Emotionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Merten, J. (2016). Mimik und Emotion – Die Bedeutung der Gesichtsbewegungen. *Psychologie in Österreich*, 5, 291–299.
- Metzler, P. & Krause, B. (1997). Methodischer Standard bei Studien zur Therapieevaluation. *Methods of psychological Research*, 2(1), 55–67.
- Mitchell, A. J. & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1588–1601. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1588>
- Mitmansgruber, H. (2003). *Kognition und Emotion. Die Regulation von Gefühlen im Alltag und bei psychischen Störungen*. Bern: Hans Huber.
- Mogg, K. & Bradley B. P. (1998). A Cognitive-motivational Analysis of Anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 809–848. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00063-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00063-1)
- Montada, L., Lindenberger, U. & Schneider, W. (2008). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 27–61). Weinheim: Beltz.
- Morishita, L., Boulton, C., Ebbitt, B., Rambel, M., Fallstrom, K. & Gooden, T. (1995). Concurrent Validity of Administering the Geriatric Depression Scale and the Physical of the SIP by Telephone. *Journal of the American Geriatric Society*, 43(6), 680–683. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb07206.x>
- Moriwaki, S. Y. (1974). The Affect Balance Scale: A validity study with aged samples. *Journal of Gerontology*, 29(1), 73–78. <https://doi.org/10.1093/geronj/29.1.73>

- Morley, J. E. (2004). The Top 10 Hot Topics in Aging. *The Journal of Gerontology*, 59A(1), M24–M33. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.1.M24>
- Morrow, J. & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 519–527. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.3.519>
- Mroczek, D. K. & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of personality and social psychology*, 75(5), 1333–1349. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333>
- Mroczek, D. K. & Spiro III, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of personality and social psychology*, 88(1), 189–202. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.189>
- Müller-Pein, H. & Lindner, R. (2020). Suizid im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 533–541). Wiesbaden: Springer VS.
- Müller-Spahn, F. & Hock, C. (1997). Neurobiologische Faktoren und somatische Aspekte der Depressionen im höheren Lebensalter. In H. Radebold & R. D. Hirsch (Hrsg.), *Depressionen im Alter* (S. 12–17). Darmstadt: Steinkopff.
- Naismith, S. L., Norrie, L. M., Mowszowski, L. & Hickie I. B. (2012). The neurobiology of depression in later-life: clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathophysiological features. *Progress Neurobiology*, 98(1), 99–143. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2012.05.009>
- Nakamura, Y. M. & Orth, U. (2005). Acceptance as a coping reaction: Adaptive or not?. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 64(4), 281–292. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.64.4.281>
- National Center for Health Statistics (1992). *The Longitudinal Study of Aging, 1984–90* (No. 28). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Health Statistics.
- Neumann, R. (2016). *Altersunterschiede in der emotionalen Reaktivität und Emotionsregulation: eine Frage der Multidirektionalität?* (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Leipzig.
- Nezu, A. M., D’Zurilla, T. J., Zwick, M. L. & Nezu, C. M. (2004). Problem-Solving Therapy for Adults. In E. C. Chang, T. J. D’Zurilla & L. J. Sanna (Hrsg.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (S. 171–191). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10805-010>
- Niederehe, G. (1996). Psychosocial treatments with depressed older adults – A research update. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(4), S66–S78.
- Nielsen, L., Knutson, B. & Carstensen, L. L. (2008). Affect dynamics, affective forecasting, and aging. *Emotion*, 8(3), 318–330. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.318>
- Nikitin, J. & Freund, A. M. (2011). Age and motivation predict gaze behavior for facial expressions. *Psychology And Aging*, 26(3), 695–700. <https://doi.org/10.1037/a0023281>
- Nikolaus, T. (2013). Gebrechlichkeit (Frailty). In A. Zeyfang, U. Hagg-Grün & T. Nikolaus (Hrsg.), *Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen*, (S. 1–32). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(4), 255–263. <http://dx.doi.org/10.1024/1661-4747.56.4.255>

- Nolan, S. A., Roberts, J. E. & Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 445–455. <https://doi.org/10.1023/A:1018769531641>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.4.569>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S. & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 704–708. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A. & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 855–862. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.4.855>
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115–121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and emotion*, 7(6), 561–570. <https://doi.org/10.1080/02699939308409206>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Notzon, S., Alferink, J. & Arolt, V. (2016). Altersdepression. Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. *Der Nervenarzt*, 87(9), 1017–1029. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0193-y>
- Nunnally, J. C. (1978). An overview of psychological measurement. *Clinical diagnosis of mental disorders*, 97–146. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2490-4_4
- Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J. & Gabrieli, J. D. (2002). Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of cognitive neuroscience*, 14(8), 1215–1229. <https://doi.org/10.1162/089892902760807212>
- Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*, 9(5), 242–249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
- Olatunji, B. O., Naragon-Gainey, K. & Wolitzky-Taylor, K. B. (2013). Specificity of rumination in anxiety and depression: A multimodal meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(3), 225–257. <https://doi.org/10.1037/h0101719>
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L. & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology* 91 (4), 730–749. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730>
- Ong, A. D., Rothstein, J. D. & Uchino, B. N. (2012). Loneliness accentuates age differences in cardiovascular responses to social evaluative threat. *Psychology and Aging*, 27(1), 190–198. <https://doi.org/10.1037/a0025570>
- Oppikofer, S., Albrecht, K. & Martin, M. (2010). Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen. *Zeitschrift*

- für *Gerontologie und Geriatrie*, 43(5), 310–316. <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-009-0066-0>
- Oppikofer, S., Albrecht, K., Schelling, H. R. & Wettstein, A. (2002). Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(1), 39–48. <http://dx.doi.org/10.1007/s003910200005>
- Orgeta, V. (2011). Regulation of affect in late adulthood: effects of mild depressive symptoms. *Aging and Mental Health*, 15(7), 866–872. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.569484>
- Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J. & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19(3), 402–408. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.3.402>
- Oude Voshaar, R. C., Van Der Veen, D. C., Hunt, I. & Kapur, N. (2016). Suicide in late-life depression with and without comorbid anxiety disorders. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(2), 146–152. <https://doi.org/10.1002/gps.4304>
- Pálsson, S. & Skoog, I. (1997). The epidemiology of affective disorders in the elderly: A review. *International Clinical Psychopharmacology*, 12(7), 3–13. <https://doi.org/10.1097/00004850-199712007-00002>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O. & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213–223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 261–273. <https://doi.org/10.1023/A:1023962332399>
- Parkinson, B. (2006). *Ideas and realities of emotion*. London: Routledge.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. In J. P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrightsman (Hrsg.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (S. 17–59). New York: Academic Press.
- Paulhus, D. L. (2002). Social Desirable Responding. The Evolution of a Construct. In H. I. Braun & D. N. Jackson (Hrsg.), *The role of constructs in psychological and educational measurement*. (S. 49–69). Mahwah: Erlbaum.
- Paykel, E. S. & Norton, K. R. W. (1986). Self-report and clinical interview in the assessment of depression. In N. Sartorius & T. A. Ban (Hrsg.), *Assessment of depression* (S. 356–366). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Pechmann, C., Petermann, F., Brähler, E., Decker, O. & Schmidt, S. (2015). Führt niedrige Resilienz zu einer stärkeren psychischen Belastung?. *Psychiatrische Praxis*, 42(04), 197–201. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1369920>
- Peerenboom, L., Collard, R. M., Naarding, P. & Comijs, H. C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of affective disorders*, 182, 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.033>
- Peeters, F., Nicolson, N. A., Berkhof, J., Delespaul, P. & DeVries, M. (2003b). Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 203–211. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.112.2.203>

- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica*, 101(1), 46–59.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter: Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Perrig-Chiello, P., Stähelin, H. B. & Perrig, W. J. (1999). *Wohlbefinden, Gesundheit und kognitive Kompetenz im Alter: Ergebnisse der Basler Interdisziplinären Altersstudie IDA*. Bern: Haupt-Verlag.
- Petermann, F., Petermann, U. & Nitkowski, D. (2016). *Emotionstraining in der Schule – Ein Programm zur Förderung der emotionalen Kompetenz*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Peters, M. (2009). Psychodynamische Psychotherapie im höheren Lebensalter. *Psychotherapie*, 14(2), 267–274.
- Petkus, A. J. & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and behavioral practice*, 20(1), 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.07.004>
- Phelps, E. A. (2004). Human emotion and memory: interactions of the amygdala and hippocampal complex. *Current opinion in neurobiology*, 14(2), 198–202. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2004.03.015>
- Phillips, L. H., Henry, J. D., Hosie, J. A. & Milne, A. B. (2008). Effective regulation of the experience and expression of negative affect in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(3), P138–P145. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.3.p138>
- Phillips, L. H., Scott, C., Henry, J. D., Mowat, D. & Bell, J. S. (2010). Emotion perception in Alzheimer disease and mood disorder in old age. *Psychology and Aging*, 25(1), 38–47. <https://doi.org/10.1037/a0017369>
- Pinquant, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414–426. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.16.3.414>
- Pinquant, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Preiss, M., Kucerova, H., Lukavsky, J., Stepankova, H., Sos, P. & Kawaciukova, R. (2009). Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. *Psychiatry Research*, 169(3), 235–239. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.042>
- Quackenbush, S. W. & Barnett, M. A. (2001). Recollection and evaluation of critical experiences in moral development: A cross-sectional examination. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(1), 55–64. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2301_5
- Radebold, H. (1992). *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-77069-2>
- Radebold, H. (2006). Psychotherapie mit Älteren: Zielsetzungen, Möglichkeiten und Grenzen. *Psychotherapie Forum*, 14(1), 12–16. <https://doi.org/10.1007/s00729-006-0128-3>
- Radkovsky, A. (2017). *Die Zusammenhänge zwischen adaptiver Emotionsregulation und Depression – Untersuchung prospektiver Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten von Emotionsregulation und dem Symptomspektrum von Major Depression*. (Unveröffentlichte Dissertation). Philipps Universität Marburg.
- Radkovsky, A., McArdle, J. J., Bockting, C. L. H. & Berking, M. (2014). Successful Emotion Regulation Skills Application Predicts Subsequent Reduction of Symptom Severity

- During Treatment of Major Depressive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 248–262. <https://doi.org/10.1037/a0035828>
- Raes, F., Smets, J., Nelis, S. & Schoofs, H. (2012). Dampening of positive affect prospectively predicts depressive symptoms in non-clinical samples. *Cognition & Emotion*, 26(1), 75–82. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.555474>
- Rahhal, T. A., May, C. P. & Hasher, L. (2002). Truth and character: Sources that older adults can remember. *Psychological Science*, 13(2), 101–105. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/1467-9280.00419>
- Raio, C. M., Oederu, T. A., Palazzolo, L., Shurick, A. A. & Phelps, E. A. (2013). Cognitive emotion regulation fails the stress test. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 110(37), 15139–15144. <https://doi.org/10.1073/pnas.1305706110>
- Rantanen, T., Portegijs, E., Kokko, K., Rantakokko, M., Törmäkangas, T. & Saajanaho, M. (2019). Developing an assessment method of active aging: university of jyvaskyla active aging scale. *Journal of aging and health*, 31(6), 1002–1024. <https://doi.org/10.1177/0898264317750449>
- Raposo, S. M., Mackenzie, C. S., Henriksen, C. A. & Afifi, T. O. (2014). Time does not heal all wounds: older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1241–1250. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.04.009>
- Rapp, M. A., Dahlman, K., Sano, M., Grossman, H. T., Haroutunian, V. & Gorman, J. M. (2005). Neuropsychological Differences Between Late-Onset and Recurrent Geriatric Major Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 691–698. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.691>
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2014). Quantitative Methoden 2 – Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-43548-9>
- Ready, R. E., Weinberger, M. I. & Jones, K. M. (2007). How happy have you felt lately? Two diary studies of emotion recall in older and younger adults. *Cognition And Emotion*, 21(4), 728–757. <https://doi.org/10.1080/02699930600948269>
- Reed, A. E. & Carstensen, L. L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers In Psychology*, 3, 339. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00339>
- Reekum Van, C. M., Schaefer, S. M., Lapate, R. C., Norris, C. J., Greischar, L. L. & Davidson, R. J. (2011). Aging is associated with positive responding to neutral information but reduced recovery from negative information. *Social, Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(2), 177–185. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq031>
- Reinecke, J. & Pöge, A. (2010). Strukturgleichungsmodelle. In C. Wolf & H. Best (Hrsg.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 775–804). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92038-2_29
- Reynolds III, C. F., Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D. et al. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Jama*, 281(1), 39–45. <https://doi.org/10.1001/jama.281.1.39>
- Robinson, M. D. & Compton, R. J. (2008). The Happy Mind in Action. The Cognitive Basis of Subjective Well-Being. In M. Eid & R. J. Larsen (Hrsg.), *The Science of Subjective Well-Being* (S. 220–238). New York: Guilford.

- Rohde, K., Adolph, D., Dietrich, D. E. & Michalak, J. (2014). Mindful attention regulation and non-judgmental orientation in depression: a multi-method approach. *Biological psychology*, *101*, 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.06.009>
- Riedel-Heller, S. G., Weyerer, S., König, H. H. & Luppá, M. (2012). Depression im Alter. *Der Nervenarzt*, *83*(11), 1373–1378. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3586-6>
- Rief, W. (2000). Somatisierungsstörung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 189–208). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Riemann, D. (2009). Does effective management of sleep disorders reduce depressive symptoms and the risk of depression?. *Drugs*, *69*(2), 43–64. <https://doi.org/10.2165/11531130-000000000-00000>
- Robert-Koch-Institut (2002). Gesundheit im Alter. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 10. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Robert-Koch-Institut (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Roelofs, J., Rood, L., Meesters, C., te Dorsthorst, V., Bögels, S., Alloy, L. B. et al. (2009). The influence of rumination and distraction on depressed and anxious mood: A prospective examination of the response styles theory in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *18*(10), 635–642. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0026-7>
- Rohr, M. K. & Lang, F. R. (2012). Soziale Beziehungen im Erwachsenenalter. In F. R. Lang, M. Martin & M. Pinquart (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie – Erwachsenenalter* (S. 105–122). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., Nolen-Hoeksema, S. & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *29*(7), 607–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.001>
- Rosenmayr, L. (1983). *Die späte Freiheit. Das Alter – ein Stück bewusst gelebten Lebens*. Berlin: Severin und Siedler.
- Rösler, A., Mapstone, M., Hays-Wicklund, A., Gitelman, D. R. & Weintraub, S. (2005). The ‚zoom lens‘ of focal attention in visual search: Changes in aging and Alzheimer’s disease. *Cortex: A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, *41*(4), 512–519. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0010-9452\(08\)70191-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0010-9452(08)70191-6)
- Rude, S. S. & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, *17*(5), 799–806. <https://doi.org/10.1080/02699930302283>
- Sauer, C., Sheppes, G., Lackner, H. K., Arens, E. A., Tarrasch, R. & Barnow, S. (2016). Emotion regulation choice in female patients with borderline personality disorder: Findings from self-reports and experimental measures. *Psychiatry Research*, *242*, 375–384. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.113>
- Savaskan, E. (2010). Das emotionale Gedächtnis im Alter und bei Depression. *Schweizerische Rundschau für Medizin*, *99*(25), 1565–1568. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a00333>
- Schachter, S. & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, *69*(5), 379–399. <https://doi.org/10.1037/h0046234>

- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5>
- Schahn, J. & Amelang, M. (1992). Mittelwertsunterschiede zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen: Eine vernachlässigte Größe? *Diagnostica*, 38(3), 187–208.
- Scheibe, S. & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *Journal of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(2), 135–144. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp132>
- Scheibe, S., Mata, R. & Carstensen, L. L. (2009). Yes, they can! Older adults accurately forecast emotional responses to wins (though not losses) in the 2008 US presidential election. *Manuscript submitted for publication*.
- Scheibe, S., Sheppes, G. & Staudinger, U. M. (2015). Distract or reappraise? Age-related differences in emotion-regulation choice. *Emotion*, 15(6), 677–681. <https://doi.org/10.1037/a0039246>
- Scherer, K. R. (1982). *Die vokale Kommunikation emotionaler Erregung*. Weinheim: Beltz.
- Scherer, K. R. (1984). Emotion as a multicomponent process: A model and some cross-cultural data. *Review of Personality & Social Psychology*, 5, 37–63.
- Scherer, K. R. (1987). Toward a dynamic theory of emotion. *Geneva Studies in Emotion*, 1, 1–96.
- Scherer, K. R. (1990). Theorien und aktuelle Probleme in der Emotionspsychologie. In K. R. Scherer (Hrsg.), *Psychologie der Emotion* (S. 1–38). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Scherer, K. R., Schorr, A. & Johnstone, T. (Hrsg.). (2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Oxford: University Press.
- Schenger, S. (2007). *Destandardisierung, Differenzierung, Individualisierung: Westdeutsche Lebensläufe im Wandel*. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90712-3>
- Schirda, B., Valentine, T. R., Aldao, A. & Prakash, R. S. (2016). Age-related differences in emotion regulation strategies: Examining the role of contextual factors. *Developmental Psychology*, 52(9), 1370–1380. <https://doi.org/10.1037/dev0000194>
- Schlagman, S., Schulz, J. & Kvavilashvili, L. (2006). A content analysis of involuntary autobiographical memories: Examining the positivity effect in old age. *Memory*, 14(2), 161–175. <https://doi.org/10.1080/09658210544000024>
- Schmitt, M., Hübner, A. & Maes, J. (2010). Validierung des Vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V) an Fremdeinschätzungen. *Diagnostica*, 56(3), 125–132. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000019>
- Schmidt, H. & Metzler, K. (1984). *Epiktet: Handbüchlein der Moral und Unterredungen*. Stuttgart: Kröner.
- Scholz, H. (2008). *Gesundheitsberichterstattung – Themenhefte: Psychotherapeutische Versorgung*. Robert-Koch-Institut.
- Schoon, I. (2006). *Risk and resilience: Adaptations in changing times*. Cambridge: University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511490132>
- Schulz, R. (1976). Effects of Control and Predictability on the Physical and Psychological Well-Being of the Institutionalized Aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(5), 563–573. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.33.5.563>

- Schulz, R., Drayer, R. A. & Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological psychiatry*, 52(3), 205–225. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01423-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01423-3)
- Schulz, R. & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia. Prevalence, health effects and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240–249.
- Schwarzbach, M., Luppá, M., Forstmeier, S., König, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (2014). Social relations and depression in late life – a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(1), 1–21. <https://doi.org/10.1002/gps.3971>
- Scocco, P., Fantoni, G. & Caon, F. (2006). Role of depressive and cognitive status in self-reported evaluation of quality of life in older people: comparing proxy and physician perspectives. *Age and Ageing*, 35(2), 166–171. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj026>
- Segal, M. E. & Schall, R. R. (1996). Life satisfaction and caregiving stress for individuals with stroke and their primary caregivers. *Rehabilitation Psychology*, 41(4), 303–320. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.41.4.303>
- Selby, E. A., Anestis, M. D. & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour research and therapy*, 46(5), 593–611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- Shallcross, A. J., Troy, A. S., Boland, M. & Mauss, I. B. (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 921–929. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.025>
- Shafir, R., Thiruchselvam, R., Suri, G., Gross, J. J. & Sheppes, G. (2016). Neural processing of emotional-intensity predicts emotion regulation choice. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(12), 1863–1871. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw114>
- Sheline, Y. I., Gado, M. H. & Kraemer, H. C. (2003). Untreated depression and hippocampal volume loss. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1516–1518. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1516>
- Sheppes, G. & Gross, J. J. (2011). Is timing everything? Temporal considerations in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 15(4), 319–331. <https://doi.org/10.1177%2F1088868310395778>
- Sheppes, G. & Meiran, N. (2008). Divergent cognitive costs for online forms of reappraisal and distraction. *Emotion*, 8(6), 870–874. <https://doi.org/10.1037/a0013711>
- Sheppes, G., Suri, G. & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 11, 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Shin, I. S., Carter, M., Masterman, D., Fairbanks, L. & Cummings, J. L. (2005). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(6), 469–474. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.6.469>
- Shiota, M. N. & Levenson, R. W. (2009). Effects of aging on experimentally instructed detached reappraisal, positive reappraisal, and emotional behavior suppression. *Psychological Aging*, 24(4), 890–900. <https://doi.org/10.1037/a0017896>
- Sim, L. & Zeman, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 760–771. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_11

- Simon, G. E. & Perlis, R. H. (2010). Personalized medicine for depression: can we match patients with treatments?. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1445–1455. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09111680>
- Smith, A. (2006). „Like waking up from a dream“: Mindfulness training for older people with anxiety and depression. In R. A. Bear (Hrsg.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (S. 191–215). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012088519-0/50010-1>
- Smoski, M. J., LaBar, K. S. & Steffens, D. C. (2014). Relative effectiveness of reappraisal and distraction in regulating emotion in late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 898–907. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.070>
- Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E. et al. (2009). Ecological momentary assessment of affect, stress, and binge-purge behaviors: Day of week and time of day effects in the natural environment. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 429–436. <https://doi.org/10.1002/eat.v42:510.1002/eat.20623>
- Sobel, R. M. & Markov, D. (2005). The impact of anxiety and mood disorders on physical disease: the worried not-so-well. *Current psychiatry reports*, 7(3), 206–212. <https://doi.org/10.1007/s11920-005-0055-y>
- Soeder, U. (2002). Störungsepidemiologie: Prävalenz, Behandlungsbedarf und Versorgung von psychischen Störungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 60–71). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Sokolowski, K. (2008). Emotion. In J. Müsseler (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie* (S. 295–337). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Spasojevic, J. & Alloy, L. B. (2002). Who becomes a depressive ruminator? Developmental antecedents of ruminative response style. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16(4), 405–419.
- Spinath, B. & Spinath, F. M. (2004). Verhaltensbeobachtungen in dyadischen Interaktionssituationen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25(2), 105–115. <https://doi.org/10.1024/0170-1789.25.2.105>
- Stacey, C. A. & Gatz, M. (1991). Cross-sectional age differences and longitudinal change on the Bradburn Affect Balance Scale. *Journal of Gerontology*, 46(2), P76–P78. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.2.P76>
- Statistisches Bundesamt (2016). *Ältere Menschen in Deutschland und der EU*. Wiesbaden: Metzler Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2020): *Todesursachen 2018*. Wiesbaden: Metzler Poeschel.
- Staudinger, U. M., Freund, A. M., Linden, M. & Maas, I. (1996). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 321–350). Berlin: Akademie-Verlag.
- Staudinger, U. M. & Greve, W. (2001). Resilienz im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter* (S. 95–144). Wiesbaden: Springer VS.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M. & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5(4), 541–566. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006155>

- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (2010). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In U. Lindenberg, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 175–207). Berlin: Akademie Verlag.
- Steinhagen-Thiessen, E., Gerok, W. & Borchelt, M. (1994). Innere Medizin und Geriatrie. In P. B. Baltes, J. Mittelstraß & U. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie* (S. 124–150). Berlin: de Gruyter.
- Steixner, R., Moser, B., Kemmler, G., Freudenthaler, H. H., Papousek, I., Deisenhammer, E. A. et al. (2015). Emotionale Kompetenz – der Einfluss von kognitiver Beeinträchtigung und Depression im Alter. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 26(2), 121–130.
- Stenkamp, K., Burian, R. & Diefenbacher, A. (2016). Depressive Patienten beim Hausarzt. Teil 1 und 2: Sichtweisen und praktischer Umgang. *Der Allgemeinarzt* 38, 52–57.
- Steuer, J. L., Mintz, J., Hammen, C. L., Hill, M. A., Jarvik, L. F., McCarley, T. et al. (1984). Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 180–189. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.2.180>
- Stien, J. & Adler, G. (2007). Trainingsprogramm zur Förderung der sozialen Kompetenz bei altersdepressiven Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 34(3), 145–149. <https://doi.org/10.1055/s-2007-974644>
- Stommel, M., Given, C. W. & Given, B. (1990). Depression as an overriding variable explaining caregiver burden. *Journal of Aging and Health*, 2(1), 81–102. <https://doi.org/10.1177%2F089826439000200106>
- Stoppe, G. & Staedt, J. (1993). Die frühe diagnostische Differenzierung primär dementer von primär depressiven Syndromen im Alter – ein Beitrag zur Pseudodemenzdiskussion. *Fortschritte in der Neurologischen Psychiatrie*, 61, 172–182.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R. & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Supprian, T. & Hauke, C. (2017). *Störungsspezifische Psychotherapie im Alter: Das Praxisbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Suri, G., Sheppes, G., Young, G., Abraham, D., McRae, K. & Gross, J. J. (2018). Emotion regulation choice: The role of environmental affordances. *Cognition and Emotion*, 32(5), 963–971. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1371003>
- Sweeney, P. D., Anderson, K. & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 974–991. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.974>
- Swendsen, J. D. & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical psychology review*, 20(2), 173–189. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00026-4](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00026-4)
- Szasz, P. L., Coman, M., Curtiss, J., Carpenter, J. K. & Hofmann, S. G. (2018). Use of multiple regulation strategies in spontaneous emotion regulation. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(3), 249–261. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0026-9>
- Tagay, S., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen alter Menschen. *Psychotherapie*, 14(2), 234–342.

- Tamir, M. (2009). What do people want to feel and why? Pleasure and utility in emotion regulation. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 101–105. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01617.x>
- Tamir, M. & Ford, B. Q. (2012). When feeling bad is expected to be good: Emotion regulation and outcome expectancies in social conflicts. *Emotion*, 12(4), 807–816. <https://doi.org/10.1037/a0024443>
- Tamir, M., John, O. P., Srivastava, S. & Gross, J. J. (2007). Implicit theories of emotion: affective and social outcomes across a major life transition. *Journal of personality and social psychology*, 92(4), 731–744. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.731>
- Tamir, M. & Robinson, M. D. (2007). The Happy Spotlight: Positive Mood and Selective Attention to Rewarding Information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(8), 1124–1136. <https://doi.org/10.1177/0146167207301030>
- Tamir, M., Robinson, M. D. & Solberg, E. C. (2006). You May Worry, but Can You Recognize Threats when You See Them? *Journal of Personality*, 74(5), 1481–1506. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00417.x>
- Tartler, R. (1961). *Das Alter in der modernen Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
- Tennen, H. & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108(2), 209–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.209>
- Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M. & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(12), 613–620. <https://doi.org/10.1007/s127-001-8202-7>
- Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thomae, H. (1979). Concept of development and life-span developmental psychology. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Hrsg.), *Life-span development and behavior* (S. 117–134). New York: Academic Press.
- Thomae, H. (1990). Stress, satisfaction, competence: Findings from the Bonn Longitudinal Study on Aging. In M. Bergener & S. I. Finkel (Hrsg.), *Clinical and scientific psychogeriatrics. 1. The holistic approaches, 2. The interface of psychiatry and neurology* (S. 117–134). New York: Springer.
- Thomas, R. C. & Hasher, L. (2006). The influence of emotional valence on age differences in early processing and memory. *Psychology And Aging*, 21(4), 821–825. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.4.821>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Trask, P. C. & Sigmon, S. T. (1999). Rumination and distracting: The effects of sequential tasks on depressed mood. *Cognitive Therapy and Research*, 23(3), 231–246. <https://doi.org/10.1023/A:1018787430249>
- Troy, A. S., Ford, B. Q., McRae, K., Zorolia, P. & Mauss, I. B. (2017). Change the things you can: Emotion regulation is more beneficial for people from lower than from higher socioeconomic status. *Emotion*, 17(1), 141–154. <https://doi.org/10.1037/emo0000210>

- Troy, A. S., Shallcross, A. J. & Mauss, I. B. (2013). A person-by-situation approach to emotion regulation: Cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychological science*, 24(12), 2505–2514. <https://doi.org/10.1177/0956797613496434>
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K. & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(11), 754–761. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89>
- Underwood, B. & Froming, W. J. (1980). The mood survey: A personality measure of happy and sad moods. *Journal of Personality Assessment*, 44(4), 404–414. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4404_11
- Unützer, J., Katon, W., Williams, J. W. J., Callahan, C. M., Harpole, L., Hunkeler, E. M. et al. (2001). Improving primary care for depression in late life. A design of a multi-center randomized trial. *Medical Care*, 39(8), 785–799. <https://doi.org/10.1097/00005650-200108000-00005>
- Uvnäs-Moberg, K. & Petersson, M. (2005). Oxytocin, ein Vermittler von Antistress, Wohlbefinden, sozialer Interaktion, Wachstum und Heilung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51(1), 57–80. <https://doi.org/10.13109/zptm.2005.51.1.57>
- Vaughan, L., Corbin, A. L. & Goveas, J. S. (2015). Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clinical interventions in aging*, 10, 1947–1958. <https://doi.org/10.2147/cia.s69632>
- Van der Veen, D. C., Van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., Comijs, H. C. & Voshaar, R. O. (2015). Comorbid anxiety disorders in late-life depression: results of a cohort study. *International psychogeriatrics*, 27(7), 1157–1165. <https://doi.org/10.1017/s104161021402312>
- Volz, M., Voelkle, M. C. & Werheid, K. (2019). General self-efficacy as a driving factor of post-stroke depression: A longitudinal study. *Neuropsychological rehabilitation*, 29(9), 1426–1438. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1418392>
- Vu, N. Q. & Aizenstein, H. J. (2013). Depression in the elderly: brain correlates, neuropsychological findings, and role of vascular lesion load. *Current Opinion in Neurology*, 26(6), 656–661. <https://doi.org/10.1097/wco.0000000000000028>
- Waern, M., Rubenowitz, E., Runeson, B., Skoog, I., Wilhelmson, K. & Allebeck, P. (2002). Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *Bmj*, 324(7350), 1355. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7350.1355>
- Wagner, S., Engel, A., Engelmann, J., Herzog, D., Dreimüller, N., Müller, M. B. et al. (2017). Early improvement as a resilience signal predicting later remission to antidepressant treatment in patients with major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 94, 96–106. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.003>
- Wahl, H.-W., Diehl, M., Kruse, A., Lang, F. R. & Martin, M. (2008). Psychologische Altersforschung: Beiträge und Perspektiven. *Psychologische Rundschau*, 59(1), 2–23. <https://doi.org/10.1026/0033-3042.59.1.2>
- Wahl, H.-W. & Rott, C. (2002). Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit. *Expertise im Auftrag der Geschäftsstelle der Sachverständigenkommission für die Erstellung des 4. Altenberichts der Bundesregierung*, 4, 5–95.

- Walter, U. & Schwartz, F. W. (2001). Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In U. Walter & F. W. Schwartz (Hrsg.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter* (S. 145–251). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-663-11019-4_5
- Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y. & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1), 93–99. <https://doi.org/10.1002/pon.3376>
- Wante, L., Mezulis, A., Van Beveren, M.-L. & Braet, C. (2017). The mediating effect of adaptive and maladaptive emotion regulation strategies on executive functioning impairment and depressive symptoms among adolescents. *Child Neuropsychology*, 23(8), 935–953. <https://doi.org/10.1080/09297049.2016.1212986>
- Watson, D., Clark, L. A. & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology*, 97(3), 346–353. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.346>
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 773–781. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.773>
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219–235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Weber, H., Geisler, F., Kubiak, T. & Siewert, K. (2008). Interindividual differences in emotional regulation: A personality psychology perspective on health. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16(3), 164–166.
- Webb, T. L., Miles, E. & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775–808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>
- Weinert, F. E., Schneider, W. & Knopf, M. (1988). Individual differences in memory development across life-span. In P. B. Baltes, D. L. Featherman & R. M. Lerner (Hrsg.), *Life-span development and behavior* (S. 39–85). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weisenbach, S. L. & Kumar, A. (2014). Current understanding of the neurobiology and longitudinal course of geriatric depression. *Current psychiatry reports*, 16(9), 463. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0463-y>
- Weiss, E. M., Papousek, I., Fink, A., Matt, T., Marksteiner, J. & Deisenhammer, E. A. (2012). Lebensqualität bei Älteren Personen mit unterschiedlichem Schweregrad von kognitiver Beeinträchtigung. *Neuropsychiatrie*, 26, 72–77.
- Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 4(4), 226–232. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199712\)4:4%3C226::AID-CPPI29%3E3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199712)4:4%3C226::AID-CPPI29%3E3.0.CO;2-M)
- Wendt, C., Freitag, S. & Schmidt, S. (2012). Wie traumatisiert sind die Kinder des 2. Weltkrieges? Der Zusammenhang von Alter bei Flucht und Vertreibung und aktuellen posttraumatischen Belastungssymptomen. *PPmP-Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(08), 294–300. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1314791>
- Wengenroth, M. (2012). *Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie: Mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.

- Wentura, D. & Pospeschill, M. (2015). *Multivariate Datenanalyse: Eine kompakte Einführung*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93435-8>
- Wermelinger Ávila, M. P., Lucchetti, A. L. G. & Lucchetti, G. (2017). Association between depression and resilience in older adults: a systematic review and meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(3), 237–246. <https://doi.org/10.1002/gps.4619>
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503–503. <https://doi.org/10.1017/S095457940000612X>
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University Press of Hawaii.
- Wernicke, T. F., Linden, M., Gilberg, R. & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(3), 111–119. <https://doi.org/10.1007/s004060070027>
- Wernicke, T. F., Reischies, F. M. & Linden, M. (2001). Epidemiologie von Depression und Demenz im Alter. In U. Hegerl, M. Zaudig & J. Möller (Hrsg.), *Depression und Demenz im Alter. Abgrenzung, Wechselwirkungen, Diagnose, Therapie* (S. 5–17). Wien, New York: Springer.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2006). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Wiese, B., Luppá, M., Pentzek, M., Bickel, H. et al. (2013). Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age and ageing*, 42(2), 173–180. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs184>
- Wilhelm, P. & Perrez, M. (2008). Ambulantes Assessment in der klinischen Psychologie und Psychiatrie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(3), 169–179. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.56.3.169>
- Williams, A. M. (1993). Caregivers of persons with stroke: their physical and emotional well-being. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 2(3), 213–220. <https://doi.org/10.1007/BF00435225>
- Wilson, K. C. M., Mottram, P. G. & Vassilas, C. A. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane database of systematic reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004853.pub2>
- Winkler, D., Pjrek, E. & Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 303–307. <https://doi.org/10.1159/000086321>
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wirtz, C. M., Radkovsky, A., Ebert, D. D. & Berking, M. (2014). Successful application of adaptive emotion regulation skills predicts the subsequent reduction of depressive symptom severity but neither the reduction of anxiety nor the reduction of general distress during the treatment of major depressive disorder. *PLoS one*, 9(10), e108288. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0108288>
- Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2>

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Kloese, M., Ryl, L. & Ziese, T. (2010). *Depressive Erkrankungen*. Robert-Koch-Institut.
- Wittchen, H. U. & Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000study. *Human Psychological Pharmacology*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/hup.398>
- Wittchen, H.-U., Strehle, J., Gerschler, A., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S. et al. (2015). Measuring symptoms and diagnosing mental disorders in the elderly community. The test–retest reliability of the CIDI65+. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(2), 116–129. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1002%2Fmpr.1455>
- Wolf, S., Kubatschek, K., Henry, M., Harth, S., Ebert, A. D. & Wallesch, C.-W. (2009). Fremdbeurteilung kognitiver Veränderungen im Alter. *Nervenarzt* 80, 1176–1189.
- Wolfersdorf, M., Schneider, B. & Schmidtke, A. (2015). Suizidalität: ein psychiatrischer Notfall, Suizidprävention: eine psychiatrische Verpflichtung. *Der Nervenarzt*, 86(9), 1120–1129.
- Wolter, D. K. (2016). Depressionen im höheren Lebensalter, Teil 1. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(4), 335–348. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-1019-4>
- Worcester, W. L. (1893). Observations on Some Points of James’s Psychology: II. Emotion. *The Monist*, 3(2), 285–298. <https://doi.org/10.5840/monist18933224>
- World Health Organisation (WHO) (2012). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (6. Aufl.; Hrsg.: H. Dilling & H. J. Freyberger). Bern: Huber.
- World Health Organisation (WHO) (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Genf: World Health Organization.
- Wurm, S., Wiest, M. & Tesch-Römer, C. (2010). Theorien zu Alter(n) und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(5), 498–503. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1044-9>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, O. (1988). Geriatric depression scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00930-000>
- Zaudig, M. (1995). Altersdepression. *Psycho*, 21, 97–106.
- Zepf, S., Mengele, U. & Marx, A. (2002). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zhou, H.-X., Chen, X., Shen, Y.-Q., Li, L., Chen, N.-X., Zhu, Z.-C. et al. (2020). Rumination and the default mode network: Meta-analysis of brain imaging studies and implications for depression. *Neuroimage*, 206, 116287. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.116287>
- Zimmermann, P. (1999). Emotionsregulation im Jugendalter. In W. Friedlmeier & M. Holoďynski (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung. Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen* (S. 219–240). Heidelberg: Spektrum.
- Zorn, J. V., Schür, R. R., Boks, M. P., Kahn, R. S., Joëls, M. & Vinkers, C. H. (2017). Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.036>
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.86.2.103>