



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Das Konstrukt der Achtsamkeit in Zusammenhang mit depressiven Symptomen – Validierung des Five Facet Mindfulness Questionnaire für das höhere Erwachsenenalter

verfasst von

Kerstin Schöberl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im November 2013

Studienkennzahl: A 298
Studienrichtung: Diplomstudium Psychologie
Betreuer: Mag. Dr. Ulrich Tran

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken. Auch wenn die letzten Jahre nicht immer einfach waren, so haben diese dennoch gezeigt, dass wir durch den Zusammenhalt unserer Familie alles schaffen können. Danke für eure bedingungslose Unterstützung, euren Glauben an mich und die zahlreichen ermutigenden Gespräche.

Herrn Mag. Dr. Ulrich Tran danke ich für die hervorragende Betreuung meiner Diplomarbeit. Nur durch seine wertvollen Tipps konnte so manche Hürde, die sich vor allem im Rahmen der Datenauswertung gestellt hat, gemeistert werden. Vielen Dank auch an meine Cousine, Mag.^a Eva Srb, für das Korrekturlesen meiner Arbeit.

Im Besonderen möchte ich mich auch bei all meinen StudienteilnehmerInnen bedanken. Nur durch ihre Mitarbeit und Hilfsbereitschaft konnte die vorliegende Studie realisiert werden. Ich durfte viele besondere Menschen kennenlernen und Einblick in ihre Lebensgeschichten nehmen.

Vielen Dank!

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Depressivität im höheren Erwachsenenalter	3
2.1. Prävalenz und Epidemiologie	4
2.2. Symptomatik und Kennzeichen	5
2.3. Ätiologie	6
2.3.1. <i>Kognitives Modell nach Beck</i>	6
2.3.2. <i>Verstärkungstheoretisches Modell</i>	7
2.3.3. <i>Modell der erlernten Hilflosigkeit</i>	7
2.3.4. <i>Biologische Erklärungsansätze</i>	8
2.3.5. <i>Diathese-Stress-Modell</i>	8
2.4. Diagnostik	9
2.4.1. <i>Klassifikation und diagnostische Kriterien nach ICD-10</i>	9
2.4.2. <i>Probleme der Depressionsdiagnostik</i>	11
2.5. Risikofaktoren für depressive Störungen	12
2.5.1. <i>Körperlicher Gesundheitszustand: Chronische Schmerzen, Hirn- oder Myokardinfarkte, Morbus Parkinson, Diabetes mellitus und Krebs</i>	12
2.5.2. <i>Soziale Unterstützung und Kontakte</i>	13
2.5.3. <i>Demografische Variablen: Geschlecht, Bildung, Einkommen, Familienstand und Wohnsituation</i>	14
2.6. Behandlungsmöglichkeiten	15
3. Das Konstrukt der Achtsamkeit	17
3.1. Definition und Operationalisierung.....	17
3.2. Die psychometrische Erfassung der Achtsamkeit	20
3.2.1. <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</i>	20
3.2.2. <i>Andere Achtsamkeitsfragebögen</i>	23
3.3. Achtsamkeitsbasierte Interventionen	25
3.3.1. <i>Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)</i>	25

3.3.2.	<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)</i>	26
3.3.3.	<i>Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)</i>	27
3.3.4.	<i>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</i>	28
3.4.	Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen.....	28
3.4.1.	<i>Wirkmechanismen</i>	30
3.5.	Achtsamkeit im höheren Erwachsenenalter.....	32
3.5.1.	<i>Notwendige Modifikationen beim therapeutischen Vorgehen</i>	33
3.5.2.	<i>Bisherige Ergebnisse zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen</i>	34
4.	Zielsetzung und Fragestellungen	37
4.1.	Allgemeine Zielsetzung	37
4.2.	Psychometrische Eigenschaften des FFMQ	38
4.3.	Achtsamkeit und Depressivität	39
4.4.	Achtsamkeit und Konzentrationsfähigkeit	40
4.5.	Konzentrationsfähigkeit als mögliche Moderatorvariable	41
5.	Methodik	41
5.1.	Beschreibung der Stichprobe	42
5.1.1.	<i>Ein-/Ausschlusskriterien und Rekrutierung</i>	42
5.1.2.	<i>Demografische und relevante Charakteristika</i>	42
5.2.	Beschreibung der Erhebungsinstrumente.....	44
5.2.1.	<i>Mini-Mental-Status-Test (MMST)</i>	44
5.2.2.	<i>Alters-Konzentrations-Test (AKT)</i>	45
5.2.3.	<i>Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</i>	46
5.2.4.	<i>Geriatrische Depressionsskala - Kurzform (GDS-15)</i>	47
5.2.5.	<i>Fragebogen zum Gesundheitszustand - Kurzform (SF-12)</i>	48
5.2.6.	<i>Fragebogen zur sozialen Unterstützung - Kurzform (F-SozU-K-14)</i>	49
5.2.7.	<i>Demografische Variablen und sonstige Merkmale der StudienteilnehmerInnen</i>	50
5.3.	Durchführung der Studie	50
6.	Ergebnisse	51

6.1. Konstruktvalidierung des FFMQ mittels explorativer Faktorenanalyse.....	52
6.2. Itemanalyse (Itemtrennschärfe).....	57
6.3. Reliabilitätsanalyse	58
6.4. Kriteriumsvalidierung.....	59
6.5. Partielle Korrelationen und logistische Regression zur Kontrolle der Risikofaktoren.....	61
6.6. Korrelationen zwischen den Facetten des FFMQ und der Konzentrationsfähigkeit.....	64
6.7. Partielle Korrelationen zur Kontrolle der Konzentrationsfähigkeit	65
7. Diskussion.....	65
7.1. Faktorenstruktur und psychometrische Qualität des FFMQ.....	65
7.2. Depressivität im höheren Erwachsenenalter	69
7.3. Bedeutung der Konzentrationsfähigkeit.....	70
7.4. Konklusion	71
8. Limitationen.....	72
Anhangsverzeichnis	73
Abbildungsverzeichnis	73
Tabellenverzeichnis	73
Literaturverzeichnis	74
Anhang.....	85

Die vorliegende Arbeit orientiert sich formal an den *Journal Article Reporting Standards* (APA Publications and Communications Board Working Group on Journal Article Reporting Standards, 2008). Die verwendete Literatur wurde nach den aktuellen Richtlinien der *American Psychological Association* (APA, 2009) zitiert.

Wenn im Folgenden von Studienleiterin die Rede ist, so bin damit ich, Kerstin Schöberl, gemeint.

1. Einleitung

Wir leben in einer Gesellschaft, in der der Anteil der älteren Bevölkerung immer weiter zunimmt. Laut der aktuellen Bevölkerungsprognose von Statistik Austria (2012) wird sich der derzeitige Anteil der Über-65-Jährigen von 18% auf 25% im Jahr 2030 erhöhen. Hierfür verantwortlich ist vor allem die sinkende Geburtenrate bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung.

Aufgrund dieser demografischen Entwicklung rückt die Lebenssituation bzw. -qualität von Menschen im höheren Erwachsenenalter¹ immer mehr in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Während in der Vergangenheit eher von einem „Defektmodell“ ausgegangen wurde, wonach ein alternder Organismus in seiner Funktionsfähigkeit immer mehr nachlässt, dominiert seit den 1970er-Jahren zunehmend die Annahme, dass auch später eine selbstständige und aktive Lebensführung möglich ist (Olbrich, 1991). Aus diesem Grund fordert daher unter anderem die *World Health Organization* (WHO, 1998), dass die Gesundheitspolitik Menschen darauf vorbereiten muss, bis ins Alter gesund zu bleiben.

Dennoch kann nicht verleugnet werden, dass der Prozess des Älterwerdens von einer Reihe negativer Entwicklungen begleitet wird. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend sowie der Bundesgesundheitsagentur führte Statistik Austria (2007) eine umfangreiche Befragung der österreichischen Bevölkerung zu gesundheitsrelevanten Themen durch. Immerhin 76% aller Befragten schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand mit „sehr gut“ oder „gut“ ein. Bei den 65- bis 74-Jährigen waren es hingegen nur mehr 50%. Rund 10% dieser Altersgruppe fühlten sich „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Viele glaubten, aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems bei Tätigkeiten des Alltagslebens stark eingeschränkt zu sein.

Nicht nur die physischen, sondern auch die psychischen Beschwerden können im Alter zunehmen. Neben hirnganischen Abbauprozessen (Demenzen) zählen Depressionen zu den häufigsten psychischen Problemen (Osborn et al., 2002; Rothera, Jones, & Gordon, 2002; Wild et al., 2012). Demenzen treten etwa bei einem Viertel und Depressionen bei der Hälfte aller geriatrischen PatientInnen über 65 Jahre auf (Schmeling-Kludas, Jäger, & Niemann, 2000). Auch in der restlichen älteren Bevölkerung sind psychische Probleme häufig vertreten. In der Gesundheitsbefragung von Statistik Austria (2007) gaben 78.8% der Über-60-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten unter chronischen Angstzuständen oder Depressionen gelitten zu haben.

¹ In der gängigen Literatur existieren verschiedene Definitionen. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an der Einteilung von Faltermaier, Mayring, Saup und Strehmel (2002), wonach die Zeit nach dem 60. Lebensjahr als höheres Erwachsenenalter gilt.

Die Diagnostik einer depressiven Störung gestaltet sich jedoch bei älteren Menschen, vor allem wegen der Symptomüberlappung mit einer dementiellen Erkrankung, als schwierig (Beblo, Schrader, & Brand, 2005; Gauggel & Birkner, 1998). Des Weiteren existieren zahlreiche Faktoren, die die Entstehung einer Depression wahrscheinlicher machen (siehe Kap. 2.5.) und bei der Auseinandersetzung mit diesem Thema Berücksichtigung finden sollten.

Es stellt sich somit die Frage, wie depressive Symptome im höheren Erwachsenenalter im besten Fall verhindert oder zumindest gut behandelt werden können, um ein möglichst gesundes Altern im Sinne der Forderung der WHO zu erreichen.

Einen vielversprechenden Ansatz stellen achtsamkeitsbasierte Interventionen dar, deren vordergründiges Ziel die Vermittlung einer absichtsvollen und nicht wertenden Wahrnehmung des augenblicklichen Moments ist (Kabat-Zinn, 2003). Ihre Wirksamkeit konnte bereits für ein großes Spektrum an Störungsbildern sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen Kontext nachgewiesen werden (Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Keng, Smoski, & Robins, 2011). Ob deren Anwendung positive gesundheitsrelevante Auswirkungen speziell bei älteren Personen zeigt, wurde jedoch erst in wenigen Studien untersucht. Bisherige Hinweise lassen vermuten, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen vor allem in Bezug auf Rückenschmerzen (Morone, Greco, & Weiner, 2008), die gesundheitsbezogene Lebensqualität und depressive Symptome (Ernst et al., 2008; O'Connor, Piet, & Hougaard, 2013; Smith, Graham, & Senthinathan, 2007) hilfreich sein können.

Aufgrund des regen Forschungsinteresses am Konstrukt der Achtsamkeit wurden zahlreiche Fragbögen zu dessen Erfassung publiziert, von denen der *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) zu den am häufigsten eingesetzten zählt (Sauer et al., 2013). Die psychometrischen Eigenschaften des FFMQ wurden bereits mit studentischen, allgemeinen, meditierenden und nicht-meditierenden Stichproben sowie mit depressiven PatientInnen überprüft (Baer et al., 2006; Baer et al., 2008; Bohlmeijer, ten Klooster, Fledderus, Veehof, & Baer, 2011; Christopher, Neuser, Michael, & Baitmangalkar, 2012; Tran, Glück, & Nader, 2013). Eine Validierung für das höhere Erwachsenenalter war jedoch noch ausständig. Bisherigen Studien zu diesem Altersbereich haben sich ausschließlich auf die Effektivität von Achtsamkeitstrainings bezogen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war daher, das Konstrukt der Achtsamkeit bei älteren Menschen weiter zu verfolgen. Im Speziellen wurde daher eine Validierung des FFMQ anhand einer Stichprobe von Über-60-Jährigen Personen durchgeführt. Aufgrund der hohen Prävalenz von Depressionen wurde als weiterer Schwerpunkt der

Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und dem Vorhandensein von depressiven Symptomen näher untersucht. Variablen, die in bisherigen Studien einen wichtigen Einfluss auf die Entstehung einer Depression gezeigt haben, wurden gegebenenfalls als Kontrollvariablen mitberücksichtigt. Aufmerksam zu sein und sich konzentrieren zu können, stellen wesentliche Komponenten der Achtsamkeit dar (Bishop et al., 2004; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). Altersbedingt können diese Fähigkeiten jedoch stark beeinträchtigt sein (Schlicht, 2008). Aus diesem Grund wurde daher erstmalig der Frage nachgegangen, ob Achtsamkeit von der Konzentrationsfähigkeit abhängig ist.

All diese Ergebnisse sollten Hinweise dafür liefern, ob der FFMQ ein valides Erhebungsinstrument bei älteren Menschen darstellt und ob das Konstrukt der Achtsamkeit in Bezug auf Depressionen auch im Bereich der Gerontopsychologie weiter verfolgt werden sollte.

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Im ersten, theoretischen Abschnitt wird auf das Vorhandensein von Depressionen bei älteren Menschen, die Symptomatik, Ätiologie, Diagnostik, Behandlungsmöglichkeiten und Risikofaktoren für depressive Störungen eingegangen. Des Weiteren wird das Konzept der Achtsamkeit genauer dargestellt. Neben Definitionsversuchen wird ein Überblick über aktuelle achtsamkeitsbasierte Fragebögen, Interventionen und Ergebnisse der bisherigen Wirksamkeitsforschung gegeben. Den Abschluss bilden Ausführungen zum Konstrukt der Achtsamkeit im höheren Erwachsenenalter.

Nach Erläuterung der konkreten Fragestellungen, widmet sich der zweite, empirische Teil der Arbeit der Beschreibung der Stichprobe, der verwendeten Erhebungsinstrumente sowie der Darstellung des Studienablaufes. Anschließend werden die Ergebnisse in Bezug auf die jeweilige Fragestellung dargestellt und näher diskutiert. Den Abschluss bilden mögliche Einschränkungen der vorliegenden Studie.

2. Depressivität im höheren Erwachsenenalter

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über depressive Störungen in Bezug auf das höhere Erwachsenenalter. Neben Daten zur Prävalenz und Epidemiologie werden die wichtigsten Symptome, Kennzeichen und Ursachen dargestellt. Die Klassifikation und Diagnosekriterien werden am Beispiel der depressiven Episode, welche zu den am häufigsten diagnostizierten depressiven Störungen zählt, erläutert (Beblo et al., 2005). In weiterer Folge wird auf die speziellen Probleme der

Depressionsdiagnostik und die Behandlungsmöglichkeiten bei älteren Menschen eingegangen. Abschließend werden jene Faktoren vorgestellt, die in bisherigen Studien einen Zusammenhang mit depressiven Störungen bzw. Symptomen gezeigt haben.

2.1. Prävalenz und Epidemiologie

Neben hirnganischen Abbauprozessen (Demenzen) zählen Depressionen zu den häufigsten psychischen Problemen im höheren Erwachsenenalter (Osborn et al., 2002; Rothera, Jones, & Gordon, 2002; Wild et al., 2012).

Bei den Angaben zur Prävalenz muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese in Abhängigkeit von der Stichprobe, den methodischen Besonderheiten (z.B. welche Cut-Off-Werte herangezogen werden), dem Erhebungszeitpunkt und -ort (gemeindebezogene Studien, Tagesklinik oder stationäre PatientInnen) schwanken kann. In der Literatur lassen sich zum Teil sehr unterschiedliche Angaben finden. Sie sollten daher nur als grobe Anhaltspunkte betrachtet werden.

Einer Einschätzung der WHO (2001) zufolge leiden weltweit 8-20% der älteren Menschen unter Depressionen. Osborn et al. (2002) stellten in ihrer repräsentativen Befragung von Über-75-Jährigen in England fest, dass 8.0% der 14 545 TeilnehmerInnen depressive Symptome zeigten. Wild et al. (2012) fanden in einer in Deutschland durchgeführten Studie heraus, dass 16.0% der 53- bis 80-Jährigen angaben, von einer klinisch signifikanten Depression betroffen zu sein. Noch dramatischer scheint die Situation bei geriatrischen PatientInnen zu sein. Laut Schmeling-Kludas et al. (2000) leidet in etwa die Hälfte unter Depressionen. In Bezug auf das Lebensalter scheint zudem ein U-förmiger Zusammenhang zu existieren. In einer von Wild et al. (2012) durchgeführten Studie konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeit einer depressiven Störung in Abhängigkeit von der betrachteten Altersgruppe variierte (53-59: 21.0%, 60-64: 17.7%, 65-69: 12.6%, 70-74: 14.4%, 75-80: 17.1%).

Im Allgemeinen sind Frauen häufiger als Männer von dieser Krankheit betroffen, was auch für das höhere Erwachsenenalter zutreffend ist. Die Depressionsprävalenz ist bei Frauen etwa doppelt so hoch als bei Männern (Linden et al., 1998). Als mögliche Ursachen für den Unterschied zwischen den Geschlechtern werden unter anderem hormonelle oder psychosoziale Faktoren diskutiert (Kuehner, 2003).

Auch wenn die Angaben zu den Prävalenzraten schwanken, kann zusammenfassend dennoch festgehalten werden, dass das Risiko, im höheren Erwachsenenalter an einer Depression zu erkranken, relativ hoch ist.

2.2. Symptomatik und Kennzeichen

Depressive Erkrankungen sind durch verschiedene Symptome gekennzeichnet, deren Kenntnis für eine fachgerechte Diagnose unerlässlich ist. Laut Beblo et al. (2005) zählen die niedergeschlagene Stimmungslage und der Interessenverlust zu den wichtigsten, aber nicht immer vordergründigen Symptomen. Neben den emotionalen Veränderungen bestehen in der Regel auch Veränderungen des Denkens, körperliche Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten. Ein weiteres Kennzeichen ist laut Schmidtke, Sell, und Löhr (2008), dass ältere depressive Menschen eine besondere Risikogruppe² für Suizid oder suizidale Handlungen darstellen. Etwa 90% aller Selbsttötungen gehen ursächlich mit einer Depression einher (Stoppe, 2008). Die Suizidgefährdung nimmt mit dem Alter sowohl für Männer als auch für Frauen gleichermaßen zu (Schmidtke et al., 2008).

Nach Stoppe (2008) ist die häufige Komorbidität mit somatischen Erkrankungen ebenfalls ein wesentliches Merkmal. Viele PatientInnen entwickeln nach einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt eine Depression (genauer siehe Kap. 2.5.). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die typischen Symptome depressiver Störungen.

Tabelle 1

Typische Symptome depressiver Störungen (Beblo et al., 2005)

Emotionale Veränderungen	Veränderungen des Denkens
<ul style="list-style-type: none"> – Depressive Stimmung – Interessenverlust – Keine Reagibilität auf angenehme Reize – Schuldgefühle – Gefühl von Wertlosigkeit – Erhöhte Kränkbarkeit – Traurigkeit – Ängstlichkeit – Verringerte Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> – Konzentrationsstörungen – Denkstörungen – Suizidgedanken – Todesgedanken – Verminderte Entschlussfähigkeit – Selbstabwertung – Pessimismus – Gesundheitsorgen – Wahn/Halluzinationen
Somatische Veränderungen	Veränderungen des Verhaltens
<ul style="list-style-type: none"> – Schlafveränderungen – Biozyklische Besonderheiten (z.B. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sozialer Rückzug – Sexuelles Desinteresse

² Als Risikogruppe für Suizid oder suizidale Handlungen wird eine Gruppe bezeichnet, deren Suizid- oder Suizidversuchsziffer deutlich höher ist als die der Allgemeinbevölkerung bzw. einer entsprechenden Alters- und Geschlechtsvergleichsgruppe (Schmidtke et al., 2008).

<p>Morgentief)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Appetitverlust/-steigerung – Gewichtsverlust/-zunahme – Energieverlust – Schwere in Extremitäten – Müdigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Vermehrtes Weinen/Verlust der Fähigkeit zu weinen – Verlangsamung – Unruhe
---	--

2.3. Ätiologie

Die Erklärungen für die Verursachung depressiver Störungen sind vielfältig und reichen von kognitiven und psychologischen bis hin zu biologischen Ansätzen. Im folgenden Abschnitt wird daher ein kurzer Überblick über die wichtigsten Modelle und Theorien gegeben.

2.3.1. Kognitives Modell nach Beck

Im kognitiven Modell von Beck (1964) wird davon ausgegangen, dass depressiven Erkrankungen kognitive Störungen zugrunde liegen. Bei den Betroffenen sind dysfunktionale Einstellungen, eine negative Sicht über sich selbst, die Welt und die Zukunft („kognitive Triade“) sowie eine mangelnde Informationsverarbeitung charakteristisch. Personen wenden aufgrund von negativen Erfahrungen ihre Aufmerksamkeit schemakongruenten Inhalten zu, welche der depressiven Grundhaltung entsprechen. Dies führt wiederum zu automatischen Gedanken, die durch logische Fehler (z.B. Kategorisierung, Übergeneralisierung, ungerechtfertigte Bezüge zur eigenen Person) gekennzeichnet sind. Diese fehlerbehafteten Gedanken bedingen in weiterer Folge eine verzerrte Selbstwahrnehmung und eine negative Interpretation von Umwelterfahrungen.

Bisherige Befunde konnten das Vorhandensein der negativen kognitiven Triade und der dysfunktionalen Einstellungen bei depressiven Personen bestätigen. Außerdem wurde die Wirksamkeit kognitiver Maßnahmen gut belegt, wenn sie auf eine Umstrukturierung fehlerbehafteter Gedanken abzielten (Brakemeier, Normann, & Berger, 2008).

2.3.2. Verstärkungstheoretisches Modell

Das verstärkungstheoretische Modell (Lewinsohn & Amenson, 1978) zählt zu den lerntheoretischen Erklärungsansätzen. Demnach ist die entscheidende Variable bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression der Mangel an einer verhaltenskontingenten positiven Verstärkung (Belohnung). Mit Belohnungen sind individuelle Verstärker gemeint, die für das Wohlbefinden einer Person bedeutend sind. Treten diese Belohnungen selten auf, kann eine depressive Verstimmung auftreten. In weiterer Folge reduzieren die Betroffenen immer mehr Verhaltensweisen, die das Erreichen alternativer Verstärker (vor allem von sozialen Verstärkern) ermöglichen könnten. Dieser Ablauf wird als „depressiver Teufelskreis“ bezeichnet.

Der kausale Zusammenhang zwischen Verstärkerverlust und Depression ist jedoch noch nicht endgültig geklärt. Es ist unklar, ob dieser Verlust der depressiven Störung vorangeht, sie begleitet oder Folge des depressiven Verhaltens ist (Brakemeier et al., 2008).

2.3.3. Modell der erlernten Hilflosigkeit

Das Modell der erlernten Hilflosigkeit (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) wurde auf Basis von Tierversuchen und Studien am Menschen entwickelt. Um die Entstehung einer Depression zu erklären werden vier Grundannahmen postuliert:

- Depressive Personen zeigen motivationale, kognitive und affektive Defizite sowie ein vermindertes Selbstwertgefühl.
- Hilflosigkeit wird erlebt durch die Annahme, dass hoch aversive Ereignisse besonders wahrscheinlich und erwünschte Ereignisse besonders unwahrscheinlich sind.
- Personen mit depressiven Symptomen sehen das Problem als zeitlich stabil und global (d.h. nicht auf eine bestimmte Situation begrenzt) an. Außerdem ist bei ihnen ein interner Attributionsstil vorherrschend, wonach die Konsequenzen eines Ereignisses als unabhängig von den eigenen Handlungen angesehen werden.
- Die Intensität der Symptome ist von der erwarteten Unkontrollierbarkeit und der Wichtigkeit des Ereignisses abhängig.

Auch bei diesem Modell ist unklar, inwieweit das Hilflosigkeitserleben und das Vorherrschen eines internen Attributionsstils Ursache oder Folge depressiver Störungen sind (Brakemeier et al., 2008).

2.3.4. *Biologische Erklärungsansätze*

Vielfach wird eine genetische Disposition für das Auftreten einer Depression verantwortlich gemacht. Laut Brakemeier et al. (2008) konnte die erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten affektiver Erkrankungen bei hereditär vorbelasteten Individuen mittlerweile durch mehrere Studien (z.B. Zwillingsstudien) belegt werden. Vor allem Erstgradverwandte hätten demnach ein deutlich erhöhtes Risiko. Beachtet werden muss in diesem Zusammenhang jedoch, dass lediglich die Disposition für depressive Störungen zu einem großen Teil von genetischen Faktoren beeinflusst wird. Für den tatsächlichen Krankheitsausbruch erscheinen hingegen komplexe Gen-Umwelt-Interaktionen verantwortlich zu sein.

Schon länger bekannt ist, dass Störungen in den Neurotransmittersystemen, wie etwa ein Mangel von Noradrenalin, Serotonin oder Dopamin, eine Depression verursachen können (Schüle, Baghai, & Rupprecht, 2007).

Eine wichtige Rolle kann auch das neuroendokrine System einnehmen. So ist beispielsweise bei vielen depressiven Menschen die Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse) erhöht, was zur Aufrechterhaltung der Erkrankung beitragen kann (Brakemeier et al., 2008). Auch scheint ein plötzlicher Abfall gonadaler Steroide (Östrogen bei Frauen, Testosteron bei Männern) ein Risikofaktor für die Entstehung einer Depression zu sein (Schüle et al., 2007).

2.3.5. *Diathese-Stress-Modell*

Nach diesem Modell spielen sowohl biologische, psychologische als auch Umweltfaktoren eine Rolle bei der Entstehung von depressiven Störungen. Demnach erben manche Menschen eine Diathese bzw. eine genetische Anfälligkeit. Diese allein reicht aber nicht aus, um eine Störung auszulösen. Treten jedoch, vor allem in der Kindheit, bestimmte Stressoren auf (wie zum Beispiel belastende Umwelt- oder Lebensereignisse), führt dies bei bereits anfälligen Personen zum Krankheitsausbruch. Als ursächlich werden dauerhaft sensibilisierte Systeme angesehen, die durch das frühe Erfahren von Stress entwickelt wurden und nun für den Rest des Lebens auch auf milde Stressoren zu stark reagieren.

Kritisch muss aber angemerkt werden, dass das Diathese-Stress-Modell nicht immer zutreffend ist. Nicht jede depressive Person war in ihrer Kindheit belastenden Erfahrungen ausgesetzt. Umgekehrt entwickelt nicht jedes traumatisierte Kind im späteren Alter eine Depression (Nemeroff, 1998).

2.4. Diagnostik

2.4.1. Klassifikation und diagnostische Kriterien nach ICD-10

Grundlegend für die Diagnosestellung sind Kriterien, die auf wissenschaftlich gestützten Erkenntnissen und klinischer Erfahrung beruhen (Beblo et al., 2005). Diese Kriterien sind in der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10; Dilling, Mombour, Schmidt, & Schulte-Markwort, 2006) der WHO festgelegt. Als weiteres Klassifikationssystem existiert das *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen* (DSM-IV; Saß, Wittchen, & Zaudig, 1998) der *American Psychiatric Association* (APA). Das Krankheitsbild der Depression erscheint im ICD-10 unter dem Kapitel „Affektive Störungen“ (F30-F39), im DSM-IV ist es der Achse I „klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme“ zugeordnet. Laut ICD-10 (Dilling et al., 2006) werden affektive Störungen in folgende Kategorien unterteilt: Manische Episode (F 30), bipolare affektive Störung (F 31), depressive Episode (F 32), rezidivierende depressive Störung (F 33), anhaltende affektive Störungen (F 34), andere affektive Störungen (F 38) und nicht näher bezeichnete affektive Störung (F 39). Wichtige Unterscheidungsmerkmale betreffen das mögliche Vorliegen einer zusätzlichen manischen Phase (bipolare Störung), die Erkrankungsschwere, Dauer, Episodenanzahl und das Vorliegen spezifischer Symptome (Beblo et al., 2005).

Die Klassifikation affektiver Störungen nach DSM-IV unterscheidet sich kaum von jener des ICD-10. Statt depressiver Episode bzw. rezidivierender depressiver Störung wird die Bezeichnung Major Depression, einzelne Episode bzw. rezidivierend verwendet.

Die häufigste Diagnose im Rahmen depressiver Störungen ist die *depressive Episode* (Beblo et al., 2005), weshalb diese im Folgenden etwas näher vorgestellt wird (weitere Informationen und Diagnosekriterien siehe Dilling et al., 2006). Dieses Krankheitsbild kann in leichte, mittelgradige und schwere (mit oder ohne psychotische Symptome) Episoden unterteilt werden. Laut ICD-10 beinhaltet es folgende Diagnosekriterien (Beblo et al., 2005; Dilling et al., 2006):

Allgemeine Kriterien:

- A) Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen andauern.
- B) In der Anamnese gibt es keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug waren, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode zu erfüllen.
- C) Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.

Zusätzliche Kriterien:

D) Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichem Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend
- Interessen- oder Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
- verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

E) Zusätzlich liegen ein oder mehr der folgende Symptome vor:

- Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
- unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
- wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizid oder suizidales Verhalten
- Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
- psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
- Schlafstörungen jeder Art
- Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

F) Schwere der Depression:

- Leicht: neben den allgemeinen Kriterien sind 4-5 der zusätzlichen Kriterien erfüllt
- Mittelgradig: allgemeine Kriterien und 6-7 der zusätzlichen Kriterien sind erfüllt
- Schwer: allgemeine Kriterien und 8 oder mehr der zusätzlichen Kriterien sind erfüllt

Auf Grundlage dieser Angaben können laut Beblo et al. (2005) das Vorliegen und der Typ einer klinisch relevanten Depression bestimmt werden, was als kategoriale Diagnostik bezeichnet wird. Der Schweregrad der Störung (dimensionale Diagnostik) wird üblicherweise noch zusätzlich mittels Fragebogen, wie zum Beispiel der *Geriatrischen Depressionsskala* (GDS; Bach, Nikolaus, Oster, & Schlierf, 1995), ermittelt.

2.4.2. Probleme der Depressionsdiagnostik

Depressive Störungen bleiben gerade bei älteren Betroffenen häufig unentdeckt oder werden nur unzureichend behandelt. In der Berliner Altersstudie von Stoppe et al. (1998) konnte beispielsweise festgestellt werden, dass 44% aller von Depressionen Betroffenen keine ausreichende Therapie erhielten. Laut Stoppe (2008) besteht nach wie vor die Annahme, dass es normal sei, wenn man im Alter schlechter schläft, sich zurückzieht, Interessen aufgibt oder keine Freude mehr am Leben hat. Die Beschwerden werden als altersgemäß angesehen. Aus diesem Grund werden Depressionen vergleichsweise spät oder überhaupt nicht behandelt.

Ein weiteres Problem bei der Diagnostik depressiver Störungen ist, dass für das höhere Erwachsenenalter keine eigenen Diagnosekriterien existieren. Die relevanten Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV beziehen sich vor allem auf das mittlere Erwachsenenalter. Obwohl depressive Störungen im Alter von denen junger PatientInnen nicht grundsätzlich abweichen, gibt es dennoch Unterschiede, die Berücksichtigung finden sollten. Ältere depressive Personen zeigen beispielsweise vermehrt neuropsychologische Symptome (z.B. Ablenkbarkeit), körperliche Beschwerden, somatoforme Störungen und Ängste (Beblo et al., 2005).

Gauggel und Birkner (1998) nennen als Schwierigkeit der Depressionsdiagnostik das Fehlen von Verfahren im Bereich der affektiven Störungen, die speziell für ältere Menschen validiert wurden. Des Weiteren stellt die verminderte Kooperationsfähigkeit von Personen im höheren Erwachsenenalter aufgrund sensorischer, motorischer und kognitiver Defizite ein Problem dar. Nebenwirkungen verwendeter Medikamente oder die generelle Zurückhaltung älterer Menschen gegenüber psychologischen Untersuchungen können den diagnostischen Prozess ebenfalls erschweren.

Ein wesentliches Problem der Diagnostik von depressiven Störungen ist die Symptomüberlappung mit dementiellen Erkrankungen (Beblo et al., 2005; Gauggel & Birkner, 1998). Vor allem die senile Demenz vom Alzheimer Typ ähnelt stark dem Erscheinungsbild einer Depression (z.B. Unruhe, sozialer Rückzug). Umgekehrt können depressive Störungen häufig mit kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen. Im schlimmsten Fall können depressive PatientInnen dadurch als „pseudodement“ und demente PatientInnen als depressiv verkannt werden.

Aufgrund dieser Summe an Problemen sind laut Beblo et al. (2005) beim diagnostischen Vorgehen, neben Verfahren zur kategorialen und dimensional Diagnostik, auch Kenntnisse über die Besonderheiten von Depressionen im Alter notwendig, um eine richtige Interpretation der Ergebnisse zu gewährleisten. Nur auf

diesem Wege ist es möglich, psychischem Leid und einem Chronifizierungsrisiko rechtzeitig begegnen zu können.

2.5. Risikofaktoren für depressive Störungen

Im Folgenden werden jene Faktoren näher vorgestellt, die in bisherigen Studien zum höheren Erwachsenenalter einen Zusammenhang mit depressiven Symptomen gezeigt haben und somit die Entstehung bzw. die Aufrechterhaltung einer Depression wahrscheinlicher machen.

2.5.1. Körperlicher Gesundheitszustand: Chronische Schmerzen, Hirn- oder Myokardinfarkte, Morbus Parkinson, Diabetes mellitus und Krebs

Ein gewichtiger Risikofaktor für das Entstehen einer Depression ist der körperliche Gesundheitszustand (Cole & Dendukuri, 2003). Personen, die ihren Gesundheitszustand, unabhängig von tatsächlich vorhandenen Erkrankungen, als schlecht einschätzen, zeigen mit höherer Wahrscheinlichkeit depressive Symptome (Djernes, 2006).

Neben dem allgemein empfundenen Gesundheitszustand konnten in bisherigen Studien des Weiteren verschiedene Krankheiten und Beschwerden als wichtige Kofaktoren identifiziert werden. Hierzu zählen vor allem chronische Schmerzen (Djernes, 2006). Es konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass Personen mit chronischem Schmerzsyndrom (z.B. Gelenks-, Rücken- oder Kopfschmerzen) im Vergleich zu PatientInnen mit anderen schweren Erkrankungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit hatten, an einer mäßigen oder schweren Depression zu leiden (V. Zietemann, Zietemann, Weitkunat, & Kwetkat, 2007). In einer Längsschnittuntersuchung (Geerlings, Twisk, Beekman, Deeg, & Van Tilburg, 2002) wurde ebenfalls eine positive Korrelation zwischen vorhandenen Schmerzen und Depression festgestellt, wobei dieser Zusammenhang bei Männern stärker war als bei Frauen. Das Alter der Befragten hatte hingegen keinen Einfluss.

Eine erhöhte Prävalenz von depressiven Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung konnte auch in Zusammenhang mit Hirn- und Myokardinfarkten gebracht werden (Zietemann et al., 2007). Einer Schätzung von Carney und Freedland (2003) zufolge leiden 20-25% aller Herzkranken unter depressiven Störungen. Jede/r zweite PatientIn nach einem Schlaganfall und mindestens jede/r dritte PatientIn nach einem Herzinfarkt entwickelt eine Major Depression (Stoppe, 2008). Als Ursache hierfür werden psychoreaktive und hirnorganische Prozesse diskutiert (Beblo et al., 2005).

Morbus Parkinson, eine neurodegenerative Erkrankung, die vor allem durch Bewegungsstörungen, Rigor (Muskelstarre), Tremor (Muskelzittern) sowie affektive und kognitive Dysfunktionen gekennzeichnet ist, steht ebenfalls bei bis zu 40% aller Betroffenen in Zusammenhang mit depressiven Symptomen (Weintraub, 2005; Zietemann et al., 2007).

Es gibt auch Hinweise, dass das Vorhandensein von Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“) die Wahrscheinlichkeit für eine Depression erhöht. Li, Ford, Strine, und Mogdad (2008) untersuchten diesen Zusammenhang. Es konnte gezeigt werden, dass rund 15% der Personen mit Typ-II-Diabetes (d.h. Alter zum Zeitpunkt der Diagnose ≥ 30 Jahre oder < 30 Jahre und kein aktueller Insulingebrauch) an einer depressiven Störung litten.

Eine große Risikogruppe stellen außerdem Betroffene von Krebserkrankungen dar (Spoletini et al., 2008; Weinberger, Bruce, Roth, Breitbart, & Nelson, 2011). Spoletini et al. (2008) schätzen, dass die Prävalenzrate für Depressionen bei 38% liegt. Bei depressiven KrebspatientInnen schritten im Vergleich zu nicht-depressiven KrebspatientInnen die tumorbedingten Symptome, Metastasen und Schmerzen schneller voran. Außerdem war deren Lebensqualität deutlich geringer (Hopko et al., 2008). Besonders alarmierend ist, dass depressive KrebspatientInnen ein höheres Suizidrisiko haben, welches bei Männern viermal höher ist als bei Frauen (Spoletini et al., 2008). Als besonders problematisch wird nach Weinberger et al. (2011) die Diagnostik einer depressiven Störung eingeschätzt, da sich viele Symptome der Krebserkrankung mit den Symptomen der Depression überschneiden (z.B. Gewichtsverlust, Suizidgedanken). Aus diesem Grund bleibt die depressive Störung bei KrebspatientInnen häufig unentdeckt und in weiterer Folge unbehandelt.

2.5.2. Soziale Unterstützung und Kontakte

Als bedeutsame protektive Faktoren für Depressionen haben sich die soziale Unterstützung und Kontakte erwiesen. Das Gefühl von Einsamkeit kann depressive Symptome auslösen. Hiervon stärker betroffen ist das männliche Geschlecht (Blazer, 2003; Luppä et al., 2012). Tiikkainen und Heikkinen (2005) sehen hierfür als Ursache, dass Männer prinzipiell nur nach familiärer Unterstützung suchen. Frauen haben hingegen einen größeren Freundeskreis auch außerhalb der Familie. Aus diesem Grund bestehen hier mehrere Möglichkeiten, Kontakt zu anderen Menschen zu halten.

Djernes (2006) stellte in einem ausführlichen Review-Artikel fest, dass soziale Isolation, wenig Kontakte mit anderen Menschen und geringe emotionale Unterstützung durch Kinder oder Verwandte große Risikofaktoren für die Entstehung einer

Depression im höheren Alter sind. Laut Fiske, Wetherell, und Gatz (2009) ist jedoch die Richtung des Zusammenhangs zwischen depressiven Symptomen und einem defizitären sozialen Umfeld noch nicht geklärt. Möglich wäre, dass die Depression entweder Ursache oder Folge der Einsamkeit ist. Depressive Menschen sind häufig nicht in der Lage, ihre sozialen Aktivitäten und Kontakte weiterhin zu pflegen, wodurch sie sich immer mehr zurückziehen. Umgekehrt ist es denkbar, dass ursprünglich gesunde Menschen aufgrund von Vereinsamung unglücklich sind und dadurch depressive Symptome entwickeln.

2.5.3. Demografische Variablen: Geschlecht, Bildung, Einkommen, Familienstand und Wohnsituation

Als einer der Hauptrisikofaktoren gilt das Geschlecht. Es konnte bereits vielfach nachgewiesen werden, dass Frauen für depressive Störungen im Allgemeinen gefährdeter sind (Cole & Dendukuri, 2003; Djernes, 2006). Kockler und Heun (2002) untersuchten diesen Geschlechtsunterschied genauer. Von der Gesamtstichprobe litten insgesamt 7.8% der Frauen und 4.3% der Männer unter einer Major Depression. Im Gegensatz zu den männlichen Studienteilnehmern haben die weiblichen Studienteilnehmerinnen teilweise andere Symptome gezeigt (z.B. mehr Appetitstörungen). Die Männer haben hingegen eher zu agitierten Symptomen geneigt. Die Autoren vermuten als mögliche Ursache hierfür, dass depressive Frauen ihre Beschwerden anders als Männer wahrnehmen oder aufgrund biologischer oder psychologischer Faktoren (z.B. aufgrund geschlechtsspezifischer Coping-Strategien oder ihrer Rolle als Frau in der Gesellschaft) den Symptomen auf unterschiedliche Weise Ausdruck verleihen. Kuehner (2003) postuliert, dass die Geschlechtsunterschiede auf hormonelle Faktoren und intrapsychische bzw. psychosoziale Bereiche zurückzuführen sind. Frauen seien aufgrund von Armut, Mangel an Macht, geringem Selbstvertrauen und erhöhter Ängstlichkeit vulnerabler als Männer.

Als weitere Risikofaktoren konnten das Ausbildungsniveau und das Haushaltseinkommen bestimmt werden. Bei Personen, die schlecht ausgebildet sind oder in Armut leben bzw. ein geringes Einkommen haben, sind depressive Störungen wahrscheinlicher (Djernes, 2006; Fiske et al., 2009; Luppá et al., 2012). Die durch die finanziellen Sorgen hervorgerufene erhöhte psychische Belastung und der mit einem geringeren Ausbildungsniveau zusammenhängende schlechtere körperliche Gesundheitszustand gelten laut Miech und Shanahan (2000) als Ursache.

Zahlreiche Studien belegen, dass dem Familienstand in der Entstehung und Aufrechterhaltung von depressiven Symptomen enorme Bedeutung zukommt.

Unverheiratete, geschiedene und vor allem verwitwete Personen sind betroffen (Cole & Dendukuri, 2003; Djernes, 2006; Luppá et al., 2012). Erst kurz verwitwete Personen leiden am stärksten unter depressiven Symptomen. Ein Effekt des Geschlechts konnte ebenfalls nachgewiesen werden. Im Allgemeinen sind Männer im höheren Erwachsenenalter stärker betroffen (Lee & DeMaris, 2007; Schaan, 2009). Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Studie, wonach beide Geschlechter innerhalb der ersten vier Jahre nach dem Tod des Partners/der Partnerin im gleichen Ausmaß depressive Symptome zeigten. Erst nach diesem Zeitraum waren die Witwer depressiver als die verwitweten Frauen. Als Ursache hierfür wird vermutet, dass es für Frauen ein gewöhnlicheres Ereignis im Lebenslauf darstellt und sie sich nach einer bestimmten Zeit mit ihrer neuen Situation gut arrangieren können. Männer hingegen rechnen im Allgemeinen ihr Leben lang damit, vor ihren Ehefrauen zu sterben und erwarten nicht, plötzlich alleine zu sein. Wenn das dann der Fall ist, stellt diese Tatsache für die Betroffenen eine derartig traumatische Erfahrung dar, die sich schließlich in einer dauerhaften depressiven Störung manifestiert (Grootheest, Beekman, Broese van Groenou, & Deeg, 1999).

Neben all diesen Faktoren spielt auch die Wohnsituation für die Entwicklung von depressiven Symptomen eine Rolle (Djernes, 2006, Fiske et al., 2009). Eine besonders große Risikogruppe stellen Alleinlebende und die BewohnerInnen von Alten- oder Pflegeheimen dar. Djernes (2006) kommt zu dem Ergebnis, dass in Heimen die Prävalenzrate bei 14-42% liegt. Laut Thiele, Feichtinger, Baumann, Mitmannsgruber, und Somweber (2002) geht mit dem Umzug in ein Seniorenheim eine grundlegende Veränderung der Lebenssituation für ältere Menschen einher. Dies stellt einen enormen Stressprozess für die Betroffenen dar, der sich in depressiven Symptomen äußern kann.

2.6. Behandlungsmöglichkeiten

Depressive Störungen bei älteren Menschen lassen sich genauso erfolgreich wie bei jüngeren Erwachsenen behandeln, wenn die Besonderheiten des höheren Alters Berücksichtigung finden.

Eine Behandlung mittels Antidepressiva ist zum Beispiel wirksam, wenn das höhere Nebenwirkungsrisiko (z.B. aufgrund von Medikamentenwechselwirkungen) beachtet wird (Baldwin et al., 2003; Hegerl & Möller, 2000).

Bei schweren und chronischen Formen der depressiven Störung stellt die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) eine weitere Möglichkeit dar. Unter Kurznarkose und Muskelrelaxation wird durch elektrische Stimulation des Gehirns ein generalisierter

epileptischer Anfall ausgelöst (Frey, Schreinzer, Heiden, & Kasper, 2001). Die Anwendung der EKT sollte jedoch nur erwogen werden, wenn eine adäquate psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsstrategie erfolglos geblieben ist oder unerwünschte Nebenwirkungen der Medikation nicht tolerierbar sind (Folkerts, 2011). In bisherigen Studien konnte deren Wirksamkeit vor allem für die akute Behandlung der depressiven Symptome nachgewiesen werden (Tew et al., 1999; Van der Wurff, Stek, Hoogendijk, & Beekman, 2003).

Als hilfreich haben sich auch körperliche Aktivierungen herausgestellt (Sjösten & Kivelä, 2006). Positive Effekte werden bereits nach wenigen Wochen erzielt, für dauerhafte Erfolge ist jedoch kontinuierliches Üben notwendig.

Psychotherapie ist im höheren Alter ebenso wirksam wie in anderen Lebensabschnitten (Schulberg et al., 2007). Cuijpers, van Straten, und Smit (2006) führten eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit unterschiedlicher Behandlungsmethoden bei älteren depressiven Menschen durch. Für die AutorInnen bestand kein Zweifel, dass psychologische Interventionen effektiv waren. Es konnten große Effektstärken (durchschnittliches $d = 0.72$) gefunden werden. Des Weiteren kamen sie zu dem Schluss, dass vor allem die Kombination aus medikamentösen und psychologischen Maßnahmen die Rezidivrate verringern kann. Beim Vergleich verschiedener Formen von psychologischen Interventionen (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, Interpersonelle Therapie und klinisch-psychologische Behandlung) konnten keine Unterschiede in der Effektivität festgestellt werden. Alle waren in etwa gleich wirksam. Dieser Befund führte bei den AutorInnen zu der Annahme, dass es nicht relevant ist, welche Form der psychologischen Interventionen bei der Behandlung älterer Menschen angewandt wird. Eine Überlegenheit der Einzel- gegenüber der Gruppentherapie konnte nicht nachgewiesen werden. In einer aktuelleren Meta-Analyse von Braun, Gregor, und Tran (2013) konnte hingegen festgestellt werden, dass die Verhaltenstherapie (Behavior Activation Therapy) im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Ansätzen bei älteren depressiven PatientInnen wirksamer zu sein scheint. Unabhängig von der Art der therapeutischen Intervention ist laut Stoppe (2008) für eine erfolgreiche Behandlung, die Aus-, Weiter- und Fortbildung der in medizinischen Berufen Tätigen ein zentraler Aspekt. Nur auf diese Weise wird es möglich, die Lebenssituation für die ältere Bevölkerung zu verbessern.

3. Das Konstrukt der Achtsamkeit

Ziel der folgenden Ausführungen ist, das Konstrukt der Achtsamkeit genauer vorzustellen. Zu Beginn wird ein Überblick über bisherige Definitionsversuche gegeben, gefolgt von der Darstellung aktueller achtsamkeitsbasierter Fragebögen mit besonderem Schwerpunkt auf dem FFMQ. Im Weiteren werden Interventionen und Ergebnissen aus der Wirksamkeitsforschung zu Achtsamkeitsinterventionen erläutert. Den Abschluss bilden Darstellungen zum Konstrukt der Achtsamkeit im höheren Erwachsenenalter. Neben erforderlichen Modifikationen beim therapeutischen Vorgehen werden Ergebnisse wichtiger Studien aufgezeigt.

3.1. Definition und Operationalisierung

Der Ursprung der Achtsamkeit (engl. *mindfulness*) lässt sich in den fernöstlichen Traditionen des Buddhismus finden und wird meist mit den formalen Techniken der Achtsamkeits-Meditation assoziiert (Shapiro et al., 2006). Die AutorInnen betonen jedoch, dass es mehr als bloße Meditation ist. Brown und Ryan (2003) sehen Achtsamkeit nicht als Produkt von Meditation, sondern als eine innewohnende, natürliche Fähigkeit des menschlichen Organismus, die gegenwärtige Aufmerksamkeit und das Bewusstsein für alle Erfahrungen beinhaltet. Die gleiche Auffassung wird von Kabat-Zinn (2003) geteilt. Obwohl das Ausüben von Achtsamkeit Kernbestandteil der buddhistischen Tradition ist, spricht er von etwas Universellem. Jeder Mensch sei immer in unterschiedlichem Maße und von Moment zu Moment achtsam. Für Bishop et al. (2004) ist Achtsamkeit eine Fähigkeit, die durch Üben erworben werden kann.

In den letzten Jahren rückte das Konzept der Achtsamkeit immer mehr in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Neben Untersuchungen zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen gab es zahlreiche Versuche, dieses Konstrukt zu definieren und zu operationalisieren.

Zu den bekanntesten und am häufigsten genannten in der Forschungsliteratur zählt die Definition von Kabat-Zinn (2003), welche er im Rahmen der *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) entwickelte (siehe Kap. 3.3.1.). Demnach ist Achtsamkeit „the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment“ (S. 145). Es geht also um die absichtsvolle und nicht wertende Wahrnehmung des augenblicklichen Moments.

Brown und Ryan (2003) stellen der Achtsamkeit die Unachtsamkeit (*mindlessness*) gegenüber. Unachtsamkeit ist demnach das Fehlen von Achtsamkeit. Gedanken, Gefühle oder andere Objekte werden nicht wahrgenommen.

Bishop (2002) kritisierte jedoch das dürftige Vorhandensein von wissenschaftlich fundierten, methodologisch einwandfreien Untersuchungen der MBSR. Des Weiteren merkte er an, dass die Definition von Kabat-Zinn zu stark an die buddhistische Konzeptualisierung angelehnt sei. Vielmehr bedarf es westlich orientierten, spezifischeren Beschreibungen zur Operationalisierung des Konstrukts. Nur auf diese Weise werde es möglich, die Bestandteile und Wirkmechanismen der Achtsamkeit valide zu erfassen. Aus diesem Grund entwickelte eine Arbeitsgruppe rund um Bishop (Bishop et al., 2004) ein Zwei-Komponenten-Modell. Als erste Komponente nennen die AutorInnen die *Selbstregulation der Aufmerksamkeit*. Um die Aufmerksamkeit selbst regulieren zu können, sind in weiterer Folge drei Verhaltensweisen notwendig, nämlich die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit, das „Switching“ von den wahrgenommenen Gedanken oder Gefühlen zurück zum Atem und die Hemmung der weiteren Verarbeitung, der Gedanken und Gefühle. Laut den AutorInnen handelt es sich hierbei um Komponenten, die allesamt objektiv messbar sind. Nach dieser Definition wird Achtsamkeit als Metakognition verstanden. Innerhalb dieser hat der Übende die Kapazität seine mentalen Prozesse zu beobachten. Die zweite Komponente bezieht sich auf die *Hinwendung zu Erfahrungen*. Diese ist charakterisiert durch eine offene, neugierige und akzeptierende Haltung gegenüber gegenwärtigen Erfahrungen. Alle aufkommenden Gedanken und Gefühle, die ins Bewusstsein gelangen, werden zum Objekt der Betrachtung. Diese Erfahrungen sollen nicht unterdrückt oder als gut/schlecht bewertet, sondern wahrgenommen und vorbehaltlos akzeptiert werden. Diese Akzeptanz äußert sich beispielsweise in weniger emotionalem Distress oder Ängstlichkeit, welche wiederum objektiv erfassbar sind.

Für Hayes und Shenk (2004) ist die Definition von Bishop et al. (2004) zum Teil kritisierbar. Die Verbindung zur Grundlagenforschung sei mangelhaft und es existieren philosophische und metatheoretische Verhaftungen, die deren Anwendbarkeit einschränken würden. Brown und Ryan (2004) sehen die Definition von Bishop et al. (2004) ebenfalls als problematisch an. Die beiden kritisieren, dass die Begriffe Bewusstheit (*awareness*) und Aufmerksamkeit (*attention*) nicht genau definiert und austauschbar verwendet wurden. Eine klare Abgrenzung wäre jedoch für ein besseres Verständnis des Konstrukts unabdingbar. Nach Brown und Ryan (2004) bezieht sich die Bewusstheit auf die gesamten internen und externen Phänomene, das heißt auf alle Ereignisse und Wahrnehmungen, die auf den Menschen einströmen. Die Aufmerksamkeit ist hingegen eine Fokussierung auf ausgewählte Aspekte der Realität.

Des Weiteren sind die Autoren der Meinung, dass es sich bei Achtsamkeit um keine Metakognition handeln könne. Die Akzeptanz als primärer Bestandteil der Achtsamkeit wird von den Autoren ebenso bezweifelt.

Aus diesem Grund fassten Brown, Ryan, und Creswell (2007) in ihrer Übersichtsarbeit folgende Komponenten der Achtsamkeit zusammen: (1) *Bewusstseinsklarheit*: Innere und äußere Gedanken, Gefühle oder Ereignisse werden klar wahrgenommen. (2) *Nicht unterscheidende Bewusstheit*: Die Welt wird so gesehen, wie sie durch kognitive Prozesse konstruiert und interpretiert wird. (3) *Flexibilität von Bewusstheit und Aufmerksamkeit*. (4) *Empirische Einstellung gegenüber der Realität*: Bevor ein Urteil gefällt wird, werden alle Fakten sorgfältig überprüft. (5) *Gegenwartsorientierung*. (6) *Stabilität/Kontinuität der Bewusstheit und Aufmerksamkeit*.

Ein anderer Ansatz wurde von Baer et al. (2006) gewählt. Sie gehen von einer multidimensionalen Konzeptualisierung eines zugrundeliegenden Faktors „Achtsamkeit“ aus. Darauf aufbauend wurde faktorenanalytisch begründet der FFMQ entwickelt, welcher aus den Facetten *Beobachten*, *Beschreiben*, *Achtsames Handeln*, *Akzeptieren ohne zu Urteilen* (= Nichturteilen), und *Nichtreagieren auf innere Erfahrungen* (= Nichtreagieren) besteht. Detailliertere Informationen zu den methodischen Aspekten des von Baer et al. (2006) entwickelten Achtsamkeitsfragebogens finden sich im Abschnitt 3.2.1.

Shapiro et al. (2006) entwickelten basierend auf der Definition von Kabat-Zinn (2003) ein Modell, welches von drei Axiomen ausgeht. Demnach setzt sich Achtsamkeit aus den Komponenten Absicht (*intention*), Aufmerksamkeit (*attention*) und innere Haltung (*attitude*) zusammen. Diese drei Axiome sind grundlegende Bausteine, aus denen andere Dinge entstehen können. Sie sind nicht unabhängig voneinander, sondern miteinander verwobene Aspekte, die einander in einem zyklischen Prozess beeinflussen. Die AutorInnen gehen davon aus, dass eine absichtsvolle, aufmerksame und nicht wertende Haltung zu einem signifikanten Wechsel der Perspektive und somit zu positiven Veränderungen führt. Dieser Meta-Mechanismus wird als *reperceiving* bezeichnet. Weitere Mechanismen, die für die Wirkung von Achtsamkeit herangezogen wurden, sind *self-regulation*, *values clarification*, *cognitive, emotional and behavioral flexibility* und *exposure*. Diese vier können sowohl potenzielle Wirkmechanismen für andere Outcomes sein (z.B. Reduktion der Symptome) als auch selbst zu Outcomes werden. Kritisch muss aber angemerkt werden, dass zwar zwischen Achtsamkeit und *reperceiving* bzw. zwischen Achtsamkeit und den vier weiteren Mechanismen ein starker Zusammenhang bestand, jedoch konnten die vier Mechanismen nur einen kleinen Teil der Varianz der Outcome-Variable erklären.

Insgesamt betrachtet sind die bisherigen Definitionen für wissenschaftliche Analysen nur bedingt geeignet, was einerseits daran liegt, dass Prozesse bewertet werden sollen, die entstanden sind bevor es die moderne Wissenschaft gab (Hayes & Shenk, 2004). Andererseits kann das religiöse und spirituelle Fundament des Konstrukts ein Problem darstellen (Baer, 2003). Die Vielzahl an unterschiedlichen Definitionsversuchen macht klar, dass nach wie vor kein Konsens darüber besteht, was unter dem Konstrukt der Achtsamkeit genau zu verstehen ist. Brown und Ryan (2004) bezeichnen das treffend mit „mindfulness is a deceptively simple concept that is difficult to characterize accurately“ (S.242). Nach Dimidjian und Linehan (2003) muss eine einheitliche Definition über die Komponenten der Achtsamkeit das Hauptziel zukünftiger Forschung sein, um reliable und valide Methoden zur Erfassung entwickeln zu können.

3.2. Die psychometrische Erfassung von Achtsamkeit

Da der FFMQ in der vorliegenden Arbeit den Schwerpunkt bildete, werden dieses Instrument sowie bisherige und zum Teil kontroverse Studien zu dessen psychometrischen Eigenschaften in einem eigenen Abschnitt genauer dargestellt. Außerdem wird ein Überblick über weitere gängige Fragebögen zur Erhebung der Achtsamkeit gegeben. Die Vielzahl verdeutlicht, dass nach wie vor Uneinigkeit darüber besteht, wie dieses Konstrukt am besten zu definieren ist. Laut Baer et al. (2006) stellt jedes der Selbstbeurteilungsverfahren einen Versuch der AutorInnen dar, Achtsamkeit zu operationalisieren. Dieses, fast wahllose, Publizieren von Fragebögen ohne ein gemeinsames zugrundeliegendes Verständnis wird beispielsweise von Grossman (2011) kritisiert.

Unterschiede in den vorgestellten Inventaren bestehen in der angenommenen Anzahl der Facetten, ob Achtsamkeit als ein- oder mehrdimensionales Konstrukt angesehen und ob es als Zustand (state) oder als Eigenschaft (trait) interpretiert wird.

3.2.1. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Im *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006) wird von einer Fünf-Faktoren-Struktur der Achtsamkeit ausgegangen. Mit insgesamt 39 Items werden die Facetten *Beobachten*, *Beschreiben*, *Achtsames Handeln*, *Akzeptieren ohne zu Urteilen* (= Nichturteilen) und *Nichtreagieren auf innere Erfahrungen* (= Nichtreagieren) erfasst. Dieses Instrument stellt eine Integration verschiedener Achtsamkeitsfragebögen dar, nämlich der Cognitive and Affective Mindfulness Scale

(CAMS; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007), des Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006), des Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith, Allen, 2004), der Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003) und des Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ; Chadwick et al., 2008). Auf Basis einer exploratorischen Faktorenanalyse (EFA) konnten von Baer et al. (2006) fünf bedeutsame Faktoren bei einer studentischen Stichprobe ($N = 613$) extrahiert werden, welche 33% der gesamten Varianz erklärten. Die genauere inhaltliche Bedeutung der fünf Facetten und die formale Gestaltung des FFMQ finden sich im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit unter Kapitel 5.2.3. Alle fünf Subskalen wiesen eine gute interne Konsistenz auf (Beobachten: $\alpha = .83$; Beschreiben: $\alpha = .91$; Achtsames Handeln: $\alpha = .87$; Nichtreagieren: $\alpha = .75$; Nichturteilen: $\alpha = .87$) und korrelierten nur moderat miteinander (zwischen $r = -.07$ und $r = .26$).

In einer weiteren Studie zur Konstruktvalidität des FFMQ mit meditierenden und nicht-meditierenden Personen wurde von Baer et al. (2008) festgestellt, dass vier der fünf Facetten (alle außer Achtsames Handeln) signifikant mit der Meditationserfahrung korrelierten. Im Allgemeinen erreichten meditierende Personen deutlich höhere Werte als andere Personengruppen (StudentInnen, nicht-meditierende Personen). Sauer et al. (2013) sehen hierfür als Grund, dass Meditationsunerfahrene mit dem Konzept des Buddhismus, auf dem alle achtsamkeitsbasierten Fragebögen und Interventionen fußen, nicht vertraut sind und die Items deshalb falsch bzw. anders verstehen. Die Ergebnisse von Baer et al. (2006, 2008) zeigten des Weiteren, dass nur in der Stichprobe der meditationserfahrenen Personen, die Fünf-Faktoren-Struktur des FFMQ belegt werden konnte. Bei meditationsunerfahrenen StudienteilnehmerInnen waren es, hingegen nur vier Faktoren. Die Subskala Beobachten konnte nicht bestätigt werden, da die StudienteilnehmerInnen auf diesen Items nur niedrige Werte gezeigt haben. Außerdem zeigte die Subskala Nichtreagieren wenig zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften und einen geringen Zusammenhang mit der Achtsamkeit als Ganzes.

In einer Studie von Christopher et al. (2012), sowohl mit meditationserfahrenen als auch mit meditationsunerfahrenen Personen, konnte die Fünf-Faktoren-Struktur des FFMQ hingegen bestätigt werden. Auch ihre Befunde zur Validität und Reliabilität waren denen von Baer et al. (2008) ähnlich. Sowohl für die Subskalen im Einzelnen als auch für den FFMQ als Ganzes wurden zufriedenstellende interne Konsistenzen gefunden (Beobachten: $\alpha = .84$; Beschreiben: $\alpha = .91$; Achtsames Handeln: $\alpha = .90$; Nichturteilen: $\alpha = .93$; Nichtreagieren: $\alpha = .86$; FFMQ_{gesamt}: $\alpha = .93$). Alle Facetten korrelierten positiv mit der Lebenszufriedenheit und signifikant negativ mit depressiven

Symptomen (Beobachten: $r = -.11$; Beschreiben: $r = -.40$; Achtsames Handeln: $r = -.51$; Nichturteilen: $r = -.54$; Nichtreagieren: $r = -.49$; FFMQ_{gesamt}: $r = -.59$).

Bohlmeijer et al. (2011) überprüften die psychometrischen Eigenschaften des FFMQ anhand einer Stichprobe von depressiven Erwachsenen. Sie kamen zu dem Schluss, dass es sich um ein reliables und valides Instrument zur Erfassung der Achtsamkeit bei Personen mit einer klinisch relevanten Depression handelte.

Tran et al. (2013) evaluierten erstmalig die deutsche Version des FFMQ. Im Gegensatz zu den meisten anderen Studien wurde in den Analysen die ordinale Skaleneigenschaft der Items spezifisch berücksichtigt. Zur Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften konnte eine studentische ($n = 333$) und eine Stichprobe aus der österreichischen Allgemeinbevölkerung ($n = 640$) im Alter von 18 bis 76 Jahren herangezogen werden. Des Weiteren wurde eine Kurzform des Fragebogens mit insgesamt 20 Items entwickelt und die Annahme überprüft, ob der FFMQ durch die von Bishop et al. (2004) postulierte Zwei-Faktoren-Struktur höherer Ordnung (*Self-regulated Attention* und *Orientation to Experience*) repräsentiert wird. Insgesamt zeigte sich, dass die Subskala Nichtreagieren ein schlechter Indikator für das Konstrukt der Achtsamkeit war. Vor allem Personen ohne Meditationserfahrung dürften nach Meinung der Autoren einige der Items falsch verstanden haben. Die Itemladungen der Subskalen Beobachten und Nichtreagieren waren niedrig, sodass von einer schlechten Itemdiskrimination in diesen beiden Subskalen ausgegangen werden musste. Die übrigen Itemladungen bewegten sich zwischen .58 und .82. Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) des FFMQ waren in der Stichprobe der Allgemeinbevölkerung wie folgt: Beobachten: $\alpha = .78$; Beschreiben: $\alpha = .89$; Achtsames Handeln: $\alpha = .80$; Nichturteilen: $\alpha = .85$; Nichtreagieren: $\alpha = .69$. Wie von den Autoren angenommen, luden die fünf Facetten des FFMQ auf zwei Faktoren höherer Ordnung. Bei der Validierung des FFMQ, unter anderem mit depressiven Symptomen als Kriterium, resultierten Korrelationen zwischen $r = .01$ und $r = -.45$ (Beobachten: $r = -.01$; Beschreiben: $r = -.27$; Achtsames Handeln: $r = -.36$; Nichturteilen: $r = -.45$; Nichtreagieren: $r = -.16$). Die von Tran und Kollegen entwickelte Kurzform des Fragebogens erwies sich in Bezug auf dessen psychometrische Eigenschaften als eine zufriedenstellende Methode, um das Konstrukt der Achtsamkeit auf ökonomischere Weise zu erfassen. Des Weiteren stützten die Ergebnisse das Zwei-Komponenten-Modell von Bishop et al. (2004). Somit wurde mithilfe des FFMQ, welcher als einer der umfassendsten Achtsamkeitsfragebogen gilt, ein empirischer Beleg für die Richtigkeit des Modells erbracht.

Bis auf die zuletzt beschriebene Studie lag das Höchstalter der StudienteilnehmerInnen bei maximal 60 Jahren. Eine Evaluation der psychometrischen Eigenschaften des FFMQ für das höhere Erwachsenenalter fehlte jedoch nach wie vor.

3.2.2. Andere Achtsamkeitsfragebögen

Die *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003) umfasst 15 Items und wurde im Bereich der Grundlagenforschung entwickelt. Inzwischen wurde auch eine deutschsprachige Version von Michalak, Heidenreich, Ströhle, und Nachtigall (2008) publiziert. Brown und Ryan (2003) stellten bei der Entwicklung des Fragebogens vor allem den Aspekt der Aufmerksamkeitslenkung auf den gegenwärtigen Moment in den Vordergrund. Es wird erfasst, ob die aktuellen inneren und äußeren Gegebenheiten umfassend wahrgenommen werden. Andere buddhistische Aspekte der Achtsamkeit (z.B. die nicht wertende Haltung gegenüber Erfahrungen) werden nicht berücksichtigt. Die Antworten erfolgen auf einer sechsstufigen Skala von 1 („fast immer“) bis 6 („fast nie“). Exploratorische und konfirmatorische Faktorenanalysen zeigten, dass die Skala einen Generalfaktor aufwies, der 95% der Varianz erklärte. Die interne Konsistenz lag bei $\alpha = .82$. Des Weiteren wurden negative Korrelationen mit unterschiedlichen Maßen des subjektiven Wohlbefindens (z.B. Angst, Depressivität) gefunden. Michalak et al. (2008) überprüften ebenfalls die Gütekriterien ihrer deutschen Version. Die Ergebnisse stimmten mit denen von Brown und Ryan (2003) weitestgehend überein, sodass geschlussfolgert wurde, mit der Übersetzung des MAAS einen ökonomischen, reliablen und validen Fragebogen vorgelegt zu haben.

Den *Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit* (FFA; Walach et al., 2004, zit. nach Walach et al., 2006) oder in der englischen Version *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI; Walach et al., 2006) gibt es in einer Kurzform mit 14 und in einer Langform mit 30 Items. Es wird von einem gemeinsamen Faktor der Achtsamkeit ausgegangen. Die Antworten werden auf einer vierstufigen Skala gegeben. Von den AutorInnen wird empfohlen, die Langversion nur bei meditationserfahrenen Personen einzusetzen, da es sonst zu Verständnisschwierigkeiten kommen könnte. Die Kurzversion eignet sich hingegen für den allgemeinen Gebrauch. Beide Formen wiesen in Studien gute bis sehr gute psychometrische Kriterien auf. Beispielsweise lag die interne Konsistenz bei $\alpha = .93$ bzw. $\alpha = .86$.

Das *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer et al., 2004) dient der multidimensionalen Messung von Achtsamkeit. Es besteht aus 39 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt werden. Die vier Facetten sind *Beobachten*, *Beschreiben*, *Mit Aufmerksamkeit Handeln* und *Akzeptieren ohne Bewertung*. Die

Skala *Beobachten* erfasst die Wahrnehmung einer Vielzahl äußerer und innerer Reize, wie zum Beispiel Körperempfindungen, Kognitionen, Emotionen, Geräusche oder Gerüche. *Beschreiben* bezieht sich auf das Benennen von Phänomenen. Die Facette *Mit Aufmerksamkeit Handeln* stellt das Gegenteil von automatisierten Handlungs- und Denkroutinen dar. *Akzeptieren ohne Bewertung* bedeutet, dass man Dinge so sein lässt, wie sie sind. Mit dem KIMS-D (Ströhle, Nachtigall, Michalak, & Heidenreich, 2010) ist auch eine deutsche Version des Verfahrens vorhanden. Baer et al. (2004) konnten die Vierdimensionalität des KIMS mit exploratorischen und konfirmatorischen Faktorenanalysen nachweisen. Die internen Konsistenzen lagen zwischen $\alpha = .83$ und $\alpha = .91$. Die Retestreliabilitäten waren ebenfalls zufriedenstellend ($r_{tt} = .65$ bis $r_{tt} = .86$).

Die *Toronto Mindfulness Scale* (TMS; Lau et al., 2006) wurde auf Basis des Zwei-Komponenten-Modells von Bishop et al. (2004) entwickelt. Somit wird von zwei Komponenten der Achtsamkeit ausgegangen, nämlich *Neugier* und *Decentering*. Die erste bezieht sich auf die Bewusstheit hinsichtlich des gegenwärtigen Moments. *Decentering* kennzeichnet die Distanzierung zur eigenen Wahrnehmung, den eigenen Gedanken sowie Gefühlen und kann als eine Art metakognitive Aufmerksamkeit verstanden werden. Der Gesamtscore erwies sich in einer Studie der AutorInnen als von der Meditationserfahrung abhängig. Je mehr Erfahrung die StudienteilnehmerInnen hatten, desto höher war die Achtsamkeit. Mit seinen insgesamt 13 Items stellt die TMS ein ökonomisches, reliabiles und valides Verfahren dar.

Ein weiterer Achtsamkeitsfragebogen ist die *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised* (CAMS-R; Feldman et al., 2007). Dieses Instrument, welches aus 12 Items mit einer vierstufigen Skala besteht, erfasst Achtsamkeit als Disposition in Bezug auf den täglichen Umgang mit Gefühlen und Gedanken. Insgesamt werden die vier Komponenten *Aufmerksamkeit*, *Gegenwartsorientierung*, *Bewusstheit* und *Akzeptanz* erhoben, wobei diese zu einem einzigen Gesamtscore verrechnet werden. Dieser Gesamtscore wies eine gute interne Konsistenz auf und korrelierte stark mit anderen Achtsamkeitsfragebögen (z.B. FMI, KIMS). Von den AutorInnen wird jedoch auch kritisch angemerkt, dass noch mehr Studien mit klinischen und nicht-klinischen Stichproben notwendig sind. Berücksichtigt werden muss auch, dass es sich bei der CAMS-R, wie bei allen anderen Achtsamkeitsfragebögen, um ein Selbstbeurteilungsverfahren handelt, welches anfällig für sozial erwünschte Antworten sein kann.

Der *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ; Chadwick et al., 2008) ist ein 16 Items umfassender, eindimensionaler Fragebogen. Er misst Achtsamkeit hinsichtlich des Umganges mit störenden Gedanken und Bildern, welche Kernsymptome klinischer Störungen darstellen. In einer von Chadwick et al. (2008) durchgeführten

Studie konnte mithilfe dieses Instruments nachgewiesen werden, dass akut psychotische PatientInnen weniger achtsam waren als gesunde Personen mit und ohne Meditationserfahrung. Der SMQ ist ein reliables Instrument und korrelierte signifikant mit dem MAAS.

In der *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008) wird von Achtsamkeit als ein zweidimensionales Konstrukt ausgegangen. Diese beiden Komponenten sind *gegenwärtige Bewusstheit* und *Akzeptanz*, welche in bisherigen Studien unkorreliert waren. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sie voneinander unabhängige Facetten der Achtsamkeit sind. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 20 Items mit einer fünfstufigen Likert-Skala. Er kann sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen Setting eingesetzt werden. Die psychometrischen Gütekriterien erwiesen sich insgesamt als zufriedenstellend.

3.3. Achtsamkeitsbasierte Interventionen

Achtsamkeitsbasierte Interventionen werden laut Bishop et al. (2004) in der gegenwärtigen Psychologie als ein Ansatz verstanden, eine Erweiterung des Bewusstseins herbeizuführen und die Fähigkeit eines angemessenen Umgangs mit emotionalen Belastungen und maladaptiven Verhaltensweisen zu fördern. Zentrales Prinzip solcher Therapieansätze ist die Veränderung der Beziehung zum Erleben und nicht die Veränderung des Erlebten selbst. Michalak et al. (2008) weisen außerdem darauf hin, dass das Erlernen von Achtsamkeit einen heilsamen Umgang mit Gedanken, Gefühlen und Handlungstendenzen erleichtert.

In den folgenden Ausführungen werden die gängigsten achtsamkeitsbasierten Interventionen dargestellt.

3.3.1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

Die MBSR wurde in den 1970er-Jahren von Kabat-Zinn (2003) entwickelt. Ursprünglich war sie als Stressreduktions- und Entspannungsprogramm für chronische Schmerzen und stressbedingte Erkrankungen konzipiert worden (Kabat-Zinn, 1982). Mittlerweile wird sie jedoch bei einer Vielzahl an unterschiedlichen Beschwerden und Störungsbildern angewandt.

Das 8- oder 10-wöchige Programm wird in der Gruppe mit bis zu 30 Personen durchgeführt. Die Treffen finden einmal pro Woche für circa zwei Stunden statt, wobei die TeilnehmerInnen außerdem die Aufgabe haben, an sechs Tagen pro Woche die

Übungen für mindestens 45 Minuten zu Hause durchzuführen. Zur Unterstützung gibt es Audio-Kassetten oder CDs mit Anweisungen. In der sechsten Woche findet der Kurs einmalig ganztägig statt. Zu den Kernbestandteilen des Programms zählen Übungen aus dem Hatha-Yoga, Achtsamkeitsmeditation und konzentrierte Meditationstechniken (Baer, 2003). Nach Forstmeier, Mortby, und Maercker (2009) können zusätzlich formelle und informelle Übungen unterschieden werden. Formelle Übungen dienen während eines festgelegten Zeitraums ausschließlich der Achtsamkeitsförderung. Hierzu zählen zum Beispiel der „Body-Scan“, bei dem einzelne Körperteile nacheinander und zum Schluss der Körper als Ganzes achtsam wahrgenommen werden. Eine weitere Übung ist die sogenannte Atemmeditation, bei der man sich ausschließlich auf das Ein- und Ausatmen konzentrieren soll. Ein Abschweifen zu Gedanken, Körperempfindungen oder anderen Gefühlen wird nicht verurteilt, sondern akzeptiert, um dann die Aufmerksamkeit wieder behutsam zum Atem zurückzuführen. Die Gehmeditation umfasst ein langsames Fortbewegen während man sich auf seine körperlichen Empfindungen und/oder den Atem konzentriert. Informelle Übungen beinhalten das Ausüben von Achtsamkeit bei Alltags- und Routinehandlungen, wie zum Beispiel beim Zähneputzen, Essen oder Treppensteigen. Generell steht bei allen Übungen der MBSR die absichtsvolle und nicht wertende Wahrnehmung des augenblicklichen Moments im Zentrum (Kabat-Zinn, 2003).

In einigen Studien konnte die Wirksamkeit dieser Interventionsform bereits nachgewiesen werden (Carmody et al., 2009; Grossman et al., 2004). Detailliertere Informationen zu deren Effektivität finden sich im Kapitel 3.4. und in Bezug auf das höhere Erwachsenenalter im Kapitel 3.5.2.

3.3.2. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*

Das von Teasdale, Segal, und Williams (1995) konzipierte Gruppenprogramm wurde zur Rückfallprophylaxe bei Major Depressionen entwickelt. Vereint werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken und die Methoden der MBSR von Kabat-Zinn (2003). Teasdale et al. (1995) gehen davon aus, dass ehemals depressive PatientInnen vulnerabler für das Wiederauftreten einer Depression sind, da bereits bei einer leichten Verstimmung die damals erlebten Gefühle wieder aktiviert werden. So fallen sie in die negative Gedankenschleife zurück und erleiden erneut eine Major Depression.

Ähnlich wie bei der MBSR dauert dieses Programm acht Wochen, die Gruppengröße ist jedoch auf 12 Personen beschränkt. Neben wöchentlichen Gruppentreffen erhalten die TeilnehmerInnen Hausaufgaben, um die neu erlernten achtsamen Fähig-

keiten zu üben und in den Alltag zu integrieren (Teasdale et al., 2000). Hauptziel dieser Intervention ist, ehemals depressiven Menschen zu vermitteln, ihre Gedanken und Gefühle nicht wertend wahrzunehmen, sondern diese als gedankliche Ereignisse, die kommen und auch wieder gehen, zu sehen. Durch achtsames Verhalten lernen die Betroffenen sich von aufkommenden negativen Erfahrungen zu distanzieren. Auf diese Weise wird es möglich, das Wiederauftreten einer Depression zu vermeiden (Teasdale et al., 1995).

Aktuelle Metaanalysen bestätigten die Wirksamkeit der MBCT (Chiesa & Serretti, 2011; Piet & Hougaard, 2011), wonach das Rückfallrisiko im Vergleich zu Standardbehandlungen signifikant reduziert werden konnte.

3.3.3. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Die DBT wurde von Marsha Linehan in den 1980er-Jahren ursprünglich zur Behandlung von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten, welches häufige Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, konzipiert. Diese Form der Therapie beinhaltet eine große Bandbreite an kognitiven und behavioralen Interventionsformen und ist eng an das Konzept der MBSR angelehnt (Baer, 2003; Keng et al., 2011). Im Unterschied dazu definierte Linehan jedoch zwei Arten von Achtsamkeitsfertigkeiten (Dimidjian & Linehan, 2003). Diese spielen beim Erlernen und Praktizieren achtsamer Verhaltensweisen eine bedeutende Rolle. Die erste Komponente beinhaltet die sogenannten „Was“-Fertigkeiten, welche das Beobachten, Beschreiben und Teilnehmen umfassen. Sie beziehen sich auf das, was man tut, wenn man achtsam ist. Die „Wie“-Fertigkeiten (Nicht-Urteilen, im gegenwärtigen Moment bleiben und effektives Handeln) beschreiben die Art und Weise, wie dies geschehen soll. Zentrale Ziele der DBT stellen die Akzeptanz und Veränderung dar. Die KlientInnen sollen angeleitet werden, sich selbst, ihre Vergangenheit und die aktuelle Situation zu akzeptieren und gleichzeitig intensiv daran zu arbeiten, ihr Verhalten und ihre Umwelt für ein besseres Leben zu verändern (Baer, 2003). Dies soll einerseits durch wöchentlich stattfindende Einzeltherapien erreicht werden, andererseits durch das „Skills-Training“ in der Gruppe, bei dem beispielsweise Achtsamkeits- oder Stresstoleranzübungen praktiziert werden. Eine weitere wichtige Komponente des therapeutischen Vorgehens ist die Möglichkeit der KlientInnen, in Krisen (z.B. bei drohender Selbstverletzung) den/die BetreuerIn nach zuvor vereinbarten Regeln telefonisch zu kontaktieren, um mögliche Lösungsansätze zu besprechen. Um einer Überforderung der TherapeutInnen vorzubeugen, sind regelmäßige Treffen zwischen

diesen vorgesehen. Hier besteht die Möglichkeit des gegenseitigen Austausches (Linehan et al., 2006).

Bisherige Nachweise zur Wirksamkeit der DBT sind zufriedenstellend, wobei Kliem, Kröger, und Kossfelder (2010) auch kritisch anmerken, dass der Transfer der gelernten Fertigkeiten in den Alltag noch verbessert werden muss.

3.3.4. *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*

Die ACT wurde von Hayes, Strosahl, und Wilson (1999, zit. nach Hayes, 2004) begründet. Sie verbindet Elemente der Verhaltensanalyse mit Methoden der Achtsamkeit (z.B. Akzeptanz, im gegenwärtigen Moment sein). Ihre theoretischen Wurzeln liegen in der *Relational Frame Theory* (RFT), wonach psychische Probleme auf einen fehlerhaften sprachlichen Bezugsrahmen zurückgeführt werden. Menschen neigen dazu, das was sie wörtlich benennen als real zu interpretieren. Diese (Fehl-)Wahrnehmung beeinflusst das weitere Denken und Handeln. Ziel der ACT ist daher, Kognitionen bewusst zu machen und zu durchbrechen. Dazu wird der sprachliche Inhalt von den Kognitionen gelöst und ein alternativer Kontext geschaffen. Besonders der Vermeidung von emotionalen, kognitiven oder behavioralen Erfahrungen wird im Rahmen dieser Theorie große Bedeutung bei der Entstehung psychischer Probleme zugeschrieben. Negative Gedanken oder Gefühle sollen nicht bekämpft, sondern angenommen und akzeptiert werden, um jene Ziele zu erreichen, die mit den persönlichen Werten verbunden sind. Verschiedenste Methoden kommen im Rahmen der ACT zum Einsatz, wie zum Beispiel das Lernen von Achtsamkeit und Akzeptanz, kognitive Defusion (d.h. eigene Gedanken und subjektive Gefühle werden nicht mehr wortwörtlich genommen und als Realität interpretiert) oder wertebezogenes Handeln.

Die ACT hat sich in bisherigen Studien als hilfreiche Maßnahme herausgestellt und wurde bereits bei einer Vielzahl an unterschiedlichen Erkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen, Essstörungen, Sucht- oder Schmerzkrankungen, angewendet (Fletcher & Hayes, 2005; Hayes, 2004).

3.4. Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen

Mittlerweile wurden zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen zahlreiche Reviews und Metaanalysen publiziert, von denen der Großteil dieser Form der Behandlung eine hohe Effektivität in Bezug auf verschiedene gesundheitsrelevante Probleme zuschreibt. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit soll im folgenden Abschnitt

ein Überblick über bisherige Ergebnisse aus der Achtsamkeitsforschung gegeben werden.

Keng et al. (2011) stellten in ihrem Review sämtliche Literatur zu den Auswirkungen von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit zusammen. Berücksichtigt wurden Korrelations-, Interventions- sowie experimentelle Studien zu allen bereits vorgestellten Interventionen (MBSR, MBCT, DBT und ACT). Die AutorInnen kamen zu dem Ergebnis, dass Achtsamkeit positiv mit einigen psychologischen Variablen korrelierte. Achtsamkeitsbasierte Interventionen führten demnach zu einem erhöhten subjektiven Wohlbefinden, einer höheren Lebenszufriedenheit, weniger psychologischen Symptomen (z.B. Depressivität) und einer erhöhten Verhaltenskontrolle.

Baer (2003) untersuchte in ihrer Metaanalyse die Effekte von MBSR und MBCT sowohl in klinischen (PatientInnen mit chronischen Schmerzen, Fibromyalgie³, Psoriasis⁴, Krebs, Angst-, Ess- oder depressive Störungen) als auch in nicht-klinischen Stichproben. Die Stichprobengrößen variierten von 16 bis 142 Personen. Im Durchschnitt waren die StudienteilnehmerInnen zwischen 38 und 50 Jahre alt. Baer (2003) kam zu dem Ergebnis, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen im Stande sind, eine Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit herbeizuführen. Beispielsweise klagten chronische SchmerzpatientInnen über weniger Beschwerden. PatientInnen mit bereits drei oder mehr erlittenen depressiven Episoden erlitten durch die MBCT seltener einen Rückfall als herkömmlich Behandelte. In den nicht-klinischen Stichproben konnte durch achtsamkeitsbasierte Interventionen wahrgenommener Stress deutlich reduziert werden. Des Weiteren deuteten die Studien darauf hin, dass viele, die ein MBSR- oder MBCT-Programm durchlaufen haben, auch nach dessen Ende die gelernten Achtsamkeitsfertigkeiten und -übungen im Alltag weiterhin selbstständig praktizierten.

In einer weiteren Metaanalyse von Hofmann et al. (2010) konnten in unterschiedlichen klinischen Stichproben (vor allem PatientInnen mit Depressionen, Angststörungen sowie Krebserkrankungen) ebenfalls Verbesserungen von angstbezogenen und depressiven Symptomen durch achtsamkeitsbasierte Interventionen (MBCT und MBSR) gezeigt werden.

Mit den gesundheitlichen Auswirkungen von ausschließlich der MBSR beschäftigten sich Grossman et al. (2004). Für ihre Metaanalyse erfüllten von den 64 gefundenen empirischen Studien insgesamt 20 die Kriterien einer akzeptablen Relevanz (wenn beispielsweise Achtsamkeit eine wesentliche Komponente der

³ Die Fibromyalgie ist eine Erkrankung, die durch Dauerschmerzen mit wechselnder Intensität im Bereich der Muskulatur und der gelenknahen Weichteile gekennzeichnet ist (Conrad, 2003).

⁴ Die Psoriasis (umgangssprachlich als „Schuppenflechte“ bezeichnet) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Haut und Gelenke (Ghoreschi & Röcken, 2003).

Intervention darstellte) und methodischen Qualität. Ein breites Spektrum unterschiedlicher klinischer und nicht-klinischer Populationen wurde abgedeckt. PatientInnen mit Schmerzen, Depressionen, Angststörungen, Krebs-, sowie Herzerkrankungen bildeten den Großteil der StudienteilnehmerInnen. Die Autoren wiesen für die Wirksamkeit der MBSR in diesen Stichproben eine durchschnittliche Effektgröße von $d = 0.50$ nach.

In einer Metaanalyse zur MBCT konnte nachgewiesen werden, dass diese das Rückfallrisiko für das Wiederauftreten einer Depression deutlich reduzieren konnte. Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass dies nur bei drei oder mehr vorausgegangenen depressiven Episoden der Fall war (Chiesa & Serretti, 2011; Piet & Hougaard, 2011).

Die Pilotstudie von Williams et al. (2008) lieferte erste Hinweise, dass die MBCT auch bei PatientInnen mit bipolaren Störungen eine hilfreiche Maßnahme zur Reduktion der depressiven und angstbezogenen Symptome war.

Während die MBSR und MBCT bereits mehrfach auf ihre Effektivität hin überprüft wurden, stellen Metaanalysen in Bezug auf die DBT und ACT noch eher eine Seltenheit dar. Öst (2008) verglich verschiedene Arten von Verhaltenstherapien. Er konnte zwischen der DBT und der ACT keinen Unterschied in der Wirksamkeit feststellen. Für beide Interventionsformen waren die Effektgrößen moderat.

Einige der hier vorgestellten Metaanalysen unterliegen jedoch auch einer Reihe von Einschränkungen. Laut Keng et al. (2011) erschwere das Fehlen einer einheitlichen Definition und Operationalisierung von Achtsamkeit den Vergleich bisheriger Studien. Chiesa und Serretti (2011) diskutieren zusätzlich zahlreiche methodische Probleme der in die Metaanalysen miteinbezogenen Untersuchungen (z.B. zu geringe Stichprobengrößen, keine randomisierte Zuteilung der StudienteilnehmerInnen oder kein Vergleich mit Kontrollgruppen). Hofmann et al. (2010) weisen zusätzlich auf einen möglichen Publikations-Bias hin, wonach bevorzugt solche Studien veröffentlicht werden, die den überprüften Interventionen eine hohe Effektivität zusprechen.

Insgesamt scheinen achtsamkeitsbasierte Interventionen, trotz der erwähnten Einschränkungen, eine vielversprechende Behandlungsmethode sowohl bei unterschiedlichen Störungsbildern als auch im nicht-klinischen Kontext darzustellen, wobei noch offene Fragen durch künftige Studien zu klären sind (Keng et al., 2011).

3.4.1. Wirkmechanismen

Für die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen liegen bereits zahlreiche Belege vor. Als nächster Schritt muss nun geklärt werden, warum diese

Form der Behandlung zu einer Verhaltensänderung und Verbesserung der physischen und psychischen Symptome führen kann.

Folgende Wirkmechanismen wurden von Baer (2003) identifiziert, wobei beachtet werden muss, dass es sich hierbei um theoretische Konstrukte handelt, die noch einer genaueren empirischen Überprüfung unterzogen werden müssen (Dimidjian & Linehan, 2003):

- *Exposition*: TeilnehmerInnen einer Achtsamkeitsintervention werden üblicherweise dazu aufgefordert, alle auftretenden Gedanken, Gefühle oder körperliche Erscheinungen nicht zu vermeiden, sondern ohne Wertung wahrzunehmen. Durch wiederholtes Aussetzen verlieren diese mit der Zeit ihren angstausslösenden Charakter. Achtsame Fähigkeiten helfen, negative Ereignisse (z.B. Schmerzen) immer mehr zu tolerieren.
- *Kognitive Veränderung*: Durch Achtsamkeit wird erkannt, dass viele Gedanken einfach nur Gedanken sind und nicht zwangsläufig der Realität entsprechen.
- *Selbst-Management*: Die Selbstbeobachtung erhöht die Fähigkeit, auf frühe Anzeichen eines Problems schneller reagieren zu können. Beispielsweise gehen Teasdale et al. (1995) davon aus, dass Betroffene durch das Achtsamkeitstraining erste depressive Gedanken früher erkennen und so den drohenden Rückfall in die Depression vermeiden können.
- *Entspannung*: Verschiedene Achtsamkeitstechniken führen zu Entspannung, welche wiederum verschiedene Symptome reduzieren kann.
- *Akzeptanz*: Die Akzeptanz von Gedanken, Gefühlen, Schmerzen oder sonstigen Ereignissen ist zentraler Bestandteil aller achtsamkeitsbasierter Interventionen. Unerwünschtes wird nicht verändert oder verdrängt, sondern so wahrgenommen, wie es ist.

Ebenso wie Baer (2003) sehen Brown et al. (2007) die *Exposition* als wichtigen Wirkmechanismus von Achtsamkeitsübungen an. Das wiederholte und bewusste Nicht-Vermeiden aller internen und externen Ereignisse führt zu einer emotionalen „Abstumpfung“. Einerseits fallen die erlebten Gefühle (z.B. Angst) mit der Zeit immer weniger intensiv aus, andererseits wächst die Toleranz für und Akzeptanz von negativen Erlebnissen. Auf diese Weise wird ein verbesserter Umgang mit jeglichen Emotionen gefördert. Ausschlaggebend für verbessertes physisches und psychisches Wohlbefinden sind außerdem die *Einsicht* und *Nichtverhaftung*. Durch Achtsamkeit lernen Personen Gedanken und Gefühle von der Realität zu unterscheiden. Anstatt in Grübeleien zu versinken, werden diese so angenommen, wie sie sind. Dadurch können belastende Situationen besser angenommen und erfolgreicher verarbeitet werden.

Noch eher spekulativ verweisen die Autoren auf ein *verbessertes Funktionieren von Körper und Geist* als Grund für einen besseren Umgang mit belastenden Situationen. Sie halten es für möglich, dass die positiven Auswirkungen von Achtsamkeit nicht nur durch psychologische und Verhaltensänderungen vermittelt werden, sondern auch durch biologische Prozesse (wie ein verbessertes Immunsystem). Es konnte bereits nachgewiesen werden, dass achtsamere Personen weniger Stress erleben und sich subjektiv vitaler fühlten (Brown & Ryan, 2003). Dies könnte an physiologischen Veränderungen liegen, welche durch achtsames Verhalten hervorgerufen werden. Zur Überprüfung dieser Vermutung bedarf es aber sicherlich noch weiterer Studien (Brown et al., 2007). Nach Ansicht der Autoren befähigt die Kombination aller vier Wirkmechanismen Menschen dazu, sich in einer Art und Weise zu verhalten, ihr gesundheitsbezogenes Wohlbefinden zu erhöhen.

Nach Keng et al. (2011) führen Achtsamkeitstrainings zu einer erhöhten Verhaltens- und Aufmerksamkeitskontrolle, welche wiederum die Emotionsregulation verbessern. Die Steigerung der metakognitive Aufmerksamkeit (d.h. die Fähigkeit, sich von eigenen Gedanken und Gefühlen zu distanzieren und diese als vorübergehende mentale Ereignisse zu betrachten) reduziert die Grübelneigung (Rumination), das Verfallen in negative Gedankenschleifen und in weiterer Folge die Entstehung von depressiven Symptomen.

Dimidjian und Linehan (2003) verweisen darauf, dass der Fokus zukünftig auch auf sogenannte nonspezifische Wirkfaktoren gelegt werden muss. Beispielsweise stellt in allen spirituell verwurzelten Traditionen die Gemeinschaft einen zentralen Bestandteil dar. Auch achtsamkeitsbasierte Interventionen werden üblicherweise nur in der Gruppe durchgeführt. Es gilt zu klären, inwiefern das Gruppensetting die Wirksamkeit beeinflusst und ob es möglich ist, effektive Achtsamkeitsübungen in die individuelle Behandlung zu integrieren. Interessant ist auch die Frage, ob die Dauer des Trainings eine Rolle spielt. Ein MBSR-Kurs erstreckt sich mindestens über acht Wochen. Erste Hinweise deuten aber darauf hin, dass auch innerhalb eines kürzeren Zeitraumes positive Veränderungen erzielt werden konnten (Williams, 2010; Zeidan et al., 2010).

3.5. Achtsamkeit im höheren Erwachsenenalter

Die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen konnte bereits für ein großes Spektrum an Störungsbildern sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen Kontext nachgewiesen werden. Der Großteil dieser Studien bezog sich aber auf das mittlere Erwachsenenalter. Im Bereich der Gerontopsychologie stellt diese Form der

Behandlung immer noch eine Seltenheit dar. Ob deren Anwendung positive gesundheitsrelevante Auswirkungen speziell bei älteren Personen zeigt, wurde erst in wenigen Studien untersucht (Forstmeier et al., 2008).

Im Folgenden sollen die wichtigsten Aspekte des Konstrukts im höheren Erwachsenenalter dargestellt werden. Der Fokus liegt dabei auf den Besonderheiten, die die Anwendung achtsamkeitsbasierter Interventionen in diesem Lebensabschnitt mit sich bringen. Den Abschluss bilden Ergebnisse bisheriger Wirksamkeitsstudien bei älteren Menschen.

3.5.1. Notwendige Modifikationen beim therapeutischen Vorgehen

Laut Forstmeier et al. (2009) werden bei der Behandlung älterer Menschen prinzipiell keine anderen oder neuen Behandlungsmethoden benötigt. Jede Therapie sollte, unabhängig vom Lebensalter, etwas Individuelles darstellen. Dennoch sind beim therapeutischen Vorgehen einige Besonderheiten zu berücksichtigen. Generell wichtig ist ein langsames Vorgehen, die Anwendung von Gedächtnishilfen (z.B. Notizen) und Strategien des Aufmerksamkeitserhalts (kürzere Sitzungen, häufigere Pausen). Multimodale Instruktionen unterstützen ein besseres Verständnis. Aus diesem Grund sind neben sprachlichen Erklärungen auch visuelle Veranschaulichungen empfehlenswert. Die TherapeutInnen sollten über ein medizinisches Grundwissen verfügen und Kontakt zu Ärzten halten. Außerdem müssen sie bereit sein, in eher unkonventionellen Settings (Hausbesuche, im Seniorenheim) zu arbeiten.

Smith (2004) adaptierte die MBCT von Teasdale et al. (1995) für depressive Personen über 65 Jahre. Der Kurs ist wie in seiner Originalform als achtwöchiger Kurs konzipiert, die Dauer der Treffen ist jedoch jeweils auf zwei Stunden beschränkt. Den PatientInnen werden die herkömmlichen Achtsamkeitsübungen vermittelt. Dazu gehören die sitzende Meditation, das meditative Gehen, die achtsame Bewegung und die Übung des Body-Scans. Zusätzlich werden kognitiv-behaviorale Techniken eingesetzt, um potenziellen Rückfällen vorzubeugen bzw. erfolgreich damit umzugehen.

Obwohl es keine grundlegenden Veränderungen der Techniken im Vergleich zum Original gibt, sind im Ablauf und der Durchführung einige Modifikationen empfehlenswert, um die körperlichen und kognitiven Schwächen im Alter ausgleichen zu können. Wie bereits erwähnt, sind kürzere Sitzungszeiten notwendig. Ganztags-therapien sollten laut Smith (2004) bei älteren Menschen nicht erfolgen. Bei der Durchführung der Achtsamkeitsübungen müssen die TherapeutInnen darauf achten, dass die Bewegungen und Dehnungen nicht zu stark sind. Die Übungsdauer wird bei Personen, die nicht über längere Zeit liegen, stehen oder gehen können, verkürzt.

Nicht indiziert ist das Verfahren bei stark depressiven PatientInnen, denn die Wirksamkeit nimmt mit der Schwere der Symptome ab (Gallegos, Hoerger, Talbot, Moynihan, & Duberstein, 2013). Vorsicht ist auch bei Personen mit traumatischen Erfahrungen geboten, da die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf ein solches Thema das Leiden verschlimmern kann. Verstehen die TeilnehmerInnen die Relevanz der Übungen nicht oder sind sie aufgrund von Medikamentennebenwirkungen (z.B. erhöhte Müdigkeit) beeinträchtigt, kann das die Wirksamkeit der MBCT verringern.

Als große Vorteile achtsamkeitsbasierter Interventionen sieht Smith (2004), dass ältere Menschen dem Konzept der Achtsamkeit gegenüber aufgeschlossener sind. Obwohl therapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird, haftet dieser Form der Behandlung das soziale Stigma des „Verrücktseins“ aufgrund des körperbetonten Charakters weniger an. Des Weiteren erinnern die Meditationsübungen der MBCT zum Teil an religiöse Übungen, was dem häufigen Wunsch nach Spiritualität und Religion dieser Generation entgegenkommt. Schließlich haben Menschen im höheren Erwachsenenalter schlicht mehr Zeit für die täglichen Übungen als jüngere Personen. Zusätzlich sehen Young und Baime (2010) als weiteren Vorteil, dass einmal gelernte Fertigkeiten der Achtsamkeit immer, überall und ohne großen Aufwand anwendbar sind. Zusätzlich sehen sie in der Durchführung achtsamkeitsbasierter Interventionen eine Möglichkeit, Personen ohne die Gabe von Medikamenten zu helfen, was gerade in Anbetracht des höheren Nebenwirkungsrisikos bei älteren Menschen bedeutend ist.

3.5.2. Bisherige Ergebnisse zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen

Bereits 1982 konnte Kabat-Zinn eine signifikante Reduktion der Symptome bei chronischen SchmerzpatientInnen durch Achtsamkeitsmeditation nachweisen, wobei die Stichprobe nur aus jüngeren Erwachsenen bestand. Die Ergebnisse erlauben somit keine Aussagen über die Wirksamkeit bei älteren Personen. Aus diesem Grund führten Morone et al. (2008) ein sechswöchiges MBSR-Programm mit über 65-jährigen Rückenschmerz-PatientInnen durch. Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 37 TeilnehmerInnen zusammen, welche im Durchschnitt 74.9 Jahre alt waren und täglich oder fast jeden Tag an den Beschwerden litten. Die Durchführung des Trainings unterschied sich kaum vom Original. Neben den klassischen Achtsamkeitsübungen (Body-Scan, Sitz- und Gehmeditation), welche in der Gruppe vermittelt wurden, hatten die StudienteilnehmerInnen wöchentliche Hausaufgaben (45 Minuten Meditation an sechs Tagen die Woche) zu erledigen. Unmittelbar vor und nach dem MBSR-Programm wurden der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand, die Lebensqualität, Schmerzintensität und -akzeptanz erfasst. Nach drei Monaten erfolgte eine

Follow-up-Erhebung. Die Ergebnisse der Versuchsgruppe wurden mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe verglichen, wobei die Zuteilung zu den beiden Bedingungen randomisiert erfolgte. Insgesamt konnte mit dieser Studie erstmalig gezeigt werden, dass die MBSR nicht nur bei jüngeren, sondern auch bei älteren Menschen mit chronischen Rückenschmerzen hilfreich war. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten die StudienteilnehmerInnen größere Verbesserungen im Schmerzerleben und dem wahrgenommenen Gesundheitszustand. Der Großteil der Versuchsgruppe führte die Übungen auch nach Ende des sechswöchigen Trainings durch, was von den Autorinnen als Hinweis für die Nachhaltigkeit eines solchen Programms gewertet wurde. Als wesentlichsten Kritikpunkt führen Morone et al. (2008) die geringe Stichprobengröße ihrer Untersuchung an, sodass künftige Studien mit mehr TeilnehmerInnen wünschenswert wären.

Ernst et al. (2008) adaptierten das MBSR-Programm für Menschen im Pflegeheim, indem es keine selbstständigen, sondern nur angeleitete Übungen beinhaltete. Damit konnte eine signifikante Reduktion der Depressivität und ein verbesserter körperlicher Gesundheitszustand nachgewiesen werden. Die Lebenszufriedenheit und das Schmerzempfinden blieben jedoch unverändert.

Ein weiterer Beleg für die Wirksamkeit der MBSR im höheren Erwachsenenalter wurde von Young und Baime (2010) vorgelegt. Nach Durchführung des Trainings berichteten mehr als 50% der TeilnehmerInnen über eine signifikante Verbesserung ihrer depressiven und angstbezogenen Symptome.

Besonders aufschlussreich war eine qualitative Analyse über die Effektivität von MBCT in Bezug auf Depressionen (Smith, 2004; Smith et al., 2007). 30 Personen im Alter von 65 Jahren und mehr wurden kurz nach dem Training und ein Jahr nach dessen Beendigung interviewt. Insgesamt berichteten die StudienteilnehmerInnen von zahlreichen positiven kognitiven und emotionalen Veränderungen, wie eine erhöhte Wertschätzung der eigenen Person, eine reduzierte Grübelneigung (Rumination) und bessere Akzeptanz von Ereignissen. Körperlich fühlten sich die Befragten durch das Achtsamkeitstraining ruhiger, entspannter und energiegeladener. Auf Verhaltensebene wurde ebenfalls über Veränderungen berichtet, wie zum Beispiel ein selbstsichereres Auftreten, ein erhöhtes Durchsetzungsvermögen und das Lösen von gewohnten Verhaltensmustern. In Bezug auf die depressiven Symptome beschrieben die Betroffenen, nun weniger anfällig für saisonale Stimmungsveränderungen zu sein und besser zu schlafen. 27 der 30 Personen gaben an, dass sie dieses Programm definitiv ihren Verwandten und Bekannten empfehlen würden. Obwohl diese qualitative Analyse laut Smith et al. (2007) wichtige Informationen über die Folgen eines Achtsamkeitstrainings geliefert hat, blieb dennoch die Frage nach dem Warum offen. Für künftige

Studien forderten die AutorInnen außerdem, dass standardisierte Messinstrumente zur Erfassung der Veränderungen eingesetzt werden.

Eine aktuelle Studie von O'Connor et al. (2013) beschäftigte sich mit den Auswirkungen achtsamkeitsbasierter Interventionen speziell bei verwitweten Personen. Laut den Autoren würde es sich hierbei um eine Gruppe von Menschen handeln, die am gefährdetsten für psychischen Distress und depressive Symptome ist. Einschlusskriterien für die Teilnahme waren ein Alter zwischen 65 und 80 Jahren sowie eine hohe psychische Belastung durch Verwitwung. Von ursprünglich 37 Personen haben 12 das gesamte MBCT-Programm abgeschlossen. Ihre Ergebnisse wurden mit einer Warteliste-Kontrollgruppe verglichen. Neben einer Prä- und Post-Messung fand fünf Monate später eine Follow-up-Erhebung statt. Das durchschnittliche Alter der StudienteilnehmerInnen lag bei 77.0 Jahren. Insgesamt sanken die depressiven Symptome durch das MBCT-Programm deutlich mehr als in der Kontrollgruppe, wobei dieses Ergebnis aufgrund der sehr geringen Stichprobengröße nur mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Zusätzlich gingen die AutorInnen der Studie erstmals der Frage nach, ob das Training zu einer Verbesserung kognitiver Funktionen führt. Für jüngere Populationen konnte bereits nachgewiesen werden, dass die Teilnahme an achtsamkeitsbasierten Interventionen die Aufmerksamkeit, das Arbeitsgedächtnis und die kognitive Flexibilität verbessert hat (Heeren, Van Broeck, & Philippot, 2009; Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong, & Gelfand, 2010; Zeidan, Johnson, Diamond, David, & Goolkasian, 2010). Erkenntnisse zu diesem Thema wären laut O'Connor et al. (2013) essenziell, um eine Möglichkeit gegen den altersbedingten Abbau geistiger Fähigkeiten zu finden. Ihre Befunde waren jedoch nicht eindeutig. Zwar führte das Achtsamkeitstraining zu einer kurzfristigen Verbesserung der Arbeitsgedächtnisleistung, diese zeigte sich bei der Follow-up-Erhebung aber nicht mehr. Eine mögliche Erklärung für diesen kurzfristigen Effekt ist, dass sich durch das tägliche Aufmerksamkeitstraining während des Kurses die Gedächtnisfunktionen verbessert hatten. Sobald die Übungen nicht mehr regelmäßig praktiziert wurden, ließ diese Wirkung jedoch schnell nach.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bisherige Befunde zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen im Alter vielversprechend sind. Es bedarf jedoch sicherlich noch mehrerer Studien, um bereits gefundene Ergebnisse zu untermauern und den Schwerpunkt der Forschungstätigkeit von depressiven Störungen auf andere Krankheitsbilder zu verlagern (O'Connor et al., 2013; Young & Baime, 2010). Zahlreiche Studien, Reviews und Metaanalysen liegen bereits für jüngere Populationen vor. Künftige Aufgabe sollte daher die Ausweitung auf das höhere Erwachsenenalter sein.

4. Zielsetzung und Fragestellungen

Im folgenden Kapitel soll die allgemeine Zielsetzung der vorliegenden Arbeit dargestellt werden. Im Anschluss wird auf die spezifischen Fragestellungen und ihre zugrundeliegenden Annahmen eingegangen. Um eine bessere Übersicht zu gewährleisten wurden die Fragestellungen kursiv formuliert.

4.1. Allgemeine Zielsetzung

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass Depressionen zu den häufigsten psychischen Problemen im höheren Erwachsenenalter zählen (Osborn et al., 2002; Rothera et al., 2002; Wild et al., 2012). Einer Schätzung der WHO (2001) zufolge leiden 8-20% der älteren Weltbevölkerung unter depressiven Symptomen. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der drastischen Zunahme des Bevölkerungsanteils der Über-65-Jährigen, besteht die Notwendigkeit, wirksame aber auch kosteneffiziente Therapiemöglichkeiten zu identifizieren, um die Gesundheit der Menschen bis ins höhere Alter zu gewährleisten (WHO, 1998).

Einen vielversprechenden Ansatz stellen achtsamkeitsbasierte Interventionen dar. Das Konstrukt der Achtsamkeit rückte in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Neben dem Bemühen um adäquate Definitionen sollte vor allem die Wirksamkeit solcher Interventionen nachgewiesen werden. Ob deren Anwendung positive gesundheitsrelevante Auswirkungen speziell im höheren Erwachsenenalter zeigt, wurde jedoch erst in wenigen Studien untersucht. Erste Hinweise deuten darauf hin, dass Achtsamkeits-Trainings bei chronischen RückenschmerzpatientInnen hilfreich sein (Morone et al., 2008) und zu einer Reduktion depressiver Symptome führen können (Ernst et al., 2008; O'Connor et al., 2013; Young & Baime, 2010).

Problematisch an der bisherigen Achtsamkeitsforschung war das Entwickeln und Publizieren von Fragebögen ohne ein gemeinsam zugrunde liegendes Verständnis über das Konstrukt. Manche der vorhandenen Erhebungsinstrumente operationalisieren Achtsamkeit als unidimensional, während in anderen von einer zwei- oder multifaktoriellen Struktur ausgegangen wird. Aus diesem Grund häuften sich die Zweifel, ob mit den Fragebögen tatsächlich Achtsamkeit gemessen werden kann (Grossman, 2011; Sauer et al., 2013). Auch für das höhere Erwachsenenalter liegen ausschließlich Effektivitätsstudien über achtsamkeitsbasierte Interventionen vor. Ob mit den Fragebögen überhaupt das intendierte Konstrukt erfasst wurde, wurde nicht überprüft.

Es erscheint daher wichtig und auch notwendig, das Konzept der Achtsamkeit bei älteren Menschen weiter zu verfolgen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden daher in einem ersten Schritt die psychometrischen Eigenschaften des FFMQ überprüft. Des Weiteren sollte geklärt werden, ob ein Zusammenhang zwischen achtsamen Eigenschaften und depressiven Symptomen besteht. Jene Faktoren, die die Entstehung einer Depression wahrscheinlicher machen, wurden als Kontrollvariablen mitberücksichtigt. Außerdem wurde erstmals der Frage nachgegangen, ob Achtsamkeit von der Konzentrationsfähigkeit abhängig sein könnte, weshalb auch diese Fähigkeit in die Analysen miteinbezogen wurde.

All diese Ergebnisse liefern in weiterer Folge Hinweise dafür, ob die Erfassung von Achtsamkeit, wie es im Sinne von Baer et al. (2006) intendiert ist, auch im höheren Erwachsenenalter möglich ist und ob achtsamkeitsbasierte Interventionen eine sinnvolle Alternative bzw. Ergänzung zu den bereits bestehenden Behandlungsmöglichkeiten von depressiven Störungen im Bereich der Gerontopsychologie darstellen können.

4.2. Psychometrische Eigenschaften des FFMQ

Bisherige Ergebnisse zur Faktorenstruktur des FFMQ waren widersprüchlich. Baer et al. (2006) wiesen mittels EFA in einer studentischen Stichprobe nach, dass sich Achtsamkeit aus fünf verschiedenen Facetten zusammensetzte. In einer weiteren Studie (Baer et al., 2008) konnte diese Fünf-Faktoren-Struktur jedoch nur bei meditationserfahrenen Personen belegt werden. Bei meditationsunerfahrenen TeilnehmerInnen waren es hingegen nur vier Facetten. Die Subskala Beobachten wurde nicht bestätigt. Tran et al. (2013) konnten für eine Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung nachweisen, dass die fünf Subskalen des FFMQ auf zwei Faktoren höherer Ordnung luden (*Self-regulated Attention* und *Orientation to Experience*).

Aufgrund dieser Ergebnisse sollte im Rahmen der vorliegenden Studie eine Konstruktvalidierung des FFMQ erfolgen. Mittels EFA wurde geklärt, ob der Fragebogen die fünf Facetten der Achtsamkeit, wie sie von Baer et al. (2006) angenommen werden, bei Über-60-jährigen Personen erfasst werden. Daraus resultierte folgende Fragestellung:

- (1) *Kann die Fünf-Faktoren-Struktur des FFMQ (Beobachten, Beschreiben, Achtsames Handeln, Akzeptieren ohne zu Urteilen, Nichtreagieren auf innere Erfahrungen) bei älteren Menschen bestätigt werden?*

In bisherigen Studien (mit Ausnahme der Subskala Nichtreagieren bei Tran et al., 2013) wiesen die Subskalen zufriedenstellende interne Konsistenzen auf (Baer et al., 2006; Christopher et al., 2012). Neben der Überprüfung der faktoriellen Validität sollten daher die Itemtrennschärfen des FFMQ, gefolgt von den Reliabilitäten (Cronbach's Alpha) der fünf Facetten analysiert werden.

Weitere Ergebnisse legen außerdem den Schluss nahe, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen sowohl den körperlichen als auch den psychischen Gesundheitszustand (vor allem Rückenschmerzen und depressive Symptome) verbessern (Ernst et al., 2008; Morone et al., 2008; O'Connor et al., 2013; Young & Baime, 2010). Aus diesem Grund wurde die Hypothese gebildet, dass ein Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit und depressiven Symptomen (negativ), dem körperlichen (positiv) sowie dem psychischen Gesundheitszustand (positiv) besteht und eine Validierung des FFMQ anhand dieser drei Kriterien durchgeführt.

Zusammengefasst ergab sich daher als zweite Fragestellung:

- (2) *Welche sonstigen psychometrischen Eigenschaften (Itemtrennschärfen, interne Konsistenzen und Kriteriumsvalidität) weisen die fünf Facetten des FFMQ auf?*

4.3. Achtsamkeit und Depressivität

Im Zuge der dritten Fragestellung sollte geklärt werden, ob ein Zusammenhang zwischen den fünf Facetten der Achtsamkeit, wie sie von Baer et al. (2006) postuliert werden, und der Depressivität im höheren Erwachsenenalter besteht. Hierbei war es notwendig, alle Variablen, die diesen Zusammenhang beeinflussen könnten, als Störvariablen zu berücksichtigen. Die resultierenden Ergebnisse können auch als Kriteriumsvalidierung des FFMQ in Bezug auf depressive Symptome unter Kontrolle der Risikofaktoren angesehen werden.

Wie bereits in Kapitel 2.5. ausführlich beschrieben, konnte neben einem als schlecht empfundenen allgemeinen Gesundheitszustand (Cole & Dendokuri, 2003) nachgewiesen werden, dass chronische Schmerzen (Djernes, 2006; Geerlings et al., 2002; Zietemann et al., 2007), Hirn- oder Myokardinfarkte in der Vergangenheit (Stoppe, 2008; Zietemann et al., 2007), Morbus Parkinson (Weintraub, 2005; Zietemann et al., 2007) und Diabetes mellitus (Li et al., 2008) das Vorhandensein depressiver Symptome begünstigen. Eine erhöhte Prävalenz von Depressionen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung konnte auch mit Krebserkrankungen in

Zusammenhang gebracht werden (Hopko et al., 2008; Spoletini et al., 2008; Weinberger et al., 2011).

Als bedeutsam haben sich auch soziale Kontakte und Unterstützungen erwiesen (Blazer, 2003; Luppá et al., 2012). Djernes (2006) stellte fest, dass soziale Isolation, wenig Kontakte mit anderen Menschen und geringe emotionale Unterstützung durch eigene Kinder oder Verwandte große Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression im höheren Alter sind.

Eine weitere wichtige Rolle spielen demografische Variablen, wie das Geschlecht, Ausbildungsniveau und Haushaltseinkommen sowie der Familienstand und die Wohnsituation. Frauen und Personen, die schlechter ausgebildet sind oder in Armut leben bzw. ein geringes Einkommen haben, gelten als Risikogruppe (Cole & Dendokuri, 2003; Djernes, 2006; Fiske et al., 2009; Kockler & Heun, 2002; Luppá et al., 2012). Auch unverheiratete, geschiedene, verwitwete oder alleinlebende Menschen sowie die BewohnerInnen von Altenheimen entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit eine depressive Störung (Cole und Dendokuri, 2003; Djernes, 2006; Fiske et al., 2009; Luppá et al., 2012).

Die Effektivität von achtsamkeitsbasierten Interventionen in Bezug auf depressive Symptome konnte bereits mehrfach nachgewiesen werden (Ernst et al., 2008; O'Connor et al., 2013; Smith, 2004; Smith et al., 2007; Young & Baime, 2010). Aus diesem Grund wurde eine negative Korrelation zwischen den Facetten der Achtsamkeit und der Depressivität erwartet. Zusammengefasst ergab sich daher folgende Fragestellung:

- (3) *Besteht ein Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit (Beobachten, Beschreiben, Achtsames Handeln, Akzeptieren ohne zu Urteilen, Nichtreagieren auf innere Erfahrungen) und der Depressivität unter Kontrolle der bekannten Risikofaktoren?*

4.4. Achtsamkeit und Konzentrationsfähigkeit

Die Konzentrationsfähigkeit stellt laut Gatterer (1990) einen wichtigen Teil der kognitiven Leistungen dar. Im Laufe des Alterns beeinflussen jedoch physiologische und pathologische Veränderungen verschiedener Körperfunktionen die kognitive Leistungsfähigkeit. Aufgrund einer Abnahme der Kapazität des Arbeitsgedächtnisses und des sensorischen Gedächtnisses sind die Lernleistung sowie die Fähigkeit zur Konzentration und Aufmerksamkeit bei älteren Menschen generell geringer (Schlicht, 2008). Gerade die Eigenschaften, sich konzentrieren zu können und aufmerksam zu

sein, stellen wesentliche Komponenten beim Ausüben von Achtsamkeit dar (Bishop et al., 2004; Shapiro et al., 2006). Es wäre daher denkbar, dass Menschen im höheren Erwachsenenalter zwar achtsam sein möchten, dies aber aufgrund einer altersbedingten eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit nicht mehr können. In bisherigen Studien wurde dieser Aspekt noch nicht berücksichtigt. Aus diesem Grund wurde erstmalig versucht, folgende Frage zu klären:

- (4) *Besteht ein Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit (Beobachten, Beschreiben, Achtsames Handeln, Akzeptieren ohne zu Urteilen, Nichtreagieren auf innere Erfahrungen) und der Konzentrationsfähigkeit?*

4.5. Konzentrationsfähigkeit als mögliche Moderatorvariable

Sollte sich im Rahmen der vierten Fragestellung herausstellen, dass Achtsamkeit im höheren Erwachsenenalter von der Konzentrationsfähigkeit abhängig ist, muss außerdem geklärt werden, ob dies den Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit und der Depressivität moderiert. Es ergab sich daher folgende Frage:

- (5) *Besteht ein Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit (Beobachten, Beschreiben, Achtsames Handeln, Akzeptieren ohne zu Urteilen, Nichtreagieren auf innere Erfahrungen) und der Depressivität unter Kontrolle der Konzentrationsfähigkeit?*

5. Methodik

Dieses Kapitel soll über die unterschiedlichen methodischen Aspekte, die für die vorliegende Untersuchung wichtig waren, informieren. Es wird daher näher auf die Stichprobe, die Erhebungsinstrumente und den Ablauf der Studie eingegangen.

5.1. Beschreibung der Stichprobe

5.1.1. Ein- / Ausschlusskriterien und Rekrutierung

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren eine grundsätzliche Testbarkeit und ein Mindestalter von 60 Jahren. Ein bestimmtes Höchstalter wurde nicht festgelegt. Des Weiteren war ein Wert von ≥ 23 im Mini-Mental-Status-Test (MMST) notwendig, damit das Vorliegen einer dementiellen Erkrankung ausgeschlossen werden konnte.

Ausschlusskriterien waren demnach eine generelle Einwilligungsunfähigkeit seitens der StudienteilnehmerInnen und ein MMST-Wert unter 23.

Angestrebt wurde eine Stichprobengröße von mindestens 100 Personen, um zumindest Effekte von mittlerer Größe ($r = .30$) statistisch nachweisen zu können (Bortz & Döring, 2009). Die Stichprobe kam vor allem durch Kontaktaufnahmen mit dem Pflegezentrum Langenlois und diversen Seniorenverbänden in Niederösterreich zustande. Außerdem konnten einige Personen aus dem erweiterten Bekanntenkreis der Studienleiterin rekrutiert werden.

5.1.2. Demografische und andere relevante Charakteristika

Die Gesamtstichprobe umfasste 102 Personen, wovon alle die bereits genannten Einschlusskriterien erfüllten und daher an der gesamten Erhebung teilnehmen konnten. Aus Tabelle 2 können die wichtigsten demografischen Merkmale abgelesen werden.

Tabelle 2

Demografische Merkmale der Gesamtstichprobe

	Gesamtstichprobe ($N = 102$)
Anteil der Frauen n (%)	68 (66.7)
Alter in Jahren M (SD ; $Min-Max$)	71.9 (7.9; 60-91)
Höchste abgeschlossene Ausbildung n (%)	
Pflichtschule (8 Jahre)	36 (35.3)
Pflichtschule (9 Jahre)	6 (5.9)
Lehrabschluss	29 (28.4)
Berufsbildende mittlere Schule	17 (16.7)
Matura	12 (11.8)

Universität/Hochschulabschluss	2 (2.0)
Familienstand <i>n</i> (%)	
Ledig	1 (1.0)
In einer Partnerschaft	1 (1.0)
Verheiratet	64 (62.7)
Geschieden	4 (3.9)
Verwitwet	32 (31.4)
Wohnsituation <i>n</i> (%)	
Allein lebend	24 (23.5)
Mit (Ehe-)PartnerIn	55 (53.9)
Mit Familie/Angehörigen	9 (8.8)
Alten-/Pflegeheim	14 (13.7)
Monatliches Haushalts-Netto-Einkommen <i>n</i> (%)	
0 bis 499 Euro	3 (2.9)
500 bis 999 Euro	28 (27.5)
1000 bis 1499 Euro	19 (18.6)
1500 bis 1999 Euro	27 (26.5)
2000 bis 2999 Euro	23 (22.5)
3000 bis 4999 Euro	1 (1.0)
5000 Euro oder mehr	1 (1.0)

Anmerkung: Die Bedeutung der Zahlen findet sich jeweils in der ersten Spalte.

Von den 102 Befragten gaben insgesamt 20 Personen (20%; davon 80 % weiblich) an, unter einer Depression zu leiden. Laut GDS lag bei neun StudienteilnehmerInnen (45 %; acht Frauen und ein Mann) eine leichte bis mäßige und bei zwei Frauen (10%) eine schwere Depression vor. Die restlichen neun Personen (45%) wurden aufgrund einer ärztlichen Diagnose als depressiv klassifiziert.

Der subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheitszustand im Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12) lag bei $M = 39.8$ ($SD = 9.8$), der psychische Gesundheitszustand bei $M = 50.4$ ($SD = 9.1$). 65 der Befragten (45 weiblich und 20 männlich) gaben an, unter chronischen Schmerzen zu leiden, wovon vor allem der Rücken, die Knie und Hände betroffen waren. Bei einer Frau wurde Parkinson ärztlich diagnostiziert, acht Personen (8%) waren in der Vergangenheit von einem Hirn- und sieben Personen (7%) von einem Myokardinfarkt betroffen. 12 StudienteilnehmerInnen (12%) litten unter Diabetes und insgesamt 11 Personen (11%) an einer Krebserkrankung.

Von maximal 55 erreichbaren Punkten im Alters-Konzentrations-Test (AKT) lag der Rohwert der durchschnittliche Konzentrationsfähigkeit bei $M = 52.9$ ($SD = 2.8$; *Min-Max* = 41-55). Dieser Mittelwert entspricht einem Prozentrang von $PR = 68.3$.

Die Befragten hatten zwischen null und sechs Kindern ($M = 2.3$, $SD = 1.2$). Der durchschnittliche Kontakt zur Familie lag bei 5.4 Tagen ($SD = 2.3$) und zu FreundInnen/Bekanntem im Durchschnitt bei 3.1 Tagen ($SD = 2.0$). Die wahrgenommene soziale Unterstützung belief sich auf $M = 4.2$ ($SD = 0.6$), was einem Prozentrang von $PR = 61$ entspricht.

Neun der Befragten (8.8%; sechs Frauen und drei Männer) hatten Erfahrung mit Meditations- oder anderen Achtsamkeitsübungen, welche laut Angabe der StudienteilnehmerInnen im Durchschnitt 2.3 Stunden pro Woche ($SD = 1.3$) praktiziert werden. Bei der Art der Übungen handelte es sich um Yoga ($n = 1$), Reiki ($n = 1$), Progressive Muskelentspannung ($n = 1$), Meditation ($n = 1$), Autogenes Training ($n = 4$) und Achtsamkeitsübungen ($n = 1$), welche seit einem Zeitraum von sechs Monaten bis zu 30 Jahren regelmäßig durchgeführt werden.

5.2. Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Im diesem Abschnitt werden alle Verfahren beschrieben, die in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurden. Sie dienten der Erfassung von möglichen kognitiven Störungen, der Konzentrationsfähigkeit, Achtsamkeit und Depressivität, dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, der sozialen Unterstützung sowie relevanten demografischen Variablen und sonstigen Merkmalen. Bei der Auswahl der Erhebungsinstrumente wurde vor allem darauf geachtet, dass sie für das höhere Erwachsenenalter geeignet sind. Zum anderen sollte das Kriterium der Zumutbarkeit erfüllt und die Belastbarkeit möglichst in Grenzen gehalten werden. Aus diesem Grund wurde, wenn verfügbar, auf Kurzversionen der Fragebögen zurückgegriffen.

Zur besseren Übersicht werden die Verfahren in jener Reihenfolge angeführt, in der sie auch den StudienteilnehmerInnen vorgegeben wurden.

5.2.1. Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Die ursprünglich englischsprachige Fassung des MMST (*Mini-Mental-Status-Examination*; MMSE) stammt von F. M. Folstein, Folstein, und McHugh (1975), welche von Kessler, Markowitsch, und Denzler (1990) für den deutschen Sprachraum adaptiert wurde.

Der MMST ist ein Screening-Instrument zur Erfassung kognitiver Störungen bei älteren Personen. Er wurde entwickelt, um in möglichst kurzer Zeit einen Überblick über das Leistungsniveau zu erhalten. Das etwa 10-minütige Interview besteht vor allem aus alltagsnahen Fragen zur Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Erinnerungsfähigkeit sowie sprachbezogenen Aufgaben. Menschen mit Demenzverdacht können diese nicht oder nur zum Teil bewältigen. Die Auswertung erfolgt als einfache Addition der vergebenen Punkte. Ein Cut-off-Wert von 23/24, der eine Sensitivität von 87% und eine Spezifität von 82% ergibt, weist auf eine kognitive Beeinträchtigung hin.

Der MMST wird zum Teil heftig kritisiert, vor allem was die Angaben zur Objektivität, Validität und Reliabilität betrifft. Beispielsweise erreichte das Instrument bei einer Erhebung im stationär geriatrischen Bereich nur eine geringe bis mittlere interne Konsistenz (Beyermann, Trippe, Bähr, & Püllen, 2013). Laut Wegener (2003) sollte er aufgrund zahlreicher Mängel keinesfalls zur Diagnostik der Schwere einer Demenz eingesetzt werden. Da mit diesem Verfahren in der vorliegenden Studie lediglich die grundsätzliche Testbarkeit festgestellt bzw. Personen mit Verdacht auf eine Demenz von der Stichprobe ausgeschlossen werden sollten und eine genauere Klassifikation der kognitiven Störung nicht intendiert war, erschien der Einsatz des MMST aufgrund seiner ökonomischen Durchführung und Auswertung dennoch als gerechtfertigt.

5.2.2. Alters-Konzentrations-Test (AKT)

Der AKT von Gatterer (1990) ist ein nonverbaler Durchstreich-Test mit figuralem Material, der hinsichtlich Lesbarkeit, Verständlichkeit, Schwierigkeit und Belastbarkeit auf die Bedürfnisse älterer Personen abgestimmt wurde.

Auf einem Testblatt müssen insgesamt 55 Halbkreise bearbeitet und dabei 20 Zielreize von 35 Distraktoren unterschieden werden. Die Aufmerksamkeit soll auf zwei Dimensionen der Figuren (Lage und Muster) gerichtet werden. Bei motorisch eingeschränkten Personen, die nicht in der Lage sind, die Zeichen selbst durchzustreichen, übernimmt der/die VersuchsleiterIn entsprechend der verbalen Anweisung diese Aufgabe. Die maximale Bearbeitungsdauer (einschließlich Instruktion) liegt in etwa bei fünf Minuten. Zur Auswertung können die Bearbeitungszeit, die Anzahl richtig durchgestrichener Figuren, die Anzahl der Fehler, die Fehlertypen, der prozentuale Fehleranteil und die Gesamtzahl richtig bearbeiteter Zeichen ermittelt werden. Die Bearbeitungszeit kann als Arbeitsgeschwindigkeit und der Gesamtwert als Konzentrationsfähigkeit interpretiert werden. Alle anderen Werte geben Hinweise auf einen

zerebralen Abbau. Für alle Testwerte des AKT stehen Prozentränge (PR) oder Centilwerte (C-Werte) zur Verfügung. Normwerte liegen sowohl für die Gesamtgruppe als auch für Aphasiker, PflegeheimbewohnerInnen und rüstige AltenheimbewohnerInnen vor. Außerdem gibt es Normen für die Altersgruppen ≤ 69 Jahre, 70-79 Jahre und ≥ 80 Jahre.

Durch die standardisierte Testanweisung und die Auswertung mittels Schablonen sollten die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität gewährleistet sein. Für den Zeitraum von drei Wochen wurden Retest-Reliabilitäten von $r_{tt} = .75$ bis $r_{tt} = .89$ berichtet. Zur Beurteilung der Konstruktvalidität wurden moderate Zusammenhänge zwischen den AKT-Testwerten von PflegeheimbewohnerInnen und den Fremdeinschätzungen durch das Pflegepersonal auf Dimensionen wie etwa konzentriert/unkonzentriert oder aktiv/passiv gefunden.

5.2.3. *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*

Der FFMQ von Baer et al. (2006) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches anhand von 39 Items die fünf verschiedenen Facetten der Achtsamkeit erhebt, nämlich *Beobachten*, *Beschreiben*, *Achtsames Handeln*, *Akzeptieren ohne zu Urteilen* (= Nichturteilen) und *Nichtreagieren auf innere Erfahrungen* (= Nichtreagieren). Die erste Komponente erfasst die Tendenz, von allen inneren und äußeren Erfahrungen (z.B. Gerüche, Geräusche, Emotionen) Notiz zu nehmen. *Beschreiben* bezieht sich auf das Finden der richtigen Worte für Gedanken, Gefühle oder körperliche Empfindungen. Die Facette *Achtsames Handeln* kennzeichnet die Fähigkeit zum bewussten Handeln im Hier und Jetzt und stellt einen Gegensatz zum „Auto-Piloten“ dar. *Akzeptieren ohne zu Urteilen* bezieht sich auf das nicht wertende Annehmen jeglicher Erfahrungen. Die letzte Facette beschreibt die Wahrnehmung (belastender) Gefühle, ohne auf diese reagieren zu müssen bzw. ohne sich in diesen zu verlieren.

Der FFMQ ist derzeit der einzige Fragebogen, mit dem alle fünf Komponenten der Achtsamkeit erfasst werden können. Zur Beantwortung der Items steht eine fünfstufige Likert-Skala zur Verfügung (1 = „trifft nie zu“ bis 5 = „trifft sehr oft zu“). Die Auswertung erfolgt anhand des Mittelwertes für jede der Subskalen getrennt. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer liegt bei etwa 15 Minuten. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die deutsche Übersetzung des FFMQ von Tran, Nader, und Glück (2012) vorgegeben. Auf die zum Teil widersprüchlichen Ergebnisse bezüglich der psychometrischen Eigenschaften des FFMQ wurde bereits im Abschnitt 3.2.1. genauer eingegangen und können dort nachgelesen werden.

5.2.4. Geriatrische Depressionsskala - Kurzform (GDS-15)

Die GDS-15 ist ein Screening-Verfahren zur Erfassung depressiver Symptome bei älteren Menschen ab 55 Jahren, welches in seiner Originalfassung von Yesavage et al. (1983) entwickelt wurde. Mittlerweile liegen zahlreiche Publikationen in den unterschiedlichsten Sprachen vor. Eine deutschsprachige Version wurde erstmals von Bach et al. (1995) veröffentlicht.

Neben einer Langform mit 30 Items existiert eine kürzere Version mit insgesamt 15 Items im dichotomen Antwortformat („Ja“ oder „Nein“). Aus Gründen der Ökonomie und Zumutbarkeit wurde auf die Kurzform zurückgegriffen. Das Instrument kann sowohl im häuslichen Bereich, als auch in Krankenhäusern oder Pflegeheimen eingesetzt werden. Besonders vorteilhaft ist das einfache Ja/Nein-Antwortformat, da dies gerade älteren Menschen das Beantworten des Fragebogens erleichtert. Die Bearbeitung nimmt nur wenige Minuten in Anspruch. Relativ unverschlüsselt werden unterschiedliche depressive Symptome erfragt, wie zum Beispiel Unzufriedenheit mit dem Leben, Ängste, Antrieb oder Hoffnungslosigkeit. Es gibt keine Fragen zum körperlichen Befinden, da diese häufig keinen diagnostischen Wert für die Verdachtsdiagnose „Depression im Alter“ aufweisen (Nikolaus, 2001).

Pro Antwort, die in Richtung Depression hinweist, wird ein Punkt vergeben. Maximal kann bei der Kurzform daher ein Wert von 15 erreicht werden. Eine einheitliche Empfehlung, welcher Cut-off-Wert für das Vorliegen einer leichten bis mäßigen Depression spricht, existiert bislang nicht. Üblicherweise werden fünf oder sechs Punkte herangezogen (Wancata, Alexandrowicz, Marquart, Weiss, & Friedrich, 2006). Gauggel und Birkner (1999) untersuchten anhand der deutschen Version der GDS (Kurz- und Langform) die Auswirkungen unterschiedlicher Cut-off-Werte auf die Sensitivität und Spezifität. Sie kamen zu dem Schluss, dass bei einem kritischen Wert von sechs die besten Ergebnisse erzielt werden, nämlich eine Sensitivität von 84.0% und eine Spezifität von 88.9%. Durch Herabsetzen des Cut-off-Werts auf fünf Punkte verschlechterten sich die Vorhersagen hingegen (Sensitivität 88.0%, Spezifität 66.7%). Nikolaus (2001) berichtet für einen Cut-off-Wert von sechs eine Sensitivität von 94.0% und eine Spezifität von 82.0%. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der vorliegenden Studie festgelegt, dass Werte von sechs oder größer für das Vorliegen einer leichten bis mäßigen Depression sprechen. Mehr als 10 Punkte gaben bereits einen Hinweis auf eine schwere Depression.

Insgesamt handelt es sich bei der GDS-15 um einen reliablen und validen Fragebogen (Wancata et al., 2006). Gauggel und Birkner (1999) konnten beispielsweise eine interne Konsistenz von $\alpha = .91$ nachweisen. Dennoch muss beachtet

werden, dass sie als Screening-Instrument lediglich erste Hinweise für depressive Symptome liefern kann. Für eine gesicherte Diagnose wären weitere Untersuchungen notwendig.

5.2.5. Fragebogen zum Gesundheitszustand - Kurzform (SF-12)

Der SF-12 wurde auf Basis von statistischen Regressionsmodellen als Kurzform des SF-36 entwickelt (Bullinger & Kirchberger, 1998). Es wird versucht, die unterschiedlichen Aspekte der Gesundheit aus Sicht der Befragten einzuholen.

Insgesamt werden anhand von 12 Items subjektive Einschätzungen zu den Bereichen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden verlangt. Die Vorgabe dieses generischen Verfahrens ist ab 14 Jahren möglich und kann bis zum höchsten Lebensalter erfolgen. Im Durchschnitt ist mit einer Bearbeitungsdauer von fünf Minuten zu rechnen.

Zur Beantwortung stehen unterschiedliche Antwortformate zur Verfügung (dichotom, drei-, fünf- und sechsstufig). Sowohl für den SF-36 als auch den SF-12 gibt es eine Version zur Selbst- oder Fremdbeurteilung bzw. einen Interviewbogen mit jeweils unterschiedlichem zeitlichen Bezug. Entweder wird um eine Einschätzung des Gesundheitszustandes innerhalb der letzten Woche oder innerhalb der letzten vier Wochen gebeten. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die Selbstbeurteilungsversion mit einem Zeitfenster von einer Woche gewählt. Bei Durchführung des Fragebogens in Form eines Interviews, fand eine entsprechende Umformulierung der Items statt. Für die Auswertung werden die acht Subskalen zur *körperlichen* und *psychischen* *Summenskala* verrechnet und anhand einer amerikanischen Normstichprobe standardisiert. Ein höherer Wert entspricht einem besseren subjektiv wahrgenommenen körperlichen oder psychischen Gesundheitszustand. Anhand einer deutschen Normstichprobe wurde bei Über-60-Jährigen für die körperliche Summenskala ein Mittelwert von $M = 44.34$ ($SD = 9.45$) und für die psychische Summenskala ein Mittelwert von $M = 53.35$ ($SD = 7.51$) ermittelt.

Die psychometrischen Gütekriterien des SF-36 wurden bereits mehrfach in unterschiedlichen Stichproben überprüft (z.B. StudentInnen, Patientinnen mit verschiedenen Störungsbildern) und bestätigt. Die internen Konsistenzen lagen mehrheitlich über $\alpha = .70$. Das Verfahren war geeignet, zwischen verschiedenen PatientInnen-Subgruppen anhand klinischer Kriterien zu differenzieren, womit die diskriminante Validität von den Testautorinnen als gegeben interpretiert wurde. In einer

Studie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von älteren Menschen (≥ 60 Jahre) wurde über interne Konsistenzen von $\alpha = .76$ bis $\alpha = .92$ für die verschiedenen Subskalen berichtet (Gunzelmann, Albani, Beutel, & Brähler, 2006). Bisher gibt es noch relativ wenige Befunde zu den Gütekriterien des SF-12, doch laut Bullinger und Kirchberger (1998) erbringt die Kurzform in etwa 80% der Präzision des SF-36 und stellt somit eine solide Erfassung der körperlichen und psychischen Gesundheit dar, jedoch nur mit einem Drittel Zeitaufwand und Belastung der Befragten im Vergleich zur Langform.

5.2.6. Fragebogen zur sozialen Unterstützung - Kurzform (F-SozU-K-14)

Die Kurzform des F-SozU (Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009) erfasst mit 14 Items die wahrgenommene und/oder antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk, welche auf der Überzeugung basiert, im Bedarfsfall Unterstützung aus diesem Netzwerk zu erhalten bzw. die Einschätzung, gegebenenfalls auf Ressourcen des sozialen Umfelds zurückgreifen zu können.

Der Fragebogen bezieht die drei zentralen Inhalte sozialer Unterstützung mit ein, nämlich *Emotionale Unterstützung*, *Praktische Unterstützung* und *Soziale Integration*. Die Skala *Emotionale Unterstützung* erfasst die Meinung, von anderen gemocht und akzeptiert zu werden sowie das Gefühl, Anteilnahme zu erleben und seine Gefühle mitteilen zu können. *Praktische Unterstützung* kennzeichnet die Überzeugung, Hilfe bei alltäglichen Problemen erhalten zu können (z.B. etwas ausleihen können). Mit der Skala *Soziale Integration* wird die eventuell bestehende Zugehörigkeit zu einem Freundeskreis erhoben. Aufgabe der Befragten ist, verschiedenste Aussagen zu sozialen Kontakten auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten (von 1 = „trifft nicht zu“ bis 5 = „trifft genau zu“). Die Bearbeitungsdauer liegt im Allgemeinen bei etwa zwei Minuten. Es existiert keine Altersbeschränkung für die Vorgabe. Aufgrund der Kürze der Skalen und der geringen Anzahl der Items sollte jedoch, im Vergleich zur Standardform, auf eine nach Skalen getrennte Auswertung verzichtet und nur ein Gesamtwert gebildet werden. Dieser ergibt sich aus der Summe aller Itemantworten geteilt durch die Anzahl der Items. Zur Interpretation der allgemein wahrgenommenen Unterstützung stehen Prozentrangnormen (PR) zur Verfügung.

In einer Normierungsstudie konnte gezeigt werden, dass sich die Kurzform des F-SozU durch sehr gute itemstatistische Kennwerte und eine gute interne Konsistenz von $\alpha = .94$ auszeichnete. Für das Zeitintervall von einer Woche wurde eine Retest-Reliabilität von $r_{tt} = .96$ berichtet. Der Mittelwert des Gesamtwertes lag bei 3.97 ($SD = 0.68$).

5.2.7. Demografische Variablen und sonstige Merkmale der StudienteilnehmerInnen

Zunächst wurden die StudienteilnehmerInnen befragt, ob jene Krankheiten bei ihnen ärztlich diagnostiziert wurden, die laut Literatur einen Zusammenhang mit depressiven Symptomen vermuten lassen (chronische Schmerzen, Parkinson, Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes und Krebs), und ob derzeit Medikamente dagegen eingenommen werden. Des Weiteren wurden sie um eine Angabe gebeten, ob aktuell eine Depression vorliegt und wenn ja, ob sie medikamentös behandelt werden. Danach wurden die Variablen Geschlecht, Alter, höchste abgeschlossene Schulausbildung und Familienstand erhoben, wobei das Geschlecht dichotom, das Alter in freiem Antwortformat, die höchste abgeschlossene Schulausbildung in sechs Stufen (Pflichtschule 8 Jahre, Pflichtschule 9 Jahre, Lehrabschluss, Berufsbildende mittlere Schule, Matura oder Universität/Hochschulabschluss) und der Familienstand in fünf Stufen (ledig, in einer Partnerschaft, verheiratet, geschieden, verwitwet) abgefragt wurden. Für die Angabe zum zuletzt ausgeübten Beruf und der Anzahl der Kinder stand ein freies Antwortformat zur Verfügung. Um neben dem F-SozU-K-14 einen Eindruck von der sozialen Situation zu bekommen, wurden die StudienteilnehmerInnen um eine Einschätzung gebeten, an wie vielen Tagen pro Woche sie durchschnittlich Kontakt zu ihrer Familie und ihren Freunden/Bekannten haben. Die Wohnsituation wurde anhand von vier verschiedenen Stufen erfasst (allein lebend, mit [Ehe-]PartnerIn, mit Familie/Angehörigen, Alten-/Pflegeheim). Zur Angabe des monatlichen Haushalts-Netto-Einkommens standen insgesamt sieben Möglichkeiten zur Auswahl (0-499 Euro, 500 bis 999 Euro, 1000 bis 1499 Euro, 1500 bis 1999 Euro, 2000 bis 2999 Euro, 3000 bis 4999 Euro und 5000 Euro oder mehr). Abschließend wurde gefragt, ob Erfahrung mit Meditation (z.B. Yoga, Autogenes Training) oder Achtsamkeitsübungen besteht und wenn ja, welche Art praktiziert wird, seit wann und wie viele Stunden pro Woche.

5.3. Durchführung der Studie

Grundsätzlich handelte es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Fragebogenstudie, wobei zu Beginn zur Überprüfung der allgemeinen Testbarkeit ein Screening-Verfahren für kognitive Störungen eingesetzt wurde. Personen, die erste Anzeichen einer Demenz zeigten, sollten gegebenenfalls aus der Stichprobe ausgeschlossen werden. Bei TeilnehmerInnen, die infolge einer eingeschränkten Motorik zur selbstständigen Bearbeitung der Items nicht in der Lage waren, konnten alle Verfahren in Form eines Interviews durchgeführt werden. Die Konzentrationsfähigkeit wurde mithilfe eines Leistungstests erfasst. Mit allen übrigen Instrumenten wurden Selbst-

beurteilungen der TeilnehmerInnen eingeholt. Pro Person nahm die gesamte Erhebung in etwa 60 Minuten in Anspruch.

Nach Kontaktaufnahmen mit der zuständigen Klinischen- und Gesundheitspsychologin des Pflegezentrums Langenlois, den Obfrauen dreier Seniorenvereine aus unterschiedlichen Gemeinden Niederösterreichs und dem erweiterten Bekanntenkreis der Studienleiterin erfolgte die Datenerhebung von Februar bis April 2013.

Die Personen nahmen freiwillig und ohne Entlohnung an der Studie teil. Die Testungen und Befragungen fanden, je nach individuellem Wunsch, in unterschiedlichen Settings statt. Es bestand einerseits die Möglichkeit, an der Untersuchung einzeln und im eigenen Zuhause teilzunehmen. Dafür wurden individuelle Termine vereinbart. Andererseits konnten die Aufenthaltsräume des jeweiligen Seniorenvereins zu festgesetzten Zeiten genutzt werden. In diesem Fall wurde für die Erhebung ein Gruppensetting von maximal fünf Personen gewählt. Sowohl der MMST als auch der AKT wurden von der Studienleiterin mit den TeilnehmerInnen im Einzelnen durchgeführt, während der restliche Teil der Gruppe die Fragebögen selbstständig beantwortet hat. Im Pflegezentrum fand die Erhebung ausschließlich im Individualsetting und die Befragung zumeist als Interview statt, da dies aufgrund häufiger Verständnisschwierigkeiten (vor allem beim FFMQ) als notwendig erachtet wurde. Unabhängig von der Form der Befragung war die Studienleiterin während des gesamten Zeitraumes persönlich anwesend, um eventuell auftretende Fragen sofort beantworten zu können.

Zu Beginn wurden alle TeilnehmerInnen mündlich über Sinn, Zweck und Ablauf der Testung und Befragung aufgeklärt. Außerdem enthielt jeder Fragebogen zum besseren Verständnis eine schriftliche Anweisung. Es erfolgte der ausdrückliche Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und dass die Möglichkeit besteht, die Erhebung jederzeit unter- oder abbrechen zu können. Den StudienteilnehmerInnen wurden ebenfalls ihre Anonymität und eine streng vertrauliche Behandlung ihrer Antworten versichert. Die Instruktion der Personen, welche die Fragebögen selbstständig beantworteten, endete mit der Bitte, sich bei Unklarheiten jederzeit an die Studienleiterin zu wenden.

6. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden sämtliche Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt. Den Anfang bildet die Beschreibung des schrittweisen Ablaufes der explorativen Faktorenanalyse zur Überprüfung der Konstruktvalidität des FFMQ,

gefolgt von weiteren Berechnungen zu den psychometrischen Eigenschaften dieses Erhebungsinstruments. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den Zusammenhängen zwischen den Facetten der Achtsamkeit und der Depressivität unter Kontrolle der bekannten Risikofaktoren. Abschließend wird näher auf die Ergebnisse zur Konzentrationsfähigkeit eingegangen. Die Daten wurden mit dem Softwarepaket IBM SPSS Statistics 19 ausgewertet und das Signifikanzniveau für alle Berechnungen auf $p < .05$ festgelegt.

6.1. Konstruktvalidierung des FFMQ mittels explorativer Faktorenanalyse

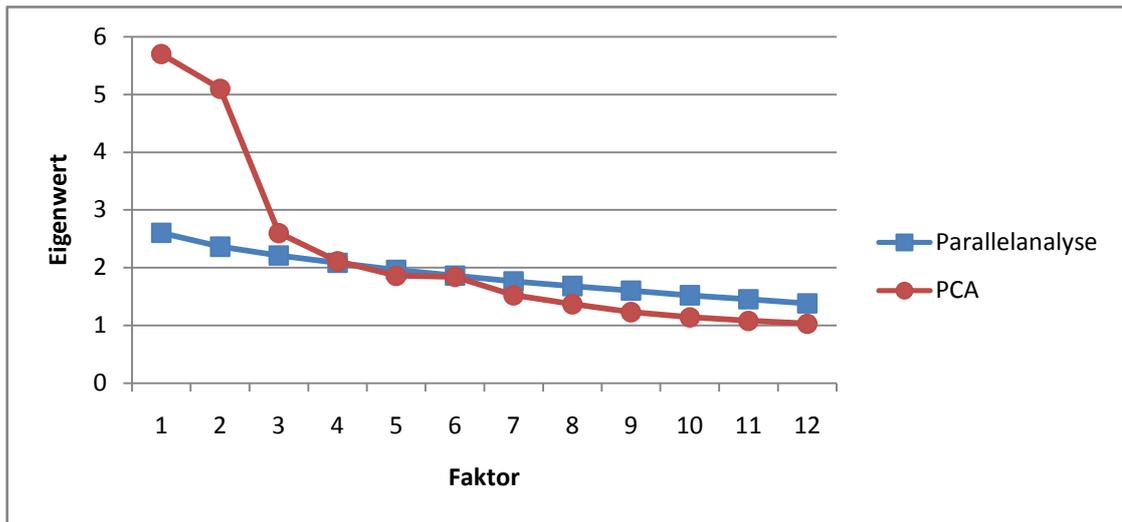
Um zu überprüfen, ob die postulierte Fünf-Faktoren-Struktur des FFMQ von Baer et al. (2006) auch bei älteren Personen vorhanden ist, wurde eine *explorative Faktorenanalyse* (EFA) mit einer *Hauptkomponentenanalyse* (principal components analysis, PCA) und obliquer Rotation durchgeführt. Dieses Rotationsverfahren wurde gewählt, da von Baer et al. (2006) postuliert wird, dass die Items des FFMQ nicht unabhängig voneinander sind, sondern auf einem gemeinsamen Faktor höherer Ordnung (Achtsamkeit) laden.

Die Voraussetzungen zur Durchführung des Verfahrens waren erfüllt. Das Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin lag mit $KMO = .66$ über den geforderten $.50$, sodass die Stichprobengröße als angemessen beurteilt werden konnte (Kaiser, 1974). Außerdem ergab der Bartlett-Test auf Sphärizität einen signifikanten Wert ($p < .001$), was bedeutet, dass es einen Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen gab. Die Werte in der Diagonale der Anti-Image-Korrelations-Matrix sind als Maß für die Eignung der Items zu verstehen und sollten mindestens bei $r = .50$ liegen (siehe Field, 2009, S. 659). Nur ein Item erfüllte dieses Kriterium nicht, nämlich Item 4 mit einem Wert von $r = .41$.

Nach dem Kaiser-Kriterium wären insgesamt 12 Faktoren mit Eigenwerten größer als eins bedeutsam. Dieses Kriterium ist jedoch nur dann zuverlässig, wenn es weniger als 30 Variablen gibt und die Stichprobe mehr als 250 Personen umfasst (Nunnally & Bernstein, 1994). Da der FFMQ aber aus 39 Items besteht und sich die Validierungsstichprobe nur aus 102 Personen zusammensetzte, wurde zur Ermittlung der relevanten Faktorenanzahl eine Parallelanalyse mithilfe der Online-Software von Patil, Singh, Mishra, und Donovan (2007) durchgeführt. Diese stellt eine reliable Methode bei kleineren Stichproben dar und basiert auf der Tatsache, dass einige aus Stichprobendaten gewonnene Eigenwerte eine inhaltliche Relevanz lediglich vortäuschen. Die Parallelanalyse berücksichtigt daher Scheinfaktoren mit Eigenwerten größer eins, die durch Zufallskorrelationen zwischen den Variablen zustande

gekommen sind. Konkret wird der empirisch ermittelte Eigenwerteverlauf mit jenem aus der Parallelanalyse verglichen und es werden nur jene Faktoren extrahiert, deren Eigenwerte größer sind als die Eigenwerte aus der Parallelanalyse (Moosbrugger & Schermelleh-Engel, 2012). Abbildung 1 zeigt den Eigenwerteverlauf sowohl von der PCA als auch von der Parallelanalyse für die ersten zwölf Faktoren.

Abbildung 1: Screeplot des Eigenwerteverlaufs (Parallelanalyse und PCA)



In der vorliegenden Studie lagen vier Eigenwerte über dem gemittelten Zufalls-Eigenwerteverlauf, sodass geschlossen werden konnte, dass für die mit dem FFMQ erhaltenen Daten nur vier Faktoren bedeutsam waren. Die von Baer et al. (2006) angenommene Fünf-Faktoren-Struktur des Achtsamkeitsfragebogens konnte somit nicht bestätigt werden.

Um zu überprüfen, welche Items auf welchen der Faktoren laden, wurde eine erneute PCA mit Beschränkung auf vier Faktoren durchgeführt.

Tabelle 3 gibt die erklärte Gesamtvarianz der anfänglichen Eigenwerte bzw. der Summen von quadrierten Faktorladungen für die Extraktion wieder. Insgesamt waren diese für 39,8% der Varianz verantwortlich. Da eine oblique Rotation durchgeführt wurde, ist es aufgrund der Korreliertheit der Komponenten nicht möglich, die rotierte Summe der quadrierten Ladungen anzugeben.

Tabelle 3*Erklärte Gesamtvarianz der vier extrahierten Faktoren*

Anfängliche Eigenwerte bzw. Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			
Faktor	Gesamt	Prozent der Varianz	Kumulierte Varianz
1	5.70	14.63	14.63
2	5.10	13.09	27.71
3	2.60	6.66	34.37
4	2.11	5.42	39.80

Nach der Extraktion und obliquen Rotation von vier Faktoren ergab sich anhand der Mustermatrix (siehe Tabelle 4) folgendes Bild: Acht Items luden auf Faktor 1 (Items 2, 7, 29, 32, 33, 35R, 36, 37), acht auf Faktor 2 (Items 10R, 14R, 17R, 22R, 25R, 28R, 30R, 39R), sieben auf Faktor 3 (Items 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31) und fünf auf Faktor 4 (Items 5R, 8R, 13R, 18R, 23R). Die Werte von sieben Items (Items 3R, 4, 9, 19, 21, 24, 27) waren kleiner als .40 und werden laut Stevens (2002) als unbedeutend interpretiert. Zwei Items luden auf Faktor 1 und 2 (Items 12R, 16R), sowie zwei auf Faktor 1 und 4 (Items 34R, 38R). Items, die mit dem Zusatz „R“ versehen wurden, sind invers formulierte Items.

Aus Tabelle 4 können die Faktorladungen der einzelnen Items (Mustermatrix) entnommen werden. Diese stellt die unique Ladung der Items auf ihrem Faktor dar.

Tabelle 4*Rotierte Mustermatrix - Faktorladungen je Item*

Item	Komponente			
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
32: Ich habe die natürliche Tendenz, meine Erfahrungen in Worte zu fassen.	.79			
7: Es fällt mir leicht, meine Überzeugungen, Meinungen und Erwartungen in Worte zu fassen.	.61			
37: Ich kann normalerweise recht genau beschreiben, welche Gefühle ich im Moment habe.	.59			
2: Ich kann meine Gefühle gut in Worte fassen.	.54			
36: Ich achte darauf, wie sich meine Gefühle auf meine Gedanken und mein Verhalten auswirken.	.52			
38R: Ich merke, wie ich Dinge tue, ohne auf sie zu achten.	- .50			.41
33: Bedrückende Gedanken kann ich bewusst wahrnehmen und auch wieder Abstand von	.49			

ihnen nehmen.

29: Bedrückende Gedanken kann ich bewusst wahrnehmen, muss aber nicht auf sie reagieren.	.47	
35R: Wenn ich bedrückende Gedanken oder Vorstellungen habe, beurteile ich mich selbst als gut oder schlecht, je nachdem, um welche Gedanken/Vorstellungen es sich handelt.	- .42	
21: In schwierigen Situationen kann ich innehalten.		
27: Sogar wenn ich schrecklich verärgert bin, kann ich das in Worte fassen.		
24: Wenn ich bedrückende Gedanken habe, so nehme ich diese wahr, ohne dass sie mich lange belasten.		
16R: Ich habe Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, um meine Gefühle auszudrücken.	.52	.72
39R: Ich missbillige mich, wenn ich unvernünftige Ideen habe.		.67
30R: Ich denke, dass manche meiner Gefühle schlecht oder unangebracht sind, und dass ich sie nicht haben sollte.		.65
14R: Ich glaube, dass einige meiner Gedanken unnormal sind, und dass ich so nicht denken sollte.		.64
22R: Körperliche Empfindungen sind für mich schwierig zu beschreiben, weil mir die richtigen Worte dazu fehlen.		.57
25R: Ich sage mir, dass ich nicht so denken sollte, wie ich denke.		.53
12R: Es fällt mir schwer, das was ich denke, in Worte zu fassen.	.40	.50
17R: Ich urteile darüber, ob meine Gedanken gut oder schlecht sind.		.47
28R: Ich hetze durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein.		.45
10R: Ich sage mir, dass ich nicht das fühlen sollte, was ich fühle.		.43
3R: Ich kritisiere mich dafür, irrationale oder unangebrachte Gefühle zu haben.		
26: Ich nehme Gerüche und Düfte der Dinge wahr.		.67
11: Ich bemerke, wie Speisen und Getränke meine Gedanken, meine Körperempfindungen und meine Gefühle beeinflussen.		.64
15: Ich achte auf Empfindungen wie zum Beispiel Wind in meinem Haar oder Sonnenschein auf meinem Gesicht.		.63
6: Wenn ich dusche oder bade, bin ich mir des Gefühls des Wassers auf meinem Körper bewusst.		.60
31: Ich bemerke visuelle Elemente sowohl in der Kunst als auch in der Natur, zum Beispiel Farben, Formen, Struktur oder Muster aus Licht und Schatten.		.60
20: Ich achte auf Geräusche wie beispielsweise das Ticken von Uhren, Vogelzwitschern oder das Geräusch vorüberfahrender Autos.		.56
1: Wenn ich gehe, dann nehme ich ganz bewusst wahr, wie sich die Bewegungen		.43

meines Körpers anfühlen.		
9: Ich weiß über meine Gefühle Bescheid, lasse mich aber nicht von ihnen mitreißen.		
19: Wenn ich bedrückende Gedanken habe, kann ich „einen Schritt zurücktreten“ und diese wahrnehmen, ohne mich von ihnen überwältigen zu lassen.		
13R: Ich bin leicht abzulenken.		.81
5R: Wenn ich etwas tue, dann schweifen meine Gedanken ab, und ich bin leicht abzulenken.		.67
18R: Ich finde es schwierig, auf das konzentriert zu bleiben, was im gegenwärtigen Augenblick passiert.		.60
8R: Ich achte nicht darauf, was ich tue, weil ich tagträume, mir Sorgen mache oder anderweitig abgelenkt bin.		.60
34R: Ich erledige Aufträge oder Aufgaben automatisch, ohne mir bewusst zu sein, was ich tue.	- .41	.52
23R: Es sieht so aus, als würde ich „automatisch funktionieren“, ohne viel Bewusstsein für das, was ich tue.		.41
4: Ich nehme meine Gefühle bewusst wahr, muss aber nicht auf sie reagieren.		

Anmerkung: Faktorladungen < .40 sind in der Tabelle nicht enthalten.

Wie aus Tabelle 4 ersichtlich, wiesen vier Items eine relativ hohe Kreuzkorrelation auf. Dies bedeutet, dass sie nicht nur auf einem Faktor hoch luden und eine eindeutige Zuordnung daher nicht möglich war. Besonders auffallend ist, dass, bis auf die beiden Items 29 und 33, kein anderes Item der Subskala Nichtreagieren auf irgendeinem der Faktoren lud.

Aus Tabelle 5 können die Interkorrelationen der vier Faktoren abgelesen werden.

Tabelle 5

Interkorrelationen der 4 Faktoren

Faktor	1	2	3
2	-.14		
3	.21	-.01	
4	.06	.20	.12

Als abschließender Schritt wurden vier neue Variablen (Faktoren) mit den jeweiligen Faktorwerten nach der Anderson-Rubin-Methode gebildet.

Auf Basis inhaltlicher Überlegungen ließen sich diese vier neuen Faktoren folgendermaßen interpretieren: Die erste Komponente umfasst vor allem Items der Subskala Beschreiben sowie zwei Items der Subskala Nichtreagieren und bezieht sich

auf die Fähigkeit, Erfahrungen und Gefühle in Worte fassen sowie sich von bedrückenden Ereignissen distanzieren zu können. Dieser Faktor wird daher im Weiteren als *Beschreiben und Nichtreagieren* bezeichnet. Der zweite Faktor kennzeichnet vor allem die Tendenz, sich selbst bei vermeintlich schlechten Gedanken oder Gefühlen zu verurteilen, weshalb er als *Beschreiben und Nichturteilen* benannt wurde. Faktor drei beinhaltet jene Items, die die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Empfindungen (z.B. Geräusche, Gerüche, Sonnenschein auf dem Gesicht oder Körperbewegungen) erfassen. Dieser besteht ausschließlich aus den Items der Subskala Beobachten, weshalb die Bezeichnung *Beobachten* für Faktor 3 beibehalten wurde. Zu den Items, die auf dem vierten Faktor luden, zählt die Fähigkeit, sich auf gegenwärtige Ereignisse konzentrieren zu können und sich durch nichts ablenken zu lassen. Dieser Faktor wurde daher weiterhin als *Achtsames Handeln* bezeichnet.

Zusammengefasst konnte die Fünf-Faktoren-Struktur des FFMQ für das höhere Erwachsenenalter nicht bestätigt werden. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, dass mit diesem Erhebungsinstrument lediglich vier Facetten der Achtsamkeit erhoben wurden und vor allem Nichtreagieren nicht ausreichend erfasst wurde.

6.2. Itemanalyse (Itemtrennschärfen)

Um ein genaueres Bild über die Differenzierungsfähigkeit bzw. Eignung der Items des FFMQ zu erhalten, wurden deren Trennschärfen (siehe Tabelle 6) berechnet. Die Trennschärfe eines Items drückt aus, wie groß der korrelative Zusammenhang zwischen diesem Item und dem Gesamtestwert ist. Personen, die im Gesamtergebnis beispielsweise einen hohen Wert erreichen, weisen auf einem trennscharfen Einzelitem ebenfalls eine hohe Punktzahl auf (Kelava & Moosbrugger, 2012). Trennschärfen zwischen .30 und .49 gelten als mittelmäßig, ab .50 als hoch. Items mit Trennschärfen kleiner als .30 sind nicht geeignet, zwischen Personen mit hohen und niedrigen Werten zu differenzieren (Bortz & Döring, 2006).

Tabelle 6*Itemtrennschärfen der fünf Facetten des FFMQ*

Item	Beobachten	Item	Beschreiben	Item	Achtsames Handeln
1	.37	2	.39	5R	.25
6	.33	7	.47	8R	.40
11	.15	12R	.42	13R	.40
15	.23	16R	.55	18R	.33
20	.19	22R	.54	23R	.24
26	.26	27	.27	28R	.49
31	.33	32	.41	34R	.30
36	.04	37	.42	38R	.11
Item	Nichturteilen	Item	Nichtreagieren		
3R	.04	4	.18		
10R	.09	9	.14		
14R	.31	19	.18		
17R	.01	21	.23		
25R	.22	24	.01		
30R	.22	29	.03		
35R	.10	33	.30		
39R	.26				

Anmerkung: Nicht ausreichend trennscharfe Items sind fett hervorgehoben.

Wie aus Tabelle 6 ersichtlich, zeigten 22 Items eine nicht zufriedenstellende Itemtrennschärfe. Besonders die Items der beiden Subskalen Nichturteilen und Nichtreagieren erwiesen sich als nicht geeignet, um bezüglich des Konstrukts der Achtsamkeit zwischen Personen im höheren Erwachsenenalter adäquat zu differenzieren. Alle Items, die sich bereits im Rahmen der EFA mit Ladungen kleiner als .40 als unbedeutend herausgestellt haben, zeigten auch bei der Itemanalyse zu geringe Trennschärfen.

6.3. Reliabilitätsanalyse

Zur Beurteilung der Messgenauigkeit bzw. Zuverlässigkeit der fünf Subskalen des FFMQ wurde deren Reliabilitätskoeffizienten anhand von Cronbach's Alpha berechnet. Ab einem Wert von $\alpha = .70$ kann von einer zufriedenstellenden internen Konsistenz ausgegangen werden (Moosbrugger & Kelava, 2012).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden folgende Reliabilitätskoeffizienten bestimmt: Beobachten $\alpha = .72$; Beschreiben $\alpha = .82$; Achtsames Handeln $\alpha = .75$; Nichturteilen $\alpha = .74$; Nichtreagieren $\alpha = .50$; FFMQ_{gesamt} $\alpha = .79$.

Sowohl der Fragebogen als Gesamtes als auch vier Subskalen lagen, wenn auch nur knapp, über dem geforderten Wert von $.70$. Bei der Subskala Nichtreagieren konnte jedoch nicht von einer ausreichenden Messgenauigkeit gesprochen werden.

6.4. Kriteriumsvalidierung

Zur Berechnung der Kriteriumsvalidität des FFMQ wurden dessen fünf Facetten mit der Körperlichen und Psychischen Summenskala des SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1998) und den depressiven Symptomen aus der GDS-15 (Bach et al., 1995) korreliert. Um Vergleiche zwischen der von Baer et al. (2006) postulierten Fünf-Faktoren-Struktur des FFMQ und den durch die EFA erhaltenen vier Faktoren zu ermöglichen, wurde die Validierung im Folgenden für beide Formen durchgeführt.

Die Normalverteilung der Daten wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests überprüft. Lediglich die beiden Subskalen Achtsames Handeln mit $D(98) = .07, p > .05$, und Nichturteilen mit $D(98) = .08, p > .05$, waren normalverteilt. Die Daten der Subskalen Beobachten [$D(98) = .10, p < .05$], Beschreiben [$D(98) = .10, p < .05$] und Nichtreagieren [$D(98) = .09, p < .05$], sowie die Körperliche Summenskala [$D(98) = .10, p < .05$], Psychische Summenskala [$D(98) = .10, p < .05$] und Depressive Symptome [$D(98) = .20, p < .001$] wichen jedoch von der Normalverteilung ab. Somit war die Voraussetzung zur Berechnung der Korrelationen nach Pearson teilweise verletzt. Da aber keine wesentlichen Ausreißer in den Daten feststellbar waren und der Korrelationskoeffizient nach Pearson ein besonders robustes Maß darstellt, wurden zur Bestimmung der Kriteriumsvalidität des FFMQ dennoch ausschließlich Produkt-Moment-Korrelationen berechnet. Die Ergebnisse sowohl für die fünf Facetten des FFMQ als auch für die vier neu gebildeten Faktoren finden sich in Tabelle 7.

Tabelle 7*Korrelationen mit anderen Konstrukten*

Fünf-Faktoren-Struktur					
	Beobachten	Beschreiben	Achtsames Handeln	Nichturteilen	Nichtreagieren
Körperliche Summenskala	-.13	.12	-.01	.18	-.10
Psychische Summenskala	.08	.36**	.32**	.28**	.09
GDS-15	.03	-.21*	-.04	-.08	-.06

Vier-Faktoren-Struktur				
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Körperliche Summenskala	.04	.22*	-.12	-.04
Psychische Summenskala	.17	.38**	.10	.31**
GDS-15	-.22*	-.17	.05	-.02

Anmerkung: GDS-15 = Geriatrische Depressionsskala. Faktor 1 = Beschreiben und Nichtreagieren; Faktor 2 = Beschreiben und Nichturteilen; Faktor 3 = Beobachten; Faktor 4 = Achtsames Handeln.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Keine der fünf Facetten des FFMQ korrelierte signifikant mit dem körperlichen Gesundheitszustand der StudienteilnehmerInnen. Nur die Subskalen Beschreiben und Nichturteilen wiesen die erwartete positive Richtung auf. Im Gegensatz dazu zeigte zumindest Faktor 2 einen signifikanten Zusammenhang mit der körperlichen Summenskala des SF-12. Die Subskalen Beschreiben, Achtsames Handeln und Nichturteilen, sowie Faktor 2 und Faktor 3 des Vier-Komponenten-Modells stellten geeignete Indikatoren für den psychischen Gesundheitszustand (psychische Summenskala des SF-12) in erwarteter positiver Richtung dar. Nur die Subskala Beobachten und Faktor 1 hingen mit den Werten der GDS-15 signifikant zusammen. Außer der Subskala Beobachten und Faktor 3 deuteten die Korrelationskoeffizienten in die angenommene negative Richtung.

Die Problematik der Subskala Nichtreagieren spiegelt sich auch in den Ergebnissen dieser Validierung wieder. Sie zeigte weder mit dem körperlichen oder psychischen Gesundheitszustand, noch mit dem Vorhandensein von depressiven Symptomen einen Zusammenhang.

6.5. Partielle Korrelationen und logistische Regression zur Kontrolle der Risikofaktoren

Ob ein Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit und der Depressivität unter Kontrolle der bekannten Risikofaktoren bestand, wurde mittels partieller Korrelationen geklärt. Alle aus der bisherigen Literatur bekannten Variablen wurden als Kontrollvariablen berücksichtigt. Zusätzlich können diese Ergebnisse als weitere Überprüfung der Kriteriumsvalidität des FFMQ in Bezug auf depressive Symptome unter Kontrolle der Risikofaktoren angesehen werden.

Um Vergleiche zwischen der von Baer et al. (2006) postulierten Fünf-Faktoren-Struktur und dem im Rahmen der EFA erhaltenen Vier-Komponenten-Modell zu ermöglichen, können aus Tabelle 8 und 9 die partiellen Korrelationen für beide Versionen entnommen werden. Aufgrund der geringen Anzahl an Personen, welche von Parkinson ($n = 1$), Diabetes ($n = 12$), Krebs ($n = 11$), einem Hirninfarkt ($n = 8$) oder einem Herzinfarkt ($n = 8$) betroffen waren, wurden diese Krankheiten gemeinsam kontrolliert.

Tabelle 8

Partielle Korrelationen zwischen depressiven Symptomen und den fünf Facetten des FFMQ

Kontrollvariablen	Beobachten	Beschreiben	Achtsames Handeln	Nichturteilen	Nichtreagieren
Körperlicher Zustand	-.02	-.17	-.05	-.01	-.10
Psychischer Zustand	.09	-.03	.14	.07	-.01
Chronische Schmerzen	.01	-.20	-.06	-.02	-.11
Andere Erkrankungen ^a	-.24	-.03	-.07	-.10	-.07
Soziale Unterstützung	.12	-.18	-.04	-.12	.01
Geschlecht	-.02	-.20	-.02	-.06	-.05
Ausbildung	.04	-.20	-.04	-.08	-.06
Einkommen	.02	-.20	-.05	-.06	-.07
Familienstand	-.03	-.21	-.03	-.03	-.10
Wohnsituation	.01	-.25	-.09	-.11	-.08
Risikofaktoren gesamt	-.01	-.10	.10	.11	-.09

Anmerkung: ^aAndere Erkrankungen umfassen Parkinson, Diabestes, Krebs, Hirn- und Myokardinfakte.

Tabelle 9*Partielle Korrelationen zwischen depressiven Symptomen und den vier Faktoren*

Kontrollvariablen	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Körperlicher Zustand	- .22	- .08	.01	- .04
Psychischer Zustand	- .16	.02	.11	.16
Chronische Schmerzen	- .23	- .09	.02	- .04
Andere Erkrankungen ^a	- .22	- .16	- .07	- .06
Soziale Unterstützung	- .20	- .20	.13	- .01
Geschlecht	- .22	- .14	.03	.01
Ausbildung	- .21	- .16	.05	- .01
Einkommen	- .21	- .15	.04	- .03
Familienstand	- .24	- .12	- .02	- .01
Wohnsituation	- .21	- .22	- .01	- .06
Risikofaktoren gesamt	- .18	.08	- .07	.13

Anmerkung: Faktor 1 = Beschreiben und Nichtreagieren; Faktor 2 = Beschreiben und Nichturteilen; Faktor 3 = Beobachten; Faktor 4 = Achtsames Handeln.

^aAndere Erkrankungen umfassen Parkinson, Diabestes, Krebs, Hirn- und Myokardinfarkte.

Wie aus den beiden Tabellen ersichtlich, war keine der partiellen Korrelationen signifikant. Die Werte bewegten sich zwischen $r = .01$ und $r = .25$.

Die Zusammenhänge zwischen den Subskalen Beobachten, Achtsames Handeln, Nichturteilen sowie Nichtreagieren und dem Vorhandensein von depressiven Symptomen veränderten sich nur minimal. Lediglich bezüglich der Subskala Beschreiben konnten Veränderungen festgestellt werden. Ohne Kontrolle der diversen Risikofaktoren lag der Zusammenhang bei $r = -.21$ und war auf einem Niveau von $p < .05$ signifikant. Durch Herauspartialisieren des psychischen Gesundheitszustandes sank der Wert auf $r = -.03$. Gleiches gilt für die gemeinsame Berücksichtigung der Erkrankungen Parkinson, Diabetes, Krebs, Hirn- und Myokardinfarkt ($r = -.03$) sowie aller Risikofaktoren insgesamt ($r = -.10$).

Ausgehend von einer Vier-Faktoren-Struktur konnten keine Veränderungen der Zusammenhänge festgestellt werden. Bei Faktor 1 (Beschreiben und Nichtreagieren) blieben die partiellen Korrelationen im Bereich von $r = -.22$. Die übrigen drei Faktoren korrelierten bereits ohne Kontrolle der Risikovariablen kaum mit dem Vorhandensein von depressiven Symptomen (siehe Tabelle 7), sodass eine zusätzliche Verringerung nur schwer möglich war.

Die bisherigen Ausführungen in diesem Abschnitt bezogen sich auf den generellen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und den Facetten des FFMQ. Um auch Aussagen über die Bedeutung der Risikofaktoren bei klinisch relevanten Depressionen machen zu können, wurde im Weiteren eine logistische Regression berechnet (Methode: schrittweise-vorwärts). Abhängige Variable war hierbei *Diagnose einer Depression* (Ja/Nein). Alle StudienteilnehmerInnen, bei denen eine ärztlich diagnostizierte Depression vorlag und/oder die den Cut-off-Wert von sechs Punkten in der GDS-15 überschritten haben, erhielten die Kodierung „Ja“ ($n = 20$). Als unabhängige Variablen wurden sowohl alle fünf Facetten des FFMQ (Beobachten, Beschreiben, Achtsames Handeln, Nichturteilen und Nichtreagieren) als auch alle Risikofaktoren (körperlicher Gesundheitszustand, psychischer Gesundheitszustand, chronische Schmerzen, Parkinson, Diabetes, Krebs, Hirninfarkt, Myokardinfarkt, soziale Unterstützung, Geschlecht, Ausbildungsniveau, Haushaltseinkommen, Familienstand und Wohnsituation) eingesetzt. Analog dazu wurde die logistische Regression auch auf Basis des Vier-Faktoren-Modells durchgeführt. Das heißt, statt der fünf Facetten des FFMQ von Baer et al. (2006) wurden die aus der EFA resultierenden vier Faktoren als unabhängige Variablen miteinbezogen.

Die Voraussetzungen (Linearität des Logit und keine Multikollinearität der unabhängigen Variablen) wurden überprüft und erfüllt. Die Ergebnisse der logistischen Regression waren sowohl für das Fünf- als auch das Vier-Komponenten-Modell ident. Tabelle 10 zeigt neben der Konstante auch jene Variablen, welche einen signifikanten Einfluss auf das Vorhandensein einer klinisch relevanten Depression hatten.

Tabelle 10

Logistische Regression (AV: Diagnose einer klinisch relevanten Depression)

Variablen in der Gleichung	B	SE (B)	OR	95% KI für OR	
				Unterer Wert	Oberer Wert
Konstante	4.87	2.18			
Körperlicher Gesundheitszustand	- 0.08*	0.03	0.93	0.87	0.99
Psychischer Gesundheitszustand	- 0.07*	0.03	0.93	0.88	0.99

Anmerkung: SE = Standardfehler; OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall.

$R^2 = .10$ (Cox & Snell). Modell $\chi^2(2) = 10.58$, $p < .01$.

* $p < .05$.

Ausschließlich der körperliche und psychische Gesundheitszustand stellten signifikante Prädiktoren für das Vorhandensein einer klinisch relevanten Depression dar ($p < .05$). Laut R^2 nach Cox und Snell waren diese beiden Variablen für 10% der totalen Varianz

verantwortlich. Ihre Odds Ratio (*OR*) war kleiner als eins, was den Schluss zulässt, dass die Chance für eine klinisch relevante Depression sank, wenn der körperliche und psychische Gesundheitszustand stiegen.

Insgesamt zeigten die Berechnungen, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen den fünf bzw. vier Facetten der Achtsamkeit und der allgemeinen Depressivität unter Kontrolle der Risikofaktoren bestand. Lediglich bei der Subskala Beschreiben konnte eine Verringerung der Korrelationen durch Berücksichtigung aller Kontrollvariablen nachgewiesen werden, wobei vor allem der psychische Gesundheitszustand sowie die bestehenden Erkrankungen (Parkinson, Diabetes, Krebs, Hirn- oder Myokardinfarkt) ausschlaggebend waren.

In Bezug auf klinisch bedeutsame Depressionen konnte nachgewiesen werden, dass von allen Risikofaktoren ausschließlich der körperliche und psychische Gesundheitszustand einen signifikanten Einfluss hatten.

6.6. Korrelationen zwischen den Facetten des FFMQ und der Konzentrationsfähigkeit

Um erstmalig zu klären, ob ein Zusammenhang zwischen den fünf Facetten der Achtsamkeit und der Konzentrationsfähigkeit im höheren Erwachsenenalter besteht, wurden Korrelationen nach Pearson zwischen diesen beiden Variablen gebildet. Als Maß für die Konzentrationsfähigkeit diente der Prozentrangwert des AKT, da dieser nicht verteilungsgebunden ist (Moosbrugger & Kelava, 2012).

Die Korrelationskoeffizienten für die einzelnen Facetten des FFMQ waren wie folgt: Beobachten $r = -.03$; Beschreiben $r = .08$; Achtsames Handeln $r = -.08$; Nichturteilen $r = .08$; Nichtreagieren $r = -.03$.

Um wiederum einen Vergleich zwischen der von Baer et al. (2006) postulierten Fünf-Faktoren-Struktur und der im Rahmen der vorliegenden Studie extrahierten vier Faktoren zu ermöglichen, wurde außerdem der Zusammenhang zwischen der Konzentrationsfähigkeit und den neu gebildeten Faktoren berechnet: Faktor 1 (Beschreiben und Nichtreagieren) $r = .06$; Faktor 2 (Beschreiben und Nichturteilen) $r = .10$; Faktor 3 (Beobachten) $r = -.15$; Faktor 4 (Achtsames Handeln) $r = -.06$.

Alle berechneten Korrelationskoeffizienten waren nicht signifikant ($p > .05$). Zwischen den fünf Facetten der Achtsamkeit und der Konzentrationsfähigkeit bestand praktisch kein Zusammenhang (alle $r < .10$). Die Korrelationen von Faktor 2 und Faktor 3 waren im Vergleich dazu minimal höher, aber statistisch ebenfalls nicht signifikant. Der Zusammenhang mit den Subskalen Beobachten, Achtsames Handeln, Nicht-

reagieren sowie mit Faktor 3 (Beobachten) und Faktor 4 (Achtsames Handeln) wich des Weiteren von der erwarteten positiven Richtung ab.

Insgesamt konnte mit den Ergebnissen gezeigt werden, dass kein Zusammenhang zwischen dem Konstrukt der Achtsamkeit (unabhängig von der Anzahl der Faktoren) und der Konzentrationsfähigkeit bei älteren Menschen bestand.

6.7. Partielle Korrelationen zur Kontrolle der Konzentrationsfähigkeit

Ursprünglich sollte im Rahmen einer fünften Fragestellung überprüft werden, ob eine Korrelation zwischen den Facetten der Achtsamkeit und der Depressivität unter Kontrolle der Konzentrationsfähigkeit besteht. Wie sich im Verlauf der Datenauswertung jedoch gezeigt hat, war die Achtsamkeit im höheren Erwachsenenalter nicht von der Konzentrationsfähigkeit abhängig (siehe Abschnitt 6.6.). Es ist daher nicht möglich, dass diese den Zusammenhang zwischen den fünf Facetten des FFMQ und der Depressivität moderierte. Auf die Berechnung von weiteren partiellen Korrelationen wurde daher verzichtet.

7. Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war, eine Validierung des FFMQ für das höhere Erwachsenenalter mit besonderem Fokus auf dessen Faktorenstruktur durchzuführen, sowie den Zusammenhang zwischen achtsamen Eigenschaften und depressiven Symptomen unter Kontrolle der aus der Literatur bekannten Risikofaktoren näher zu beleuchten. Außerdem wurde erstmalig der Frage nachgegangen, ob Achtsamkeit von der Konzentrationsfähigkeit abhängig ist.

Anhand der Ergebnisse ließen sich wesentliche Schlussfolgerungen bilden, welche im Folgenden genauer dargestellt werden.

7.1. Faktorenstruktur und psychometrische Qualität des FFMQ

Ursprünglich postulierten Baer et al. (2006) eine Fünf-Faktoren-Struktur des FFMQ mit den Facetten Beobachten, Beschreiben, Achtsames Handeln, Akzeptieren ohne zu Urteilen (= Nichturteilen) und Nichtreagieren auf innere Erfahrungen (= Nichtreagieren). Diese konnte jedoch nur bei meditationserfahrenen Personen belegt werden, bei Meditationsunerfahrenen waren es hingegen nur vier Faktoren. Die Subskala Beobachten wurde bei Baer et al. (2008) nicht bestätigt.

Aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit unter anderem eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt, um die Konstruktvalidität des FFMQ bei älteren Menschen zu überprüfen. Anhand der Analysen zeigte sich, dass dem Konstrukt der Achtsamkeit im höheren Erwachsenenalter nur vier bedeutsame Faktoren zugrundegelegt werden konnten, welche für 39.8% der Gesamtvarianz verantwortlich waren. Die angenommene Fünf-Faktoren-Struktur bestätigte sich somit nicht.

Dieses Ergebnis zeigt, dass Achtsamkeit in der Form, wie es der FFMQ zu messen beabsichtigt, nicht repliziert werden konnte und untermauert wiederum die Annahme, dass die Anzahl der Faktoren von der Meditationserfahrung der Personen abhängig ist. Wie bereits erwähnt, haben Baer et al. (2008) in einer früheren Studie festgestellt, dass vier der fünf Subskalen des FFMQ (alle außer Achtsames Handeln) signifikant mit der Meditationserfahrung korrelierten. Die Fünf-Faktoren-Struktur konnte nur bei meditationserfahrenen Personen belegt werden. Bei meditationsunerfahrenen StudienteilnehmerInnen waren es hingegen nur vier. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Nur neun der Befragten gaben an, Achtsamkeitsübungen oder andere Meditationstechniken regelmäßig zu praktizieren. Diese Unerfahrenheit der StudienteilnehmerInnen könnte daher ebenfalls dazu geführt haben, dass nicht alle fünf Faktoren des FFMQ bestätigt wurden.

Auch die weiteren psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens waren teilweise nur wenig zufriedenstellend. So wiesen mehr als die Hälfte der Items eine nicht ausreichende Trennschärfe auf (siehe Tabelle 6). Laut Kelava und Moosbrugger (2012) erfassen diese somit etwas anderes als der Gesamtwert und waren nicht in der Lage, zwischen Personen mit hohen und niedrigen Werten zu differenzieren. Die Messgenauigkeit (Cronbach's Alpha) des Fragebogens im Gesamten als auch von vier Subskalen war zufriedenstellend. Einzig die Subskala Nichtreagieren erwies sich als wenig reliabel ($\alpha = .50$). Auch wenn die übrigen Facetten die geforderte Reliabilität von $\alpha > .70$ überschritten, waren die Werte insgesamt niedriger als in bisherigen Studien (Baer et al., 2006; Christopher et al., 2012; Tran et al., 2013).

Viele der Items (besonders jene der Subskala Nichtreagieren) wurden von den StudienteilnehmerInnen offensichtlich falsch verstanden bzw. inkonsistent beantwortet, was wiederum an deren fehlender Kenntnis über das Konzept der Achtsamkeit liegen kann. Dies deckt sich auch mit der Annahme von Sauer et al. (2013), wonach Personen, die mit dem Konzept des Buddhismus nicht vertraut sind, die Items falsch bzw. anders verstehen. Eine mögliche Erklärung für die Messungenauigkeit der Subskalen könnte aber auch schlicht in der Länge der Items begründet sein. Gerade älteren Menschen fällt es schwer, den Inhalt längerer Aussagen vollständig und richtig

zu erfassen. Beispiele für zu ausführlich formulierte Items wären: „Wenn ich bedrückende Gedanken oder Vorstellungen habe, beurteile ich mich selbst als gut oder schlecht, je nachdem, um welche Gedanken/Vorstellungen es sich handelt“ (Item 35R) oder „Ich bemerke visuelle Elemente sowohl in der Kunst als auch in der Natur, zum Beispiel Farben, Formen, Struktur oder Muster aus Licht und Schatten“ (Item 31). Solche Aussagen könnten von älteren Menschen nicht richtig erfasst und dadurch inkonsistent beantwortet worden sein.

Problematisch sind auch zum Teil die Formulierungen der Items. Die Aussage „Wenn ich gehe, dann nehme ich ganz bewusst wahr, wie sich die Bewegungen meines Körpers anfühlen“ (Item 1), wurde häufig bejaht, weil die TeilnehmerInnen aufgrund ihres Alters krankheitsbedingte körperlich Beschwerden hatten und deshalb jede Bewegung spürten (spüren mussten). Die ursprüngliche Intention, nämlich das bewusste Beobachten von Empfindungen, wurde somit aber nicht erhoben.

Bisherige Studien legten den Schluss nahe, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen sowohl den körperlichen, als auch den psychischen Gesundheitszustand (vor allem Rückenschmerzen und depressive Symptome) verbessern (Ernst et al., 2008; Morone et al., 2008; O'Connor et al., 2013; Young & Baime, 2010). Es wurde daher davon ausgegangen, dass ein Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit und depressiven Symptomen (negativ), dem körperlichen (positiv) sowie dem psychischen Gesundheitszustand (positiv) besteht und eine Validierung des FFMQ anhand dieser drei Kriterien durchgeführt. Um Vergleiche zwischen der von Baer et al. (2006) postulierten Fünf-Faktoren-Struktur des FFMQ und den durch die Faktorenanalyse erhaltenen vier Faktoren zu ermöglichen, erfolgten die Berechnungen für beide Formen.

Die fünf Facetten des FFMQ und der körperliche Gesundheitszustand waren voneinander unabhängig. Nur Faktor 2 (Beschreiben und Nichturteilen) zeigte einen signifikant positiven Zusammenhang mit der körperlichen Summenskala des SF-12. Die Subskalen Beschreiben, Achtsames Handeln und Nichturteilen, sowie Faktor 2 (Beschreiben und Nichturteilen) und Faktor 3 (Beobachten) des Vier-Komponenten-Modells stellten geeignete Indikatoren in erwarteter Richtung für den psychischen Gesundheitszustand dar. Eine kausale Interpretation war jedoch nicht möglich. Das bewusste Wahrnehmen der eigenen Gedanken und Gefühle sowie deren Nichtbewertung könnte die subjektive Einschätzung der psychischen Gesundheit positiv beeinflussen. Denkbar wäre auch die umgekehrte Richtung, nämlich dass hohes psychisches Wohlbefinden die Fähigkeit zur Wahrnehmung, zum bewussten Handeln und zur Nichtbewertung verbessert. Die Höhe der Korrelationen zwischen dem Vorhandensein von depressiven Symptomen und den fünf Subskalen des FFMQ waren im Vergleich

zu den Ergebnissen bisheriger Studien (Christopher et al., 2012; Tran et al., 2013) weitestgehend geringer ausgeprägt. Nur die Subskala Beobachten und Faktor 1 (Beschreiben und Nichtreagieren) hingen mit den Werten der GDS-15 signifikant zusammen. Die Tendenz, von allen inneren und äußeren Erfahrungen (z.B. Gerüche, Geräusche, Emotionen) Notiz zu nehmen bzw. diese urteilsfrei zu beschreiben, war negativ mit dem Vorhandensein depressiver Tendenzen korreliert. Etwas überraschend war, dass weder Faktor 2 (Beschreiben und Nichturteilen) oder Faktor 3 (Beobachten), noch die Subskalen Achtsames Handeln und Nichturteilen mit der Depressivität korrelierten. Zu den typischen depressiven Symptomen im höheren Erwachsenenalter (siehe Tabelle 1) zählt unter anderem eine Veränderung des Denkens, was sich in Konzentrations- und Denkstörungen sowie einer Selbstabwertung äußern kann. Es wäre daher eigentlich zu erwarten gewesen, dass gerade jene Komponenten der Achtsamkeit, welche sich auf das bewusste Handeln und das Bewerten von Erfahrungen beziehen, mit depressiven Symptomen zusammenhängen. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigten diese Vermutung jedoch nicht.

Generell wurde ein höherer bzw. signifikanter Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit und depressiven Symptomen, aufgrund vielversprechender Effektivitätsstudien zu achtsamkeitsbasierten Interventionen, erwartet. Das abweichende Ergebnis wird hauptsächlich aufgrund der bereits erwähnten test-theoretischen Probleme des FFMQ zustande gekommen sein. Die Fünf-Faktoren-Struktur konnte im Rahmen der Konstruktvalidierung nicht bestätigt werden und auch die Messgenauigkeit der Skalen lag unter den Werten aus bisherigen Studien. Achtsamkeit wurde also in der Form, wie es von Baer et al. (2006) intendiert war, womöglich nur ungenügend erfasst. Somit ist es plausibel, dass sich dadurch der vermutete Zusammenhang mit depressiven Symptomen nur vermindert zeigen konnte. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass, trotz dieser Einschränkungen, Assoziationen zwischen der Depressivität und Aspekten der Achtsamkeit (Faktor 1 und Subskala Beschreiben) bestanden. Möglicherweise wären die Zusammenhänge noch ausgeprägter gewesen, wenn statt eines Screening-Instruments (GDS) ein umfassenderer Depressionsfragebogen, der beispielsweise auch das körperliche Befinden berücksichtigt, verwendet worden wäre. Außerdem korrelierten drei der fünf Subskalen des FFMQ recht ausgeprägt mit dem allgemeinen psychischen Gesundheitszustand. Dies wird als weiterer Hinweis dafür angesehen, dass Achtsamkeit bei älteren Menschen durchaus zu einem besseren psychischen Befinden beitragen kann.

Die Ergebnisse zur Subskala Nichtreagieren müssen hervorgehoben und gesondert diskutiert werden. Diese erwies sich im Rahmen der Validierung des FFMQ als besonders problematisch. Bis auf zwei Items lud kein anderer im Rahmen der

Konstruktvalidierung auf einem der vier extrahierten Faktoren und nur ein Item war ausreichend trennscharf. Die Reliabilität war mit $\alpha = .50$ nicht zufriedenstellend. Außerdem zeigte die Subskala weder mit dem körperlichen oder psychischen Gesundheitszustand, noch mit dem Vorhandensein von depressiven Symptomen einen Zusammenhang. Diese schlechten psychometrischen Eigenschaften decken sich mit den von Baer et al. (2006, 2008) und Tran et al. (2013) gefundenen Ergebnissen. Auch in diesen Studien erwies sich Nichtreagieren als schlechter Indikator für das Konstrukt der Achtsamkeit und es wurde vermutet, dass die Beantwortung dieser Items ebenfalls von der Meditationserfahrung abhängig ist. Dies könnte auch in der vorliegenden Studie eine Erklärung für die schlechten Resultate sein. Wie bereits erwähnt, hatten die StudienteilnehmerInnen kaum Erfahrung mit Achtsamkeitsübungen oder anderen Meditationstechniken. Aussagen wie „Ich nehme meine Gefühle bewusst wahr, muss aber nicht auf sie reagieren“ (Item 4) oder „In schwierigen Situationen kann ich innehalten“ (Item 21) könnten gerade für meditationsunerfahrene Personen schwer verständlich sein.

7.2. Depressivität im höheren Erwachsenenalter

Eine weitere Zielsetzung der vorliegenden Studie war, den Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit und den depressiven Symptomen unter Kontrolle der für Depressionen bekannten Risikofaktoren näher zu analysieren.

Von den insgesamt 102 Befragten litten insgesamt 20 Personen unter einer Depression. Diese Prävalenzrate entspricht daher in etwa der Schätzung der WHO (2001), wonach 8-20% der älteren Bevölkerung von depressiven Symptomen betroffen ist. Im Allgemeinen sind Frauen doppelt so häufig depressiv als Männer (Linden et al., 1998). Im Rahmen der vorliegenden Studie war der Anteil der depressiven Frauen jedoch viermal so hoch (Frauen: $n = 16$; Männer: $n = 4$), wobei eine relativ große Schwankungsbreite bestand. Das relative Risiko für eine Depression in Bezug auf das Geschlecht ergab eine Odds Ratio (OR) von .43 mit einem Konfidenzintervall von [0.13; 1.42].

Die partiellen Korrelationen zwischen dem Vorhandensein von depressiven Symptomen und den fünf Facetten der Achtsamkeit sowie den vier Faktoren waren nicht signifikant. Großteils wiesen die Korrelationskoeffizienten aber die erwartete negative Richtung auf (siehe Tabelle 8 und Tabelle 9). Einzig auf der Subskala Beobachten konnten Veränderungen durch Kontrolle des psychischen Gesundheitszustandes, der Erkrankungen (Parkinson, Diabetes, Krebs, Hirn- und Myokardinfarkte) sowie der Risikofaktoren im Gesamten festgestellt werden. Wird der Einfluss des

körperlichen oder psychischen Gesundheitszustandes berücksichtigt, so waren Beobachten und das Vorhandensein von depressiven Symptomen voneinander unabhängig. Ausgehend von einer Vier-Faktoren-Struktur des FFMQ zeigten sich keine Veränderungen der Zusammenhänge.

Angesichts der niedrigen Korrelationskoeffizienten auch ohne Kontrolle der Risikofaktoren war dies wenig überraschend. Die Schlüsse zu diesen Ergebnissen müssen jedoch mit Vorsicht gezogen werden. Aufgrund der wenig zufriedenstellenden psychometrischen Eigenschaften des FFMQ ist es durchaus möglich, dass die berechneten Zusammenhänge deutlich niedriger ausgefallen sind, als es der Realität entspricht. Gleiches gilt für die Resultate der logistischen Regression. Auch hier beeinflussten ausschließlich der körperliche und psychische Gesundheitszustand das Vorhandensein einer klinisch relevanten Depression. Je besser die körperliche und psychische Gesundheit eingeschätzt wurden, desto geringer war die Chance für eine klinisch relevante Depression. Dies bestätigt bisherige Studien, wonach ein beeinträchtigter physischer Gesamtzustand einer Person für das Vorhandensein von depressiven Symptomen verantwortlich sein kann (Cole & Dendukuri, 2003). Ob die StudienteilnehmerInnen achtsam waren oder nicht, spielte jedoch eine vernachlässigbare Rolle. Auch die anderen aus der Literatur bekannten Risikofaktoren (wie zum Beispiel das Geschlecht, die Wohnsituation, das Einkommen oder die soziale Unterstützung) hatten keinen signifikanten Einfluss.

7.3. Bedeutung der Konzentrationsfähigkeit

Erstmalig wurde der Frage nachgegangen, ob Achtsamkeit von der Konzentrationsfähigkeit abhängig ist. Unabhängig davon, ob von einer Fünf- oder Vier-Faktoren-Struktur des Konstruktes ausgegangen wurde, bestand zwischen den Facetten der Achtsamkeit und der Konzentrationsfähigkeit bei älteren Menschen praktisch kein Zusammenhang, weshalb diese in weiterer Folge auch nicht die Korrelation zwischen Achtsamkeit und Depressivität moderieren konnte. Auf die Berechnung partieller Korrelationen wurde daher verzichtet.

Für die klinische Praxis ergibt sich die wichtige Konsequenz, dass Menschen auch aufgrund eines altersbedingten Abbaus ihrer Konzentrationsfähigkeit durchaus noch achtsam sein können. Die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen scheint nicht an die kognitive Leistungsfähigkeit der TeilnehmerInnen gebunden zu sein, wenn die Besonderheiten des therapeutischen Vorgehens nach Forstmeier et al. (2009), wie zum Beispiel kürzere Sitzungen, häufigere Pausen oder die Anwendung

von Gedächtnishilfen, bei Menschen im höheren Erwachsenenalter berücksichtigt werden.

Bei der Interpretation dieses Befundes muss jedoch berücksichtigt werden, dass die StudienteilnehmerInnen bezüglich ihrer Konzentrationsfähigkeit eine relativ homogene Gruppe darstellten. Von 55 erreichbaren Punkten wurde von allen mindestens einen Wert von 41 erzielt. Bei einem Mittelwert von $M = 52.9$ ($SD = 2.8$) kann daher davon ausgegangen werden, dass sich alle Personen noch relativ gut konzentrieren konnten. Dies hat möglicherweise die Unabhängigkeit von Achtsamkeit und Konzentrationsfähigkeit bewirkt.

Außerdem bietet das Ergebnis der vorliegenden Studie lediglich einen ersten Anhaltspunkt. Falsch wäre, vor allem aufgrund der bereits diskutierten Messungenauigkeit des FFMQ, davon auszugehen, dass die Fähigkeit, aufmerksam zu sein und sich konzentrieren zu können, überhaupt keine Rolle spielt. An sich bilden diese Fähigkeiten einen wichtigen Bestandteil aller Meditationstechniken (Bishop et al., 2004; Shapiro et al., 2006). Daher wäre es denkbar, dass altersbedingte Einbußen nur bis zu einem gewissen Grad keinen Einfluss haben. Die Überprüfung dieser Vermutung würde sich als Gegenstand weiterer Untersuchungen anbieten.

7.4. Konklusion

Insgesamt betrachtet, wäre aufgrund der vorliegenden Ergebnisse eine Umstrukturierung, Kürzung und Vereinfachung der Items des FFMQ (vor allem der Subskala Nichtreagieren) für das höhere Erwachsenenalter notwendig. Der zum Teil fehlende Zusammenhang zwischen den Facetten des FFMQ und der Depressivität bzw. der Konzentrationsfähigkeit wird vor allem auf die mangelhafte psychometrische Qualität des Fragebogens und Verständnisschwierigkeiten seitens der StudienteilnehmerInnen zurückgeführt.

In der vorliegenden Arbeit wurde erstmalig eine Validierung des Achtsamkeitsfragebogens speziell bei älteren Menschen durchgeführt. Die dargestellten Ergebnisse und darauf aufbauende Schlussfolgerungen stellen somit erste Anhaltspunkte dar, die durch weitere Studien untermauert oder gegebenenfalls revidiert werden müssen. Neben Effektivitätsstudien zu achtsamkeitsbasierten Interventionen sollte der Schwerpunkt künftiger Forschung daher auf die Frage gelegt werden, ob und wie Achtsamkeit adäquat erfasst werden kann. Nur wenn sichergestellt ist, dass tatsächlich das intendierte Konstrukt erhoben wird, werden verlässliche Aussagen zur Relevanz achtsamkeitsbasierter Interventionen im Bereich der Gerontopsychologie möglich.

8. Limitationen

Trotz größtem Bemühen um eine möglichst genaue Vorgehensweise, weist die vorliegende Studie einige Einschränkungen auf, welche möglicherweise zu einer Verfälschung der Ergebnisse geführt haben. Diese Limitationen werden im Folgenden etwas näher erläutert.

Aufgrund der Stichprobengröße von $N = 102$ waren mittlere Effekte nach Cohen ($r = .30$) notwendig, damit die gefundenen Ergebnisse auch statistisch nachweisbar waren. Kleinere wahre Effekte konnten somit nicht bestätigt werden.

Insgesamt wird der Anteil der PflegeheimbewohnerInnen ($n = 14$) als zu gering beurteilt. Gerade diese Gruppe hat ein besonders großes Risiko, depressive Symptome zu entwickeln (Djernes, 2006; Fiske et al., 2009). Da sie im Rahmen der vorliegenden Studie jedoch etwas unterrepräsentiert waren, wäre es denkbar, dass sich der Einfluss der Wohnsituation eventuell nicht zeigen konnte.

Mit Ausnahme des MMST und des AKT wurden bei allen Fragebögen Selbstbeurteilungen der Personen eingeholt, sodass sozial erwünschte Antworttendenzen und damit eine Verfälschung der Ergebnisse durchaus möglich waren.

Am AKT muss im Speziellen die Zusammensetzung der Normstichprobe kritisiert werden. Diese setzte sich aus „rüstigen“ PflegeheimpatientInnen zusammen. Im Testmanual von Gatterer (1990) wird jedoch nicht spezifiziert, was unter diesem Begriff genau zu verstehen ist. Denkbar wäre daher, dass die Leistungen der TeilnehmerInnen in der vorliegenden Studie etwas überschätzt wurden, da es sich zum Größten Teil um Personen handelte, die ihren Alltag noch sehr gut alleine bewältigen konnten.

Es wurde versucht, die oftmals erheblichen Verständnisprobleme bei der Beantwortung des FFMQ durch genauere Erklärungen der einzelnen Items abzuschwächen. Aus diesem Grund kann eine Verletzung bzw. Verringerung der Durchführungsobjektivität nicht ausgeschlossen werden.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Kurzfassung	85
Anhang 2: Abstract.....	86
Anhang 3: Lebenslauf	87
Anhang 4: Erklärung.....	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Screeplot des Eigenwerteverlaufs (Parallelanalyse und PCA)	53
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Typische Symptome depressiver Störungen.....	5
Tabelle 2: Demografische Merkmale der Gesamtstichprobe	42
Tabelle 3: Erklärte Gesamtvarianz der vier extrahierten Faktoren	54
Tabelle 4: Rotierte Mustermatrix - Faktorladungen je Item	54
Tabelle 5: Interkorrelationen der 4 Faktoren	56
Tabelle 6: Itemtrennschärfen der fünf Facetten des FFMQ.....	58
Tabelle 7: Korrelationen mit anderen Konstrukten.....	60
Tabelle 8: Partielle Korrelationen zwischen depressiven Symptomen und den fünf Facetten des FFMQ.....	61
Tabelle 9: Partielle Korrelationen zwischen depressiven Symptomen und den vier Faktoren	62
Tabelle 10: Logistische Regression (AV: Diagnose einer klinisch relevanten Depression)	63

Literaturverzeichnis

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association* (6. Aufl.). Washington, DC: American Psychological Association.
- APA Publications and Communications Board Working Group on Journal Article Reporting Standards. (2008). Reporting standards for research in psychology: Why do we need them? What might they be? *American Psychologist, 63*, 839-851.
- Bach, M., Nikolaus, T., Oster, P., & Schlierf, G. (1995). Depressionsdiagnostik im Alter. Die „Geriatric Depression Scale“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28*, 42-46.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in mediating and nonmediating samples. *Assessment, 15*, 329-342.
- Baldwin, R. C., Anderson, D., Black, S., Evans, S., Jones, R., Wilson, K., & Iliffe, S. (2003). Guideline for the management of late-life depression in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 829-838.
- Beblo, T., Schrader, S., & Brand, C. (2005). Diagnostik depressiver Störungen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 18*, 177-187.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561-571.
- Beyermann, S., Trippe, R. H., Bähr, A. A., & Püllen, R. (2013). Mini-Mental-Status-Test im stationär geriatrischen Bereich - Eine Evaluation der diagnostischen Qualität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Advance online publication. doi: 10.1007/s00391-013-0488-6

- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, *64*, 71-84.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 230-241.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Science*, *58*, 249-265.
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, *18*, 308-320.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Brakemeier, E. L., Normann, C., & Berger, M. (2008). Ätiopathogenese der unipolaren Depression - Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *51*, 379-391.
- Braun, S. R., Gregor, B., & Tran, U. S. (2013). Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *PLoS ONE* 8(6): e68135. doi: 10.1371/journal.pone.0068135
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822-848.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 242-248.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, *18*, 211-237.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)*. Göttingen: Hogrefe.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance - The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, *15*, 204-223.
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. B., Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, *65*, 613-626.

- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2003). Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease, *Biological Psychiatry*, *54*, 241-247.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, *47*, 451-455.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *187*, 441-453.
- Christopher, M. S., Neuser, N. J., Michael, P. G., & Baitmangalkar, A. (2012). Exploring the psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, *3*, 124-131.
- Cole, M. G., & Dendokuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1147-1156.
- Conrad, I. (2003). Diagnose und Klinik der Fibromyalgie. *Schmerz*, *17*, 464-474.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*, 1139-1149.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Huber.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 166-171.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 372-387.
- Ernst, S., Welke, J., Heintze, C., Gabriel, R., Zöllner, A., Kiehne, S., ... Esch, T. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction on quality of life in nursing home residents: A feasibility study [Abstract]. *Forschende Komplementärmedizin*, *15*, 74-81.
- Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W., & Strehmel, P. (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behaviour Assessment*, *29*, 177-190.

- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3. Aufl.). London: Sage.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*, 363-389.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Relational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy*, *23*, 315-336.
- Folkerts, H. W. (2011). Elektrokrampftherapie - Indikation, Durchführung und Behandlungsergebnisse. *Nervenarzt*, *82*, 93-103.
- Folstein, F. M., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental-state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*, 189-198.
- Forstmeier, S., Mortby, M., & Maercker, A. (2009). Kognitive, behaviorale und achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Alterspsychotherapie. *Psychotherapie*, *14*, 277-285.
- Frey, R., Schreiner, D., Heiden, A., & Kasper, S. (2001). Einsatz der Elektrokrampftherapie in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, *72*, 661-676.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *18*, 43-48.
- Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Moynihan, J. A., & Duberstein, P. R. (2013). Emotional benefits of mindfulness-based stress reduction in older adults: The moderating roles of age and depressive symptom severity. *Aging and Mental Health*. Advance online publication. doi: 10.1080/13607863.2013.799118
- Gatterer, G. (1990). *Alters-Konzentrations-Test (AKT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Gauggel, S., & Birkner, B. (1998). Diagnostik depressiver Störungen bei älteren Menschen: Eine Übersicht über Entwicklung und Evaluation der „Geriatric Depression Scale“ (GDS). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, *11*, 159-171.
- Geerlings, S. W., Twisk, J. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Van Tilburg, W. (2002). Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 23-30.
- Ghoreschi, K., & Röcken, M. (2003). Immunpathogenese der Psoriasis. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, *1*, 524-532.

- Grootheest, D. S., Beekman, A. T. F., Broese van Groenou, M. I., & Deeg, D. J. H. (1999). Sex difference in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 391-398.
- Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness: Comment on Brown et al. (2011). *Psychological Assessment*, *23*, 1034-1040.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 35-43.
- Gunzelmann, T., Albani, C., Beutel, M., & Brähler, E. (2006). Die subjektive Gesundheit älterer Menschen im Spiegel des SF-36: Normwerte aus einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *39*, 109-119.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639-665.
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 166-170.
- Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 403-409.
- Hegerl, U., & Möller, H. J. (2000). Pharmakotherapie der Altersdepression. *Nervenarzt*, *71*, 1-8.
- 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*, 169-183.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Robertson, S. M. C., Hunt, M. K., Wolf, N. J., & Mullane, C. (2008). The phenomenology and screening of clinical depression in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, *26*, 31-51.
- Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effect of mindfulness training on working memory and affective experience. *Emotion*, *10*, 54-64.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, *4*, 33-47.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kelava, A., & Moosbrugger, H. (2012). Deskriptivstatistische Evaluation von Items (Itemanalyse) und Testwertverteilungen. In H. Moosbrugger, & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S.76-101). Berlin: Springer.
- Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041-1056.
- Kessler, J., Markowitsch, H. J., & Denzler, P. (1990). *Mini-Mental-Status-Test (MMST)*. Weinheim: Beltz.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kossfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951.
- Kockler, M., & Heun, R. (2002). Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 65-72.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 163-174.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.
- Lee, G. R., & DeMaris, A. (2007). Widowhood, gender, and depression: A longitudinal analysis. *Research on Aging*, 29, 56-72.
- Lewinsohn, P. M., & Amenson, C. S. (1978). Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 644-654.
- Li, C., Ford, E. S., Strine, T. W., & Mokdad, A. H. (2008). Prevalence of depression among U.S. adults with diabetes: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabetes Care*, 31, 105-107.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltés, M. M., Geiselman, B., Lang, F. R., Reischies, F. M., & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten - Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69, 27-37.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of

- dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Weyerer, S., Villringer, A., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 286-295.
- Michalak, J., Heidenreich, T., Ströhle, G., & Nachtigall, C. (2008). Die deutsche Version der Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS). Psychometrische Befunde zu einem Achtsamkeitsfragebogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 200-208.
- Miech, R.A., & Shanahan, M. J. (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 162-176.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien). In H. Moosbrugger, & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S.8-25). Berlin: Springer.
- Moosbrugger, H., & Schermelleh-Engel, K. (2012). Exploratorische (EFA) und konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA). In H. Moosbrugger, & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S.326-343). Berlin: Springer.
- Morone, N. E., Greco, C. M., & Weiner, D. K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, 310-319.
- Nemeroff, C. B. (1998). The neurobiology of depression. *Scientific American*, 278, 42-49.
- Nikolaus, T. (2001). Das geriatrische Assessment - Aktueller Erkenntnisstand hinsichtlich der Eignungskriterien (Diskrimination, Prädiktion, Evaluation, Praktikabilität). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 36-42.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3. Aufl.). New York: McGraw-Hill.
- O'Connor, M., Piet, J., & Hougaard, E. (2013). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on depressive symptoms in elderly bereaved people with loss-related distress: A controlled pilot study. *Mindfulness*. Advance online publication. doi:10.1007/s12671-013-0194-x
- Olbrich, E. (1991). Ansichten über Altern im historischen Wandel. In W. D. Oswald & U. M. Lehr (Hrsg.), *Altern: Veränderung und Bewältigung* (S. 11-27). Bern: Huber.
- Osborn, D. P. J., Fletcher, A. E., Smeeth, L., Stirling, S., Nunes, M., Breeze, E., ... Tulloch, A. (2002). Geriatric depression scale scores in a representative sample of 14 545 people aged 75 and over in the United Kingdom: Results from the

- MRC trial of assessment and management of older people in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 375-382.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Patil, V. H., Singh, S. N., Mishra, S., & Donovan, D. T. (2007). Parallel analysis engine to aid determining number of factors to retain [Computer Software]. Verfügbar unter <http://smishra.faculty.ku.edu/parallelengine.htm>
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-1040.
- Rothera, I., Jones, R., & Gordon, C. (2002). An examination of the attitudes and practice of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 354-358.
- Saß, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of mindfulness: Review on the state of the art. *Mindfulness*. Advance online publication. doi: 10.1007/s12671-012-0122-5
- Schaan, B. (2009). Verwitwung, Geschlecht und Depression im höheren Lebensalter. In A. Börsch-Supan, K. Hank, H. Jürges, & M. Schröder (Hrsg.), *50 plus in Deutschland und Europa - Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (S.115-131). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schlicht, N. (2008). Körper und Gedächtnis - Physische Erkrankungen und Gedächtnisstörungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 156-161.
- Schmeling-Kludas, C., Jäger, K., & Niemann, B. M. (2000). Diagnostik und Bedeutung psychischer Störungen bei körperlich kranken geriatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 36-43.
- Schmidtke, A., Sell, R., & Löhr, C. (2008). Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 3-13.
- Schüle, C., Baghai, T. C., Rupprecht, R. (2007). Neue Erkenntnisse zur Pathogenese und Pathophysiologie der Depression. *Nervenarzt*, 78, 531-550.
- Schulberg, H. C., Post, E. P., Raue, P. J., Have, T. T., Miller, M., & Bruce, M. L. (2007). Treating late-life depression with interpersonal psychotherapy in the primary care sector. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 106-114.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.

- Sjösten, N., & Kivelä, S. L. (2006). The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 410-418.
- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 423-430.
- Smith, A., Graham, L., & Senthinathan, S. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging and Mental Health*, 11, 346-357.
- Spoletini, I., Gianni, W., Repetto, L., Bria, P., Caltagirone, C., Bossù, P., & Spalletta, G. (2008). Depression and cancer: An unexplored and unresolved emerged issue in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 65, 143-155.
- Statistik Austria. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 - Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Zugriff am 11.10.2012 unter http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/4/publdetail?id=4&listid=4&detail=457
- Statistik Austria. (2012). *Bevölkerungsprognose 2012*. Zugriff am 10.10.2012 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html
- Stevens, J. P. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (4. Aufl.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stoppe, G. (2008). Depressionen im Alter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51, 406-410.
- Ströhle, G., Nachtigall, C., Michalak, J., & Heidenreich, T. (2010). Die Erfassung von Achtsamkeit als mehrdimensionales Konstrukt. Die deutsche Version des Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 1-12.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Tew, J. D., Mulsant, B. H., Haskett, R. F., Prudic, J., Thase, M. E., Crowe, R. R., ... Sackeim, H. A. (1999). Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1865-1870.

- Thiele, C., Feichtinger, L., Baumann, U., Mitmannsgruber, H., & Somweber, M. (2002). Der Umzug ins Seniorenheim - Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 556-564.
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging and Mental Health*, 9, 526-534.
- Tran, U. S., Glück, T. M., & Nader, I. W. (2013). Investigating the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Construction of a short form and evidence of a two-factor higher order structure of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 951-965.
- Tran, U. S., Nader, I. W., & Glück, T. M. (2012). Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) - Deutsche Fassung. Unpubliziertes Instrument.
- Van der Wurff, F. B., Stek, M. L., Hoogendijk, W. J. G., & Beekman, A. T. F. (2003). The efficacy and safety of ECT in depressed older adults, a literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 894-904.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness - the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.
- Wancata, J., Alexandrowicz, R., Marquart, B., Weiss, M., & Friedrich, F. (2006). The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 398-410.
- Wegener, B. (2003). Kritische Anmerkungen zur Anwendung des Mini-Mental-Status-Test. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16, 153-157.
- Weinberger, M. J., Bruce, M. L., Roth, A. J., Breitbart, W., & Nelson, C. J. (2011). Depression and barriers to mental health care in older cancer patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 21-26.
- Weintraub, D. (2005). Depression in parkinson's disease. *Primary Psychiatry*, 12, 45-49.
- WHO. (1998). *Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Zugriff am 19.10.2012 unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf
- WHO. (2001). *The world health report: Mental health: New understanding, new hope*. Zugriff am 10.07.2013 unter http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
- Wild, B., Herzog, W., Schellberg, D., Lechner, S., Niehoff, D., Brenner, H., ... Raum, E. (2012). Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 375-381.

- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion, 10*, 1-7.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D.S., ... Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorder, 107*, 275-279.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report [Abstract]. *Journal of Psychiatric Research, 17*, 37-49.
- Young, L. A., & Baime, M. J. (2010). Mindfulness-based stress reduction: Effect on emotional distress in older adults. *Complementary Health Practice Review, 15*, 59-64.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. C., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition, 19*, 597-605.
- Zietemann, V., Zietemann, P., Weitkunat, R., & Kwetkat, A. (2007). Depressionshäufigkeit in Abhängigkeit von verschiedenen Erkrankungen bei geriatrischen Patienten. *Nervenarzt, 78*, 657-664.

Anhang

Anhang 1: Kurzfassung

Das Konstrukt der Achtsamkeit rückte in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Das höhere Erwachsenenalter wurde jedoch noch eher vernachlässigt. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der vorliegenden Studie eine Validierung des Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) anhand einer Stichprobe von Über-60-Jährigen Personen durchgeführt. Des Weiteren sollte der Zusammenhang zwischen den Facetten der Achtsamkeit und dem Vorhandensein von depressiven Symptomen unter Kontrolle von aus der Literatur bekannten Risikofaktoren näher untersucht und erstmalig geklärt werden, ob die Konzentrationsfähigkeit eine wesentliche Voraussetzung für achtsames Verhalten darstellt. Hierfür wurde eine Stichprobe aus der deutschsprachigen Normalpopulation gezogen ($N = 102$, 66.7% weiblich, 60-91 Jahre). Neben dem FFMQ wurden der Mini-Mental-Status-Test (MMST), die Kurzform der Geriatrischen Depressionsskala (GDS-15) sowie der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12), der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU-K-14) und der Alters-Konzentrations-Test (AKT) angewendet. Zur Analyse der psychometrischen und strukturellen Eigenschaften des FFMQ erfolgte eine explorative Faktorenanalyse, Item- und Reliabilitätsanalysen (interne Konsistenzen) sowie eine Validierung anhand der Kriterien „Depressive Symptome“, Körperlicher Gesundheitszustand“ und „Psychischer Gesundheitszustand“. Die übrigen Fragestellungen wurden mittels partieller Korrelationen, einer logistischen Regressionsanalyse und Produkt-Moment-Korrelationen überprüft. Die Fünf-Faktoren-Struktur des FFMQ konnte nicht bestätigt werden und auch die übrigen psychometrischen Eigenschaften des Verfahrens waren nur teilweise zufriedenstellend. Besonders die Items Subskala Nicht-reagieren waren problematisch. Die Zusammenhänge zwischen den Facetten der Achtsamkeit und der Depressivität waren (bis auf die Subskala Beschreiben) nicht signifikant und wurden ausschließlich vom körperlichen und psychischen Gesundheitszustand beeinflusst. Achtsam sein zu können war von der Konzentrationsfähigkeit unabhängig. Diese Ergebnisse werden vor allem auf erhebliche Verständnisprobleme seitens der StudienteilnehmerInnen bei der Beantwortung der Items des FFMQ zurückgeführt. Für das höhere Erwachsenenalter wäre daher eine Vereinfachung des Fragebogens notwendig. Die vorliegende Studie stellt erste Anhaltspunkte dar, welche künftig untermauert oder gegebenenfalls revidiert werden müssen.

Schlüsselbegriffe: Höheres Erwachsenenalter; Achtsamkeit; FFMQ; Validierung; Depressivität; Konzentrationsfähigkeit

Anhang 2: Abstract

Within the last few years there has been a rapidly growing interest in the investigation of mindfulness, but explorations with regard to older age are mostly lacking. Thus, the aim of the present study was to validate the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) specifically for people over 60 years of age. Further, the relationship between the facets of mindfulness and depressive symptoms were evaluated, controlling for known risk factors for depression. Besides that, associations between mindfulness and the ability to concentrate were investigated. The sample consisted of $N = 102$ German speaking elderly (66.7% female, aged 60-91). Mindfulness was assessed with the FFMQ, other instruments included the Mini-Mental-Status-Examination (MMSE), the Geriatric Depression Scale (GDS-15), the Short Form Health Survey (SF-12), the Social Support Questionnaire (F-SozU-K-14) and the AKT (Alters-Konzentrations-Test). To evaluate the psychometric properties of the FFMQ, exploratory factor analysis, item analysis, and analysis of internal consistencies (Cronbach's Alpha) were used and associations with related constructs (physical and mental health, depressive symptoms) were examined. Partial correlations, logistic regression analysis and Pearson correlations were used to explore associations between variables. The five facets of the FFMQ could not be fully replicated and most of the instrument's psychometric properties were rather weak (especially with regard to the Nonreact scale). Only the Describe scale correlated negatively and significantly with depressive symptoms. Physical and mental health influenced the relationship between the facets of mindfulness and depression. Being mindful appeared to be independent of the ability to concentrate. Notably, participants may have had difficulties in understanding the items of the FFMQ correctly. A simplified version of the questionnaire appears necessary for older people, as well as further replication studies.

Keywords: elderly; mindfulness; FFMQ; validation study; depressive symptoms; ability to concentrate

Anhang 3: Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Kerstin Schöberl
Geburtsdatum: 02.11.1987
Geburtsort: Tulln an der Donau
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig

Ausbildung

seit Oktober 2006

Universität Wien

Studium der Psychologie

Schwerpunkt: Klinische- und Gesundheitspsychologie

Diplomarbeit: „Das Konstrukt der Achtsamkeit in Zusammenhang mit depressiven Symptomen - Validierung des Five Facet Mindfulness Questionnaire für das höhere Erwachsenenalter“

07/2012 - 08/2012

Pflegezentrum Langenlois

Klinisch- psychologisches Praktikum bei geriatrischen PatientInnen

07/2011 - 08/2011

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel/Eggenburg

Pflichtpraktikum im Rahmen des Psychologiestudiums auf der Einheit zur Behandlung von PatientInnen mit Anorexia und Bulimia Nervosa (Unit C)

09/1998 - 06/2006

Bundesgymnasium Hollabrunn

Abschluss mit Matura

09/1994 - 06/1998

Volksschule Großweikersdorf

Sprachkenntnisse

Deutsch (Muttersprache), Englisch (sehr gut in Wort und Schrift), Französisch (Grundkenntnisse)

Sonstige Qualifikationen

MS Office, SPSS

Anhang 4: Erklärung

„Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.“

Wien, im November 2013

Kerstin Schöberl