

Psychologische Interventionen und Psychotherapie bei älteren Patienten mit Depression

Martin Hautzinger

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN





Typische Beeinträchtigungen im Alter (>75. Lbj.)

- chronische körperliche Erkrankungen
- Multimorbidität
- Verluste wichtiger Bezugspersonen
- sensorische und motorische Einschränkungen
- hirnorganische Beeinträchtigungen und Erkrankungen
- Hilfsbedürftigkeit
- Pflegebedürftigkeit

Große interindividuelle Variabilität!!



Depressionen im Alter

1. Zunahme belastender, aversiver Erfahrungen
2. Abnahme und Defizite an positiven Erfahrungen
3. Soziale, körperliche, ökonomische Einschränkung
4. Verlust an Perspektiven und Funktionen
5. Unterbrechung von Handlungsplänen
6. Gleichförmige Stimulussituation, Abnutzung verbliebener Verstärker
7. Verarmung des sozialen Stütz- und Kontaktnetzes
8. Geringe, keine Kontrolle über Veränderungen



Folgen:

Treffen diese Faktoren auf Personen, die aufgrund ihrer Lernerfahrungen, ihrer Lebensgeschichte, ihrer Sozialisation, Bildung, Persönlichkeit, ihrer Ressourcen und kognitiven Verarbeitungsmuster die erforderlichen Anpassungsleistungen nicht bewerkstelligen

—————→ **Depression**



Ziele für eine Therapie:

1. **Aufbau** von aktivem, nicht-depressivem Verhalten, positive Verstärkung verschaffen, Kontrolle ermöglichen.
2. **Abbau** von passiven bzw. depressiven Verhaltensweisen

Optimierung vorhandener Möglichkeiten



Ziele für eine Therapie:

3. **Überwindung** depressionsfördernder Bedingungen, wie Isolation, aversive Stimuli

Optimierung der Umwelt



Ziele für eine Therapie:

4. **Korrektur** von Verhaltens- und Ressourcendefiziten, Aufbau von situationsangemessenem Verhalten und Handlungen

Kompetenzen/Kompensation fördern

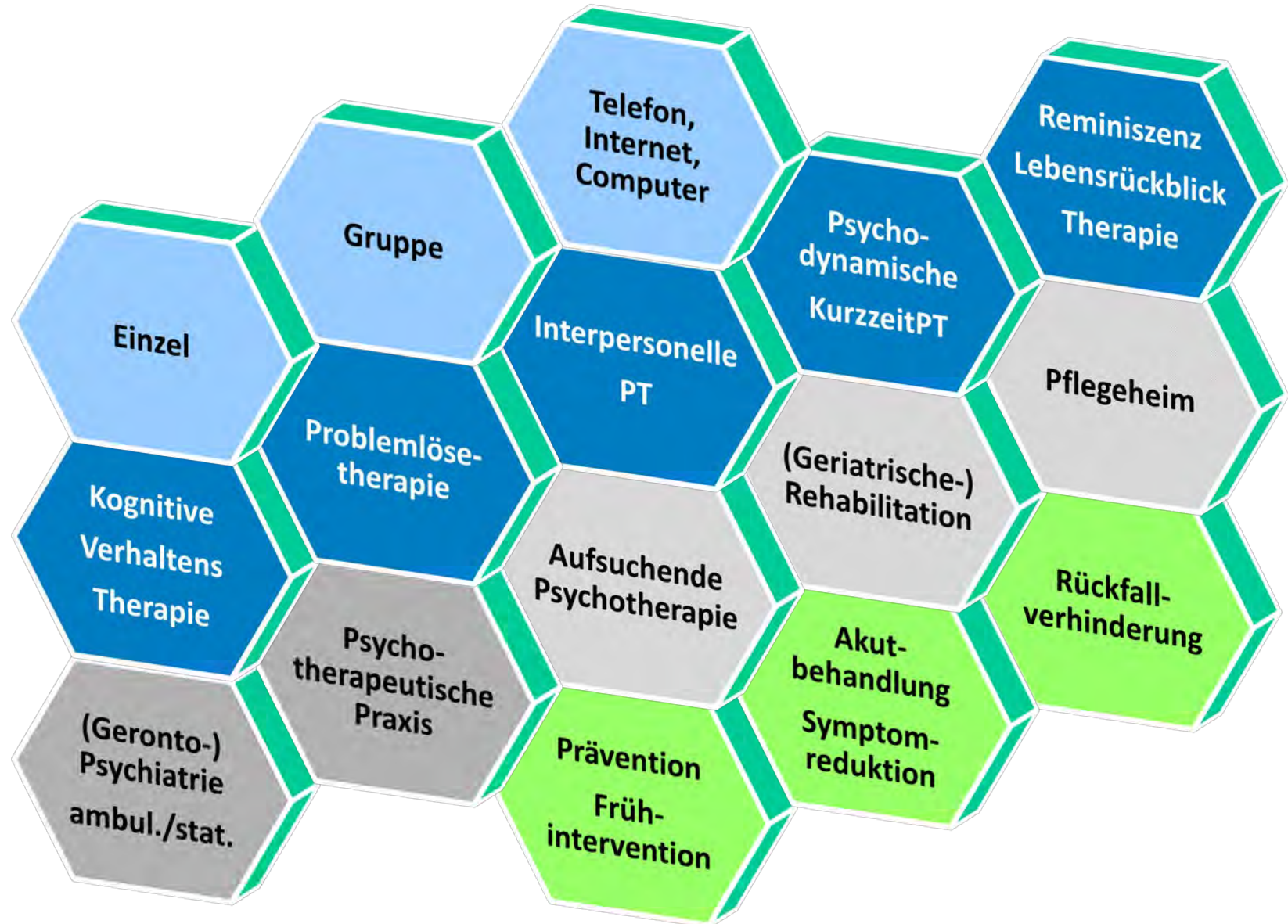


Ziele für eine Therapie:

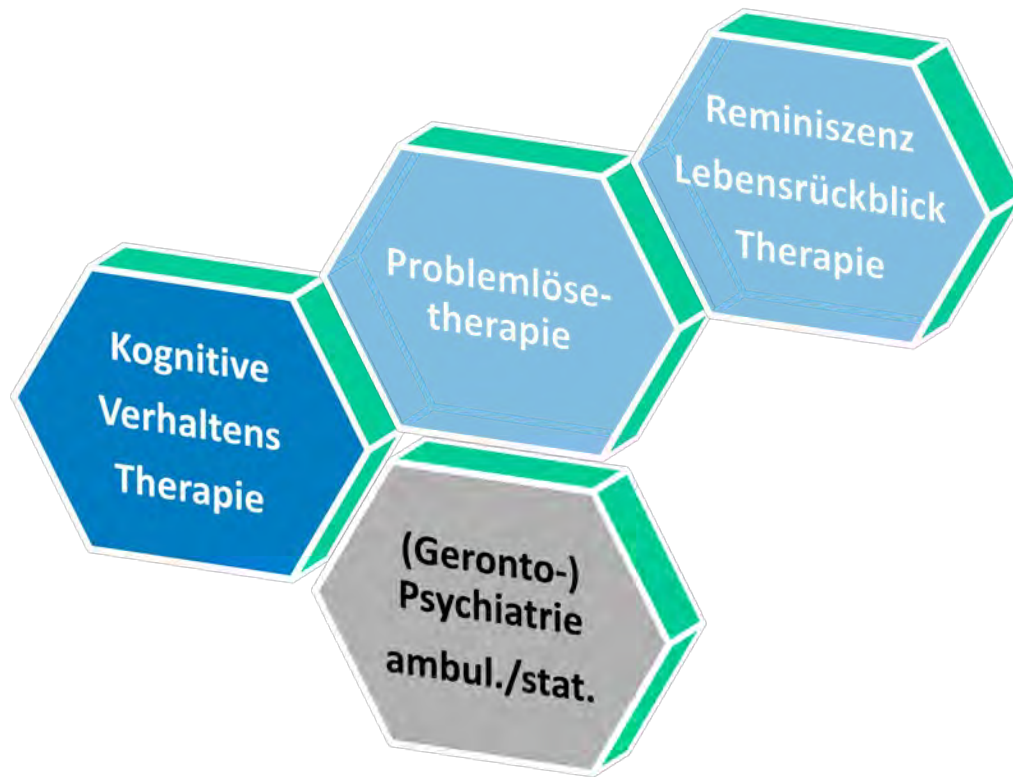
5. **Abbau und Ersatz** resignativer, starrer, wenig hilfreicher, blockierender Kognitionen und Haltungen
6. **Hilfen** zur Veränderung von Ansprüchen, zur Akzeptanz von Tatsachen und zur Bewältigung von Vergangenem

Hilfen zur **Selektion/Umstrukturierung**

Psychotherapien bei Depression im Alter



Beispiel: DiA Studien (ambulant) Beispiel: MVT (stationär)





DiA - Therapieprogramm

Einführende Sitzung: „Probleme, Ziele, Erklärungen“

Modul A: „Aktivität, Handeln, Tagesstruktur“

Modul B: „Wahrnehmung, Denken, Einstellungen“

Optionales Modul: „Reminiszenz, Life Review“

Modul C: „Soziale Fertigkeiten, Kompetenzen“

Abschließende Sitzung: „Erhaltung, Notfallplanung“

Gruppentherapien von 12, 15 und 20 (je 90-100 Min)

Sitzungen, für geschlossene und offene Gruppen von 5 bis 7 Teilnehmer > 65 Jahre

Einzeltherapien 15 und 25 (je 50 Min) Sitzungen

Materialien

DiA: Therapieprogramm, Inhalte

Einführende Sitzung (S1)

- Gegenseitiges Kennenlernen
- Informationen zur Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Beschwerden (z.B. Zusammenhang zwischen Denken, Handeln und Fühlen)
- Individuelle Problemanalyse und Definition von Zielen
- Sinn und Zweck von Hausaufgaben

DiA Therapieprogramm, Inhalte

Modul A (S2 – S5): „Aktivität und Handeln“

- Analyse des individuellen Zusammenhangs zwischen Stimmung und Handeln
- Steigerung von potentiell angenehmen Aktivitäten und des Aktivitätsniveaus generell
- Abbau depressionsfördernder Verhaltensweisen
- Verbesserung der Alltagsgestaltung und -strukturierung

DiA Therapieprogramm, Inhalte

Modul B (S6 – S9): „Wahrnehmung und Denken“

- Analyse individueller depressionsfördernder Denkweisen
- Aufbau realitätsangemessener, funktionaler, hilfreicher Sichtweisen anhand verschiedener Gedankenkontrolltechniken
- Abbau dysfunktionaler, resignativer Kognitionen

DiA Therapieprogramm, Inhalte

Modul C (S10 - S14): „Soziale Kompetenz“

- Analyse individueller Verhaltensunsicherheiten bzw. -defizite in sozialen Situationen
- Training sozialer Fertigkeiten im Rollenspiel (z.B. Abgrenzung, Durchsetzungsvermögen, um Hilfe bitten)
- Bedeutung sozialer Kontakte
- Übungen zur Kontaktaufnahme und Kontaktpflege

DiA Therapieprogramm, Inhalte

Abschließende Sitzung (S15)

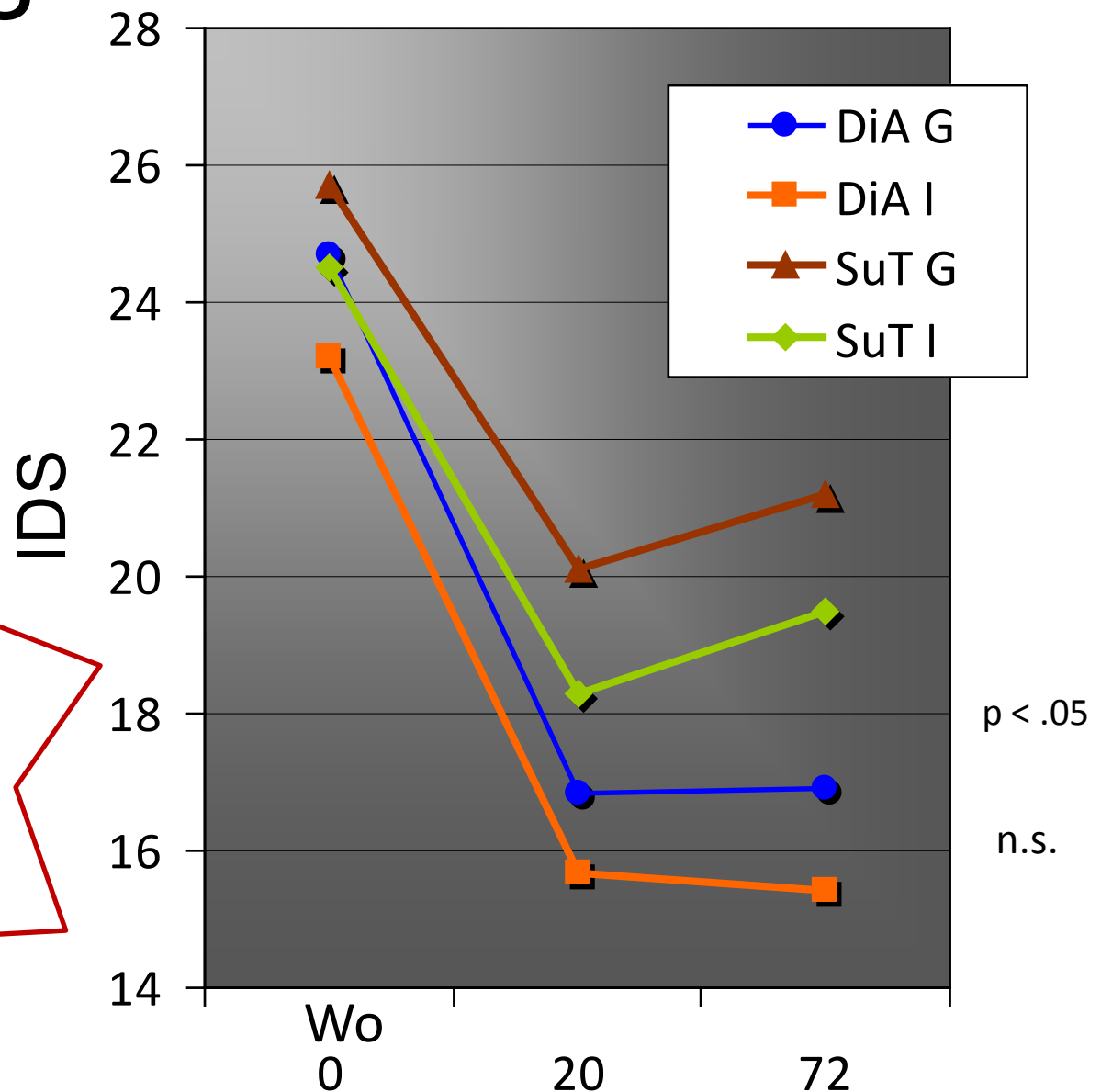
- Rückschau und Standortbestimmung (was wurde erreicht, wie können die Lernerfolge beibehalten werden, was steht noch an)
- Umgang mit Krisen
- Notfallplan

	KVT (DiA)		SuT	
	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel
Teilnehmerzahl	5-7	1	5-7	1
Sitzungsdauer	90 -100	50	90-100	50
Therapie-Inhalt	Manual	Manual Schwerpunkt wählbar	offen, nach Wunsch	offen, nach Wunsch
Methoden	KVT- spezifisch	KVT- spezifisch	unterstützend unspezifisch	unterstützend unspezifisch
Material	X	X		
Therapeutin	strukturierend	strukturierend	passiv	passiv

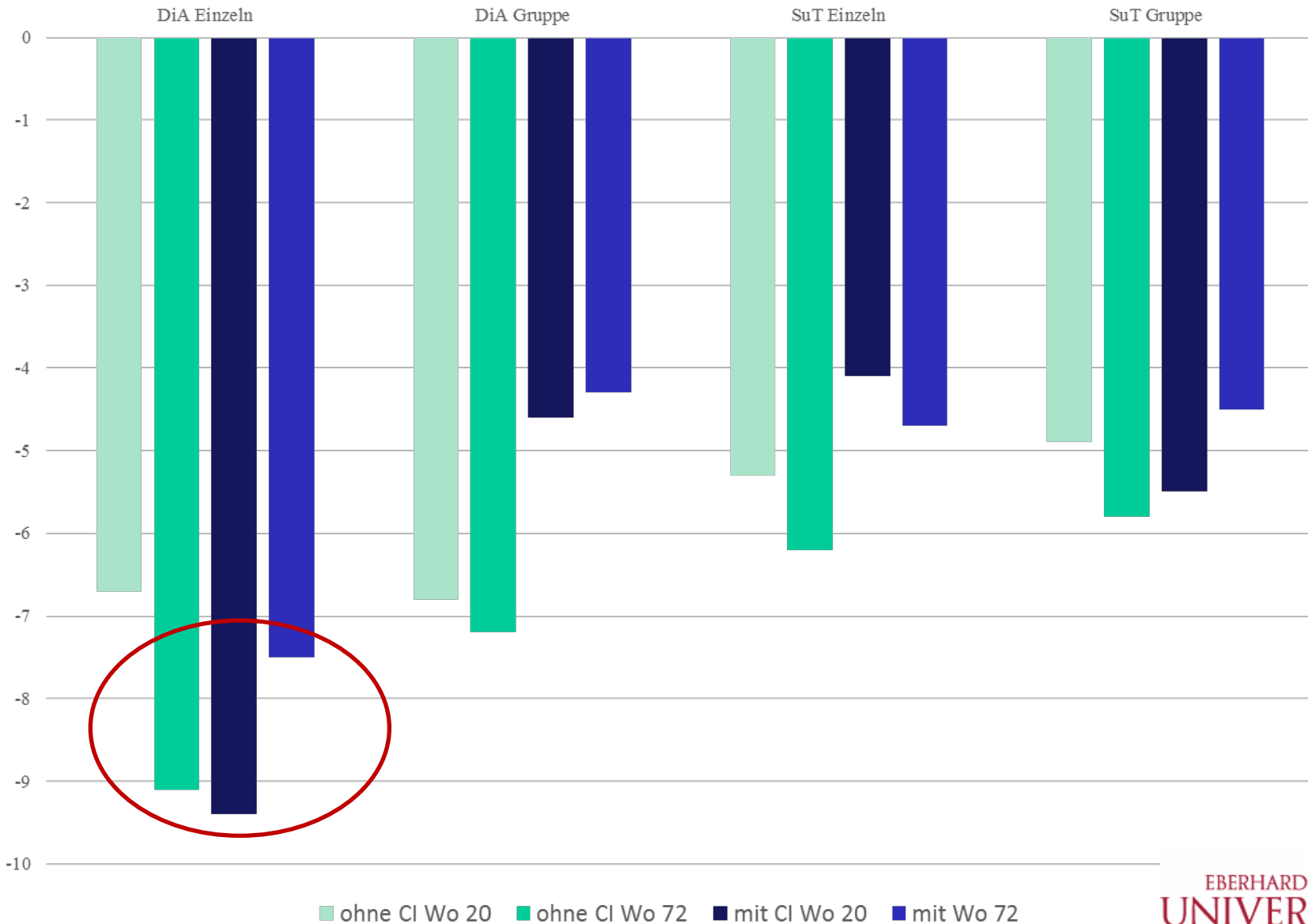


DiA 3: IDS

auch bei MCD
(MMST > 20)
erfolgreich
einsetzbar,
besonders im
Einzelsetting



Veränderungswerte im IDS durch Einzel- oder Gruppentherapie des spezifischen (DiA) bzw. des unspezifischen (SuT) Programms getrennt für Teilnehmer ohne oder mit leichten kognitiven Einschränkungen (CI < 25 Punkte im MMST) nach 20 Wochen (post) und nach 1 Jahr Katamnese



MVT (Vitos)

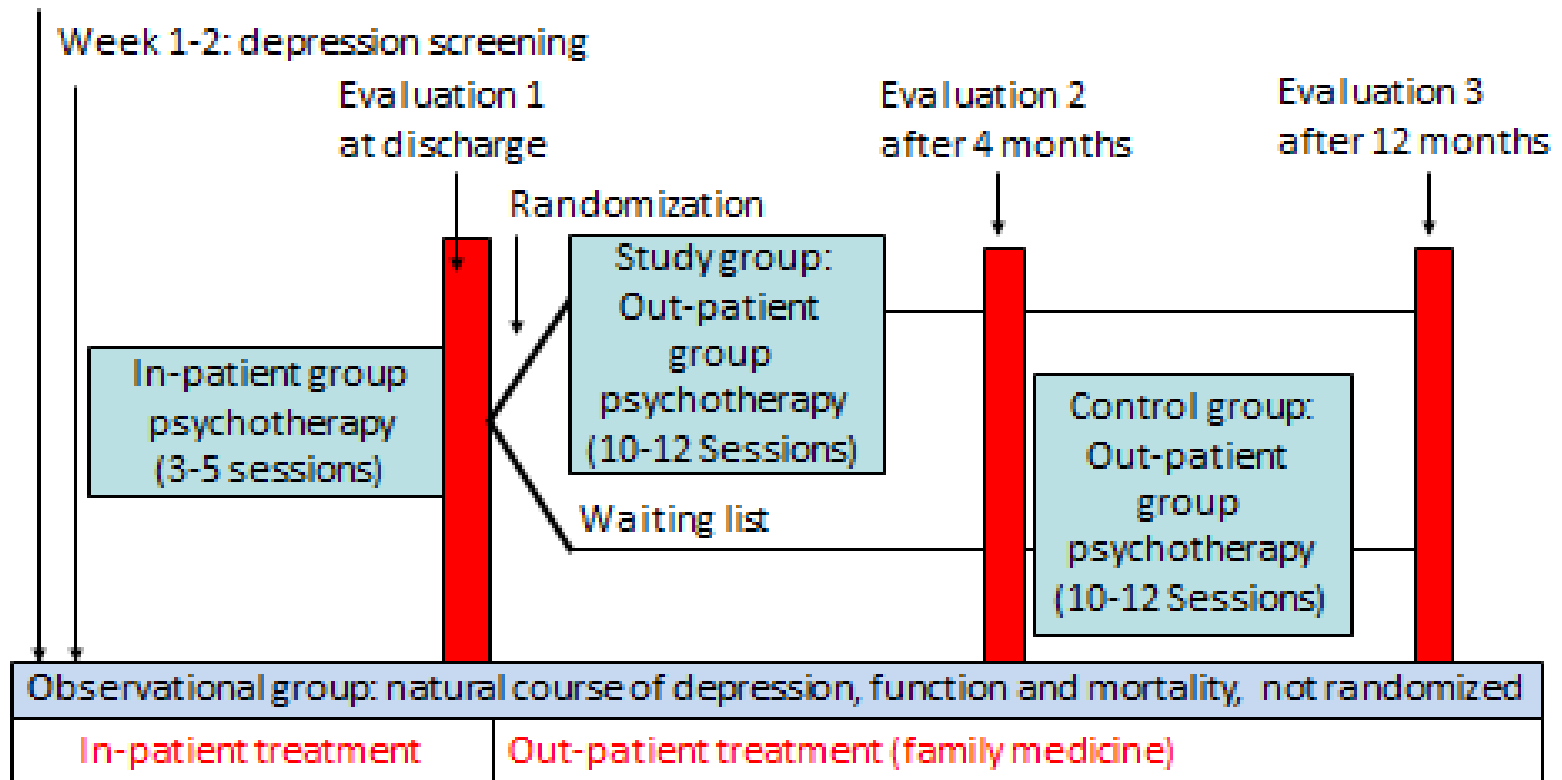
Multiprofessionelle
Verhaltenstherapie
in der Geriatrie
(Depressionstation)

1		Einzelgespräch	Information über Depression und MVT
2		Einzelgespräch	Gruppenvorbereitung, Einschleusung in laufende Gruppe
3	Zyklus 1 (4 Wochen)	Gruppe 1	Information, Beschwerden und Ziele
4		Gruppe 2	Aktiv zum Ziel 1
5		Gruppe 3	Aktiv zum Ziel 2
6		Gruppe 4	Gedanken, Bewertung und Wohlbefinden 1
7		Gruppe 5	Gedanken, Bewertung und Wohlbefinden 2
8		Gruppe 6	Selbstsicherer werden 1
9		Gruppe 7	Bewältigung körperlicher Symptome / Krankheiten 1
10		Gruppe 8	Stimmungsverschlechterungen vorbeugen
11	Zyklus 2 (4 Wochen)	Gruppe 9	Information, Beschwerden und Ziele
12		Gruppe 10	Aktiv zum Ziel 3
13		Gruppe 11	Aktiv zum Ziel 4
14		Gruppe 12	Gedanken, Bewertung und Wohlbefinden 3
15		Gruppe 13	Gedanken, Bewertung und Wohlbefinden 4
16		Gruppe 14	Selbstsicherer werden 2
17		Gruppe 15	Bewältigung körperlicher Symptome / Krankheiten 2
18		Gruppe 16	Stimmungsverschlechterungen vorbeugen

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:45 – 9:15 Pflege Bewegungstreff am Morgen	8:45 – 9:15 Pflege Bewegungstreff am Morgen	8:45 – 9:15 Pflege Bewegungstreff am Morgen	8:45 – 9:15 Sporttherapeut Gymnastikgruppe	8:45 – 9:15 Pflege Bewegungstreff am Morgen
9:30 – 12:00 Visite: Ärzte	9:30 – 10:30 Genusstraining: Pflege blau	9:30 – 11:00 Kunst und Gestalten Ergotherapie blau	9:30 – 10:30 Hilfreiche Techniken: Pflege blau	9:30 – 11:00 Visite: Ärzte
	10:45 – 11:45 Genusstraining: Pflege gelb	11:00 – 11:45 Alltag mit Medikamenten Pflege	10:45 – 11:45 Hilfreiche Techniken: Pflege gelb	11:00 – 12:00 Bewegungsfeedback (indiv.) Sporttherapeut
Mittagessen, freie Zeit, Mittagsruhe				
14:15 – 15:00 Psychologen Psychotherapeutische Gesprächsgruppe gelb	14:15 – 15:00 Bewegungsgruppe Sporttherapeut	14:15 – 17:00 Mobilisation/Freizeit Aktivierung, Angenehme Tätigkeiten Ergotherapie	14:15 – 15:00 Psychologen Psychotherapeutische Gesprächsgruppe blau	14:00 – 15:00 Entspannung Ergotherapie gelb
15:15 – 16:00 Psychologen Psychotherapeutische Gesprächsgruppe blau	15:15 – 16:00 Entspannung Ergotherapie blau		14:15 – 15:00 Psychologen Psychotherapeutische Gesprächsgruppe gelb	15:00 – 16:00 Entspannung Ergotherapie blau
15:15 – 16:45 Kunst und Gestalten Ergotherapie gelb	16:15 – 17:00 Entspannung Ergotherapie gelb		15:15 – 16:00 Psychologen Kognitives Training blau	
			15:15 – 16:00 Psychologen Kognitives Training gelb	16:15 – 17:00 Pflege Gruppenversammlung, Wochenendplanung
17:00 Pflege (Arzt) Medikamentenstelltraining	17:00 Pflege (Arzt) Medikamentenstelltraining	17:00 Pflege (Arzt) Medikamentenstelltraining	17:00 Pflege (Arzt) Medikamentenstelltraining	17:00 Pflege (Arzt) Medikamentenstelltraining

Bethanien Studie - Heidelberg:

Hospital admission



Bethanien Studie Heidelberg:

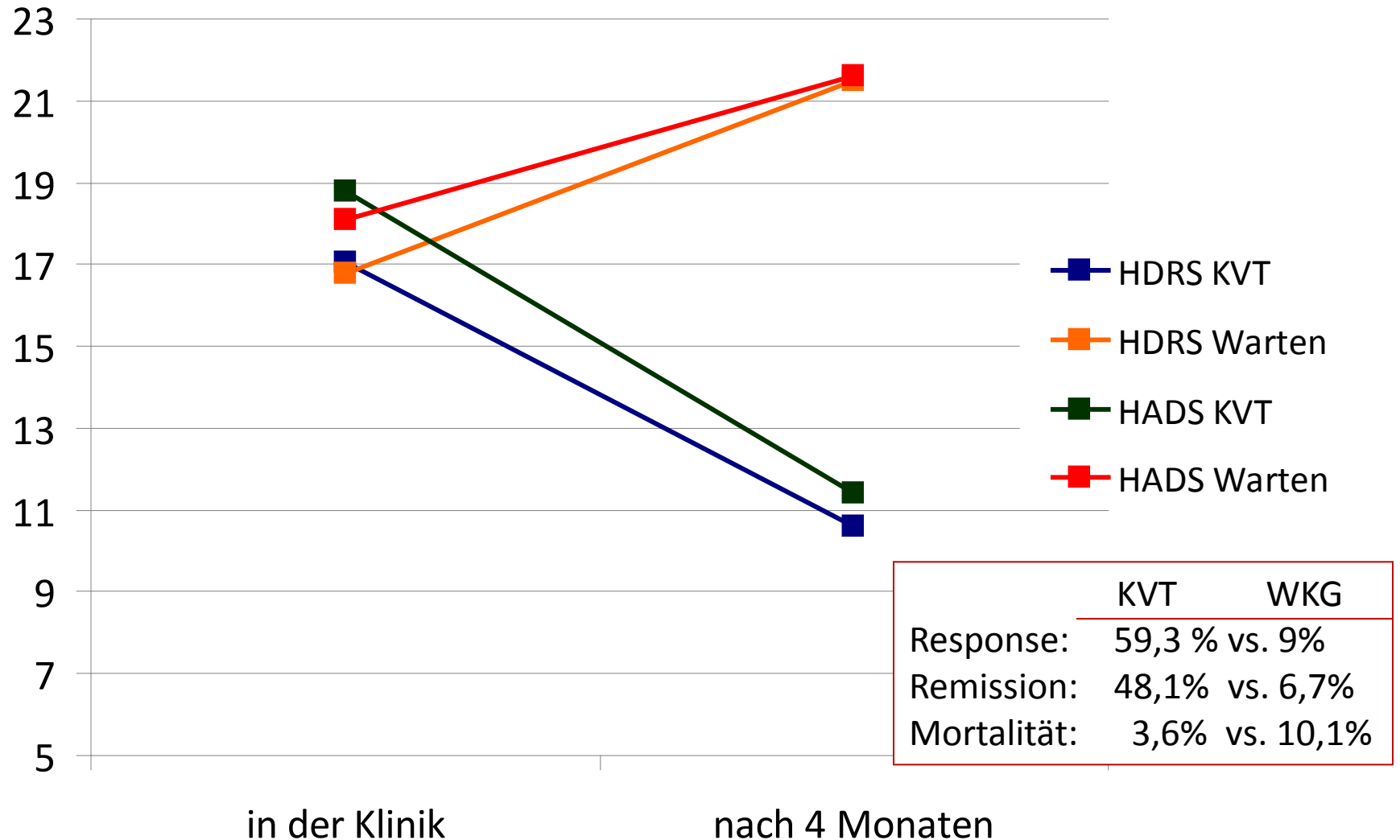
Ältere Patienten wegen akuten somatischen Erkrankungen im Krankenhaus, komorbide Depression (MDE)

	Intervention (KVT) Gruppe (n = 56))	(Warte Kontroll Gruppe (n = 99)	p (t-/ chi ² - test
Alter in Jahren	81.95 ± 6.2	81.94 ± 5.9	.995
Female gender (n/%)	44/ 78.6%	80/ 80.8%	.740
Living alone (n/%)	37/ 66.1%	57/ 57.6%	.301
Depression in Klinik (prä)			
HADS - Summenwert	18.80 ± 7.0	18.09 ± 8.3	.571
HAMD-17 - Summenwert	17.05 ± 5.4	16.80 ± 5.6	.779
Antidepressiva Einnahme (n/%)	45; 80.4%	70; 70.7%	.190

Bethanien Studie Heidelberg:

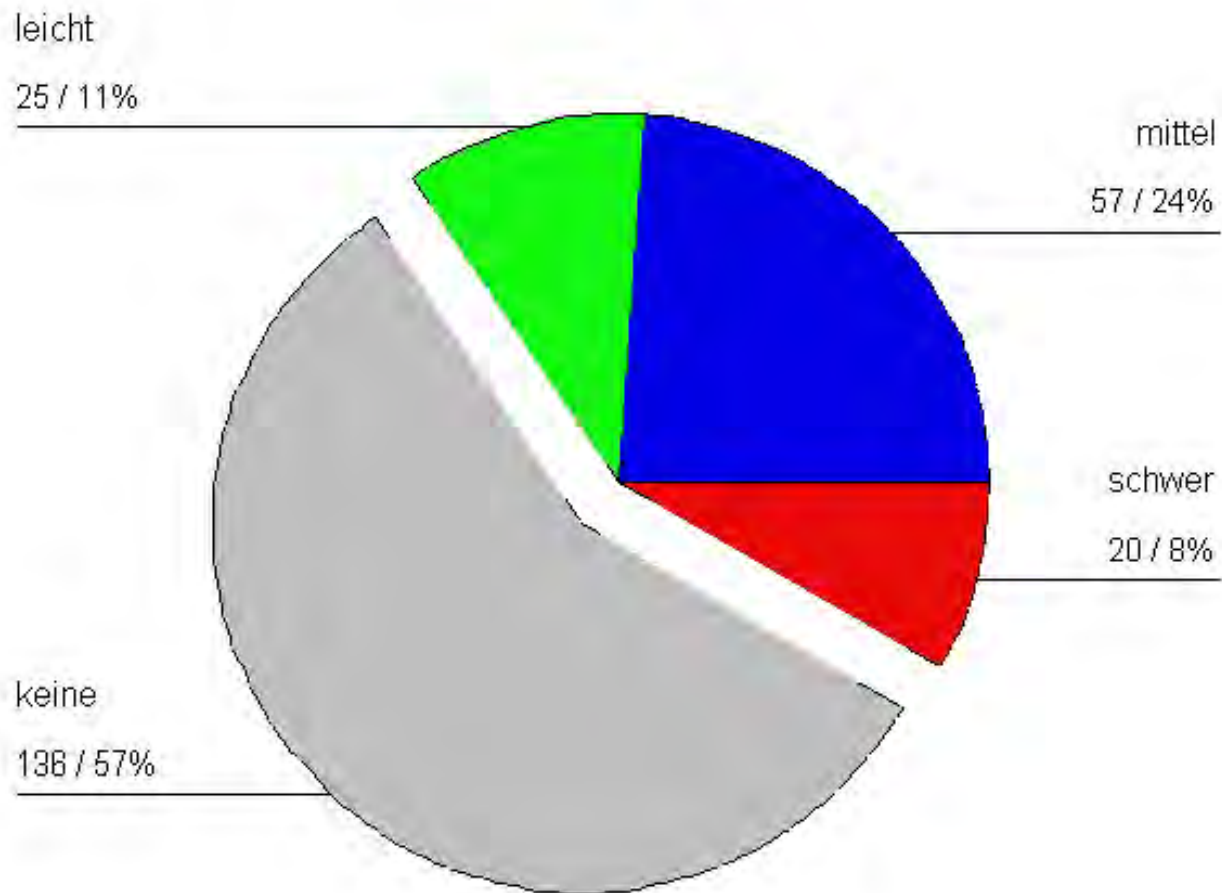
Veränderung der Depressionswerte nach 15 Gruppensitzungen

(zunächst stationär, dann ambulant)



Schlaganfall und Depression

Schweregrad Depression (SKID) N=238

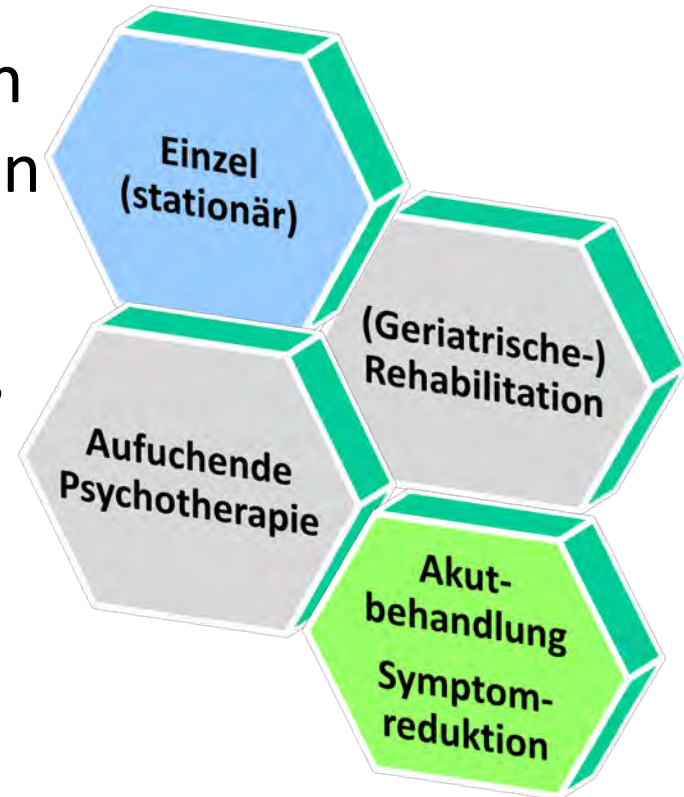


DiA-SCH

9 individuelle Sitzungen (in knapp 4 Wochen Reha) mit folgenden Schwerpunkten:

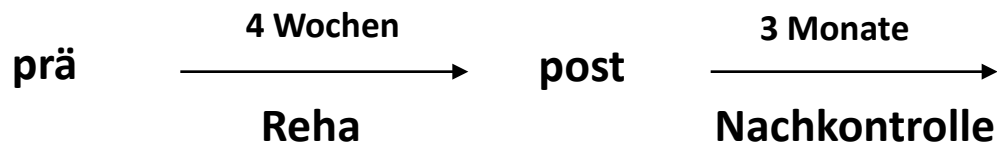
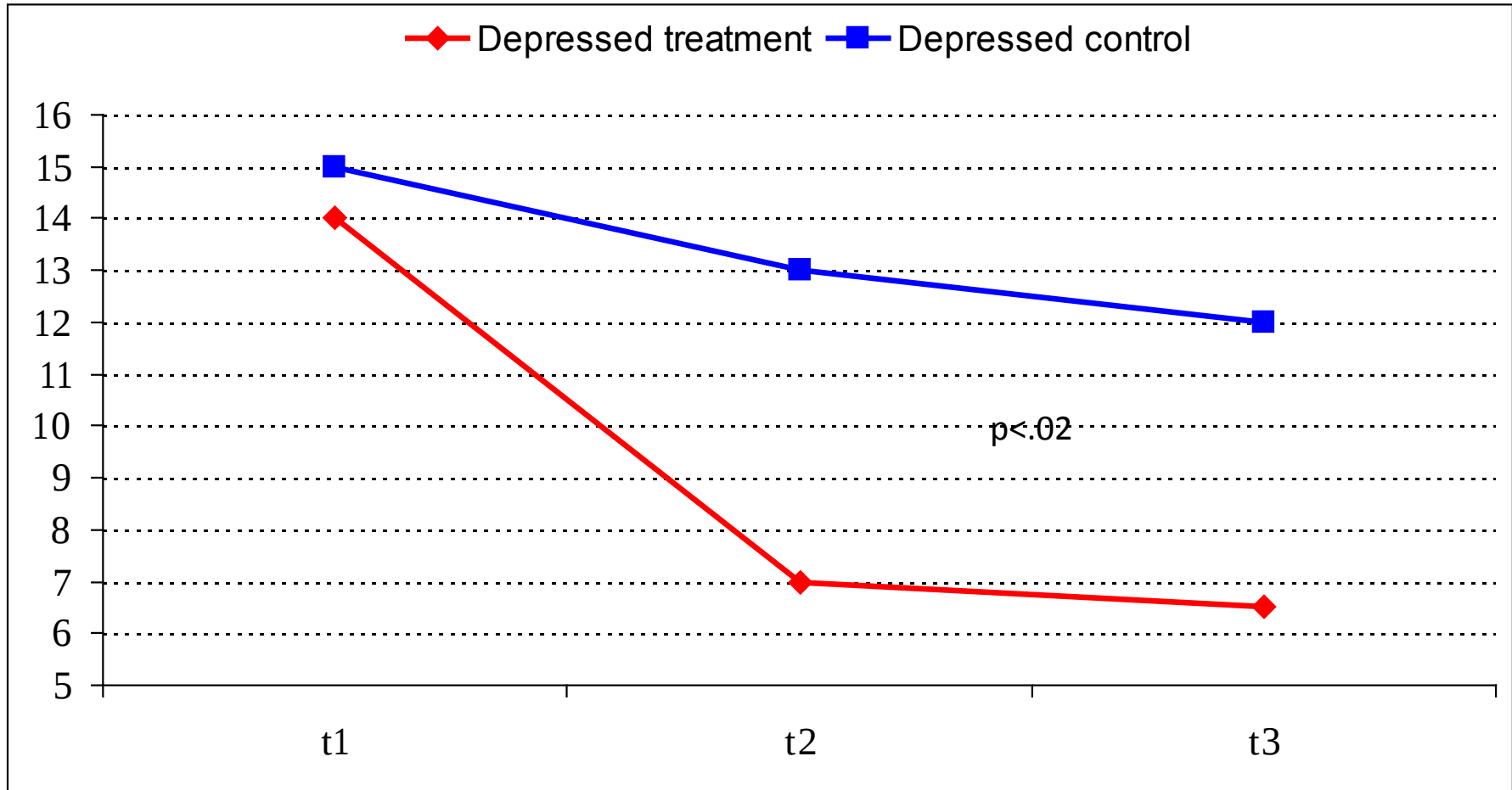
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Veränderung von Kognitionen
- Verbesserung von Fertigkeiten

Nutzung von speziellen Materialien,
einer Geschichte mit 2 Patienten als
Modell, individuelle Sitzungen,
3 pro Woche





GDS (Patienten **ohne** frühere Depression N = 99)



Treatment of Depression After Coronary Artery Bypass Surgery

A Randomized Controlled Trial

Kenneth E. Freedland, PhD; Judith A. Skala, PhD; Robert M. Carney, PhD; Eugene H. Rubin, MD, PhD; Patrick J. Lustman, PhD; Victor G. Dávila-Román, MD; Brian C. Steinmeyer, MS; Charles W. Hogue Jr, MD

Context: There has been little research on the treatment of depression after coronary artery bypass surgery.

Objective: To test the efficacy of 2 nonpharmacological interventions for depression after coronary artery bypass surgery compared with usual care.

Design: A 12-week, randomized, single-blind trial with outcome evaluations at 3, 6, and 12 weeks.

Setting: Outpatient research clinic at Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri.

Patients: One hundred twenty-three patients with the *DSM-IV* criteria for major or minor depression within 1 year after surgery.

Intervention: Twelve weeks of cognitive behavior therapy or supportive stress management. Approximately half of the participants were taking nonstudy antidepressant medications.

Main Outcome Measure: Remission of depression, defined as a score of less than 7 on the 17-item Hamilton Rating Scale for Depression.

Results: Remission of depression occurred by 3 months in a higher proportion of patients in the cognitive be-

havior management group (33%) compared with the usual care group (17%).

Gruppe
(stationär,
ambulant)

Kognitive
Verhaltens
Therapie

Akutbehandlung
Symptom-
reduktion

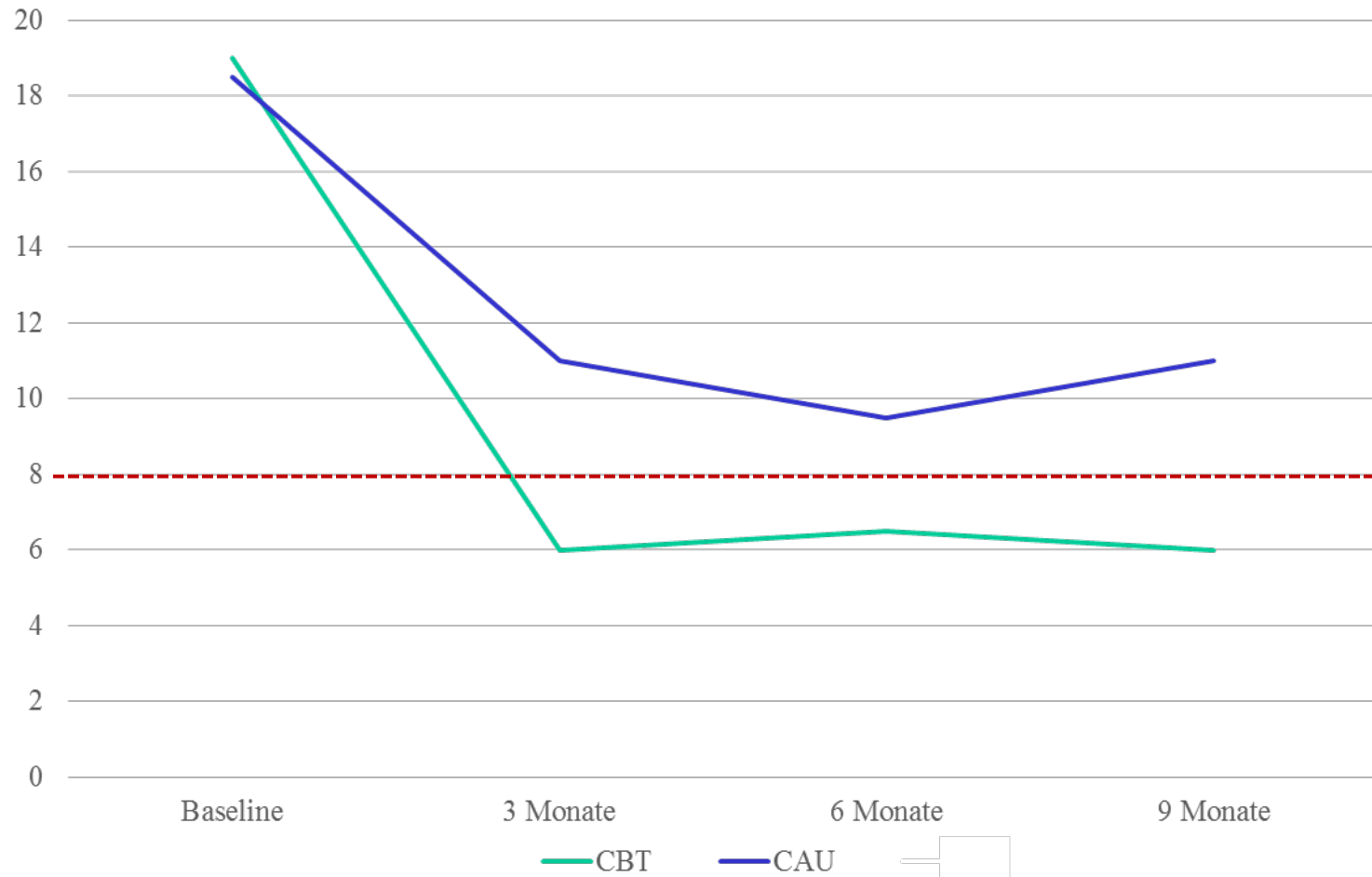
Conclusion: Cognitive behavior therapy and supportive stress management were effective for treating depression after coronary artery bypass surgery, relative to usual care. Cognitive behavior therapy had greater and more durable effects on depression and several secondary psychological outcomes.

Trial Registration: clinicaltrials.gov Identifier: NCT00042198

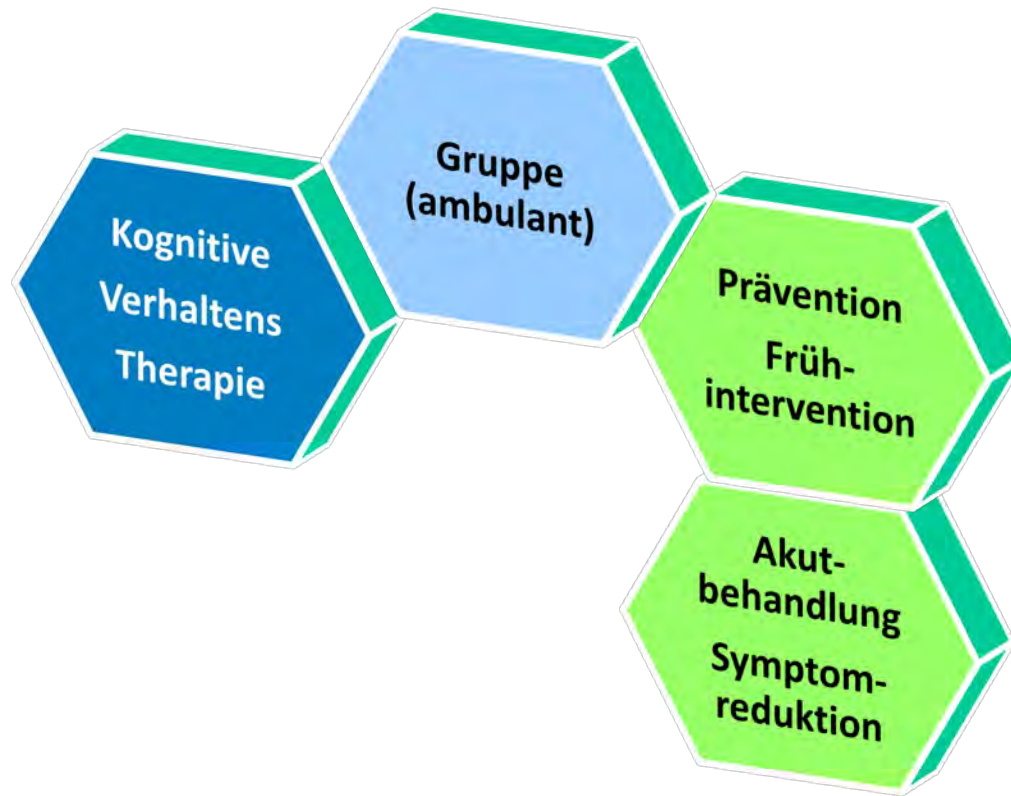
Arch Gen Psychiatry. 2009;66(4):387-396

Treatment of Depression after **Coronary Artery Bypass Surgery**

Freedland et al. 2009



Diabetes (Typ 2) im Alter und Depression



D+DiA

Modul Aktivitätenaufbau: Aktivität und Stimmung – Aktiv zum Ziel

1. Technik, Apparat: Schrittzähler „Schritt für Schritt ans Ziel“
2. Sitzung: Wie hängen Handeln und Fühlen miteinander zusammen?
3. Sitzung: Aktiv werden
4. Sitzung: Immer im Gleichgewicht?
5. Sitzung: Hindernisse erkennen und überwinden

Modul Behandlung von Kognitionen: Gedanken, Bewertung, Wohlbefinden

1. Sitzung: Wie hängen Denken und Fühlen miteinander zusammen?
2. Sitzung: Negative Gedanken erkennen
3. Sitzung: Mit den negativen Gedanken umgehen lernen
4. Sitzung: Noch mehr positives Denken

Modul Krankheitsbewältigung: Krankheiten erfolgreich ins Leben integrieren

1. Sitzung: Ängste verstehen
2. Sitzung: Ängste bewältigen
3. Sitzung: Ungleichgewichte erkennen – Anteil der Erkrankung am Leben
4. Sitzung: Gleichgewichte schaffen – Erkrankungen in das Leben integrieren

Optionale Bausteine: Problemlösen, Soziale Kompetenz, Rückfallprophylaxe



**Persönliches Begleitbuch
zum
Gruppenprogramm der
MIND-DIA-Studie**

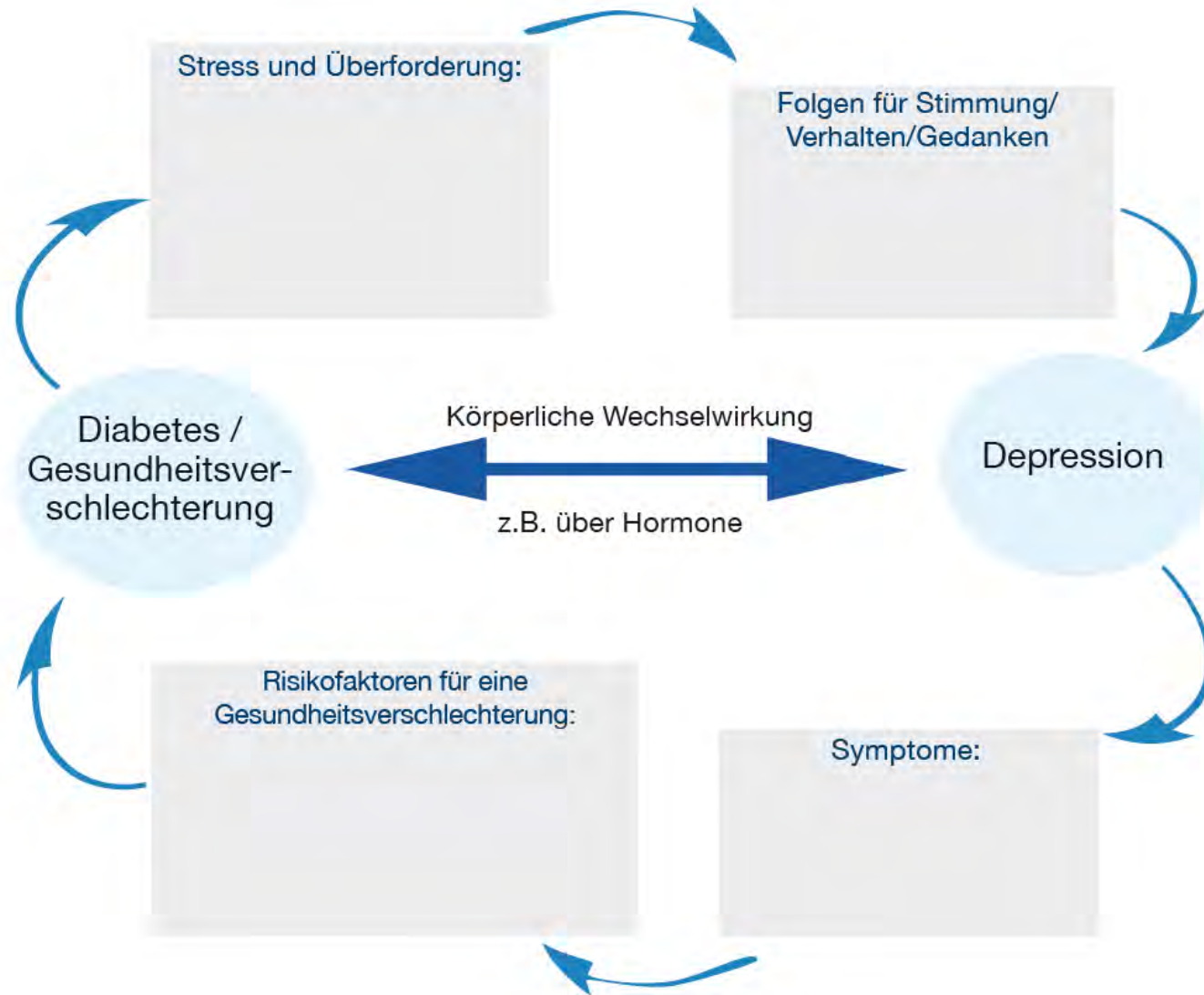
Teilnehmer:

Name _____

Anschrift _____



Individueller Teufelskreis



Jeder Schritt zählt!

Wie werden die Schrittzähler angewendet?

Wie baue ich meinen Schrittzähler zusammen?

1. Bringen Sie das Befestigungsband am Schrittzähler an.
2. Befestigen Sie den Clip am Befestigungsband.
3. Öffnen und schließen Sie den Clip.

Wo kann ich den Schrittzähler tragen?

1. Am Gürtel oder Hosenbund:

- a) Bringen Sie den Schrittzähler mit dem großen Clip am Gürtel oder Hosenbund an.
- b) Befestigen Sie das Band mit dem kleineren Clip.

2. An der Jacken- oder Hosentasche:

- a) Stecken Sie den Schrittzähler in Ihre vordere Hosentasche oder Brusttasche.
- b) Befestigen Sie das Befestigungsband mit dem kleineren Clip außen an der Tasche.

Hinweis:

- Schieben Sie den Schrittzähler nicht in Ihre Gesäßtasche.

3. In der (Hand-)Tasche:

- a) Stecken Sie den Schrittzähler in ein Taschenfach.
- b) Befestigen Sie das Befestigungsband mit dem kleineren Clip außen an der Tasche.

Hinweise:

- Achten Sie darauf, dass Sie die Tasche gut festhalten können.
- Achten Sie darauf, dass der Schrittzähler gut an der Tasche befestigt ist und nicht lose daran hängt.

4. Um den Hals:

Befestigen Sie am Schrittzähler ein Halsband oder ein Befestigungsband und hängen Sie sich den Schrittzähler um den Hals.

Hinweis:

- Hängen Sie sich den Schrittzähler während des Joggens nicht um den Hals.

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch
8 - 9	Frühstück	Frühstück	Frühstück
9 - 10	Einkaufen	Arztbesuch	Mit K. ins Thermalbad fahren
10 - 11	Zeitung lesen	Kaffee trinken bei Freundin	
11 - 12	Aufräumen	Einkaufsbummel	
12 - 13	Kochen	Kochen	Kochen
13 - 14	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
14 - 15	Spülen	Spülen	Lesen
15 - 16	Tochter anrufen	Zeitung lesen	Spülen
16 - 17	Spaziergang	Staub wischen	Besuch von der Nachbarin
17 - 18	Fernsehen	Musik hören	Treppe putzen
18 - 19	Abendessen	Baden	Abendessen
19 - 20	Fernsehen	Abendessen	Karten spielen

Abbildung 8: Wochenplan von Frau Simon – ein Beispiel.

■ Wie kann ich meine Sorgen sinnvoll nutzen?

Sorgen um Diabetes und Gesundheit.	Halte ich meinen Umgang mit dieser Sorge für angemessen? Ja Nein Weiß nicht	Was wäre ggf. ein hilfreicher Umgang mit dieser Sorge (hilfreicher Gedanke, hilfreiches Verhalten)?

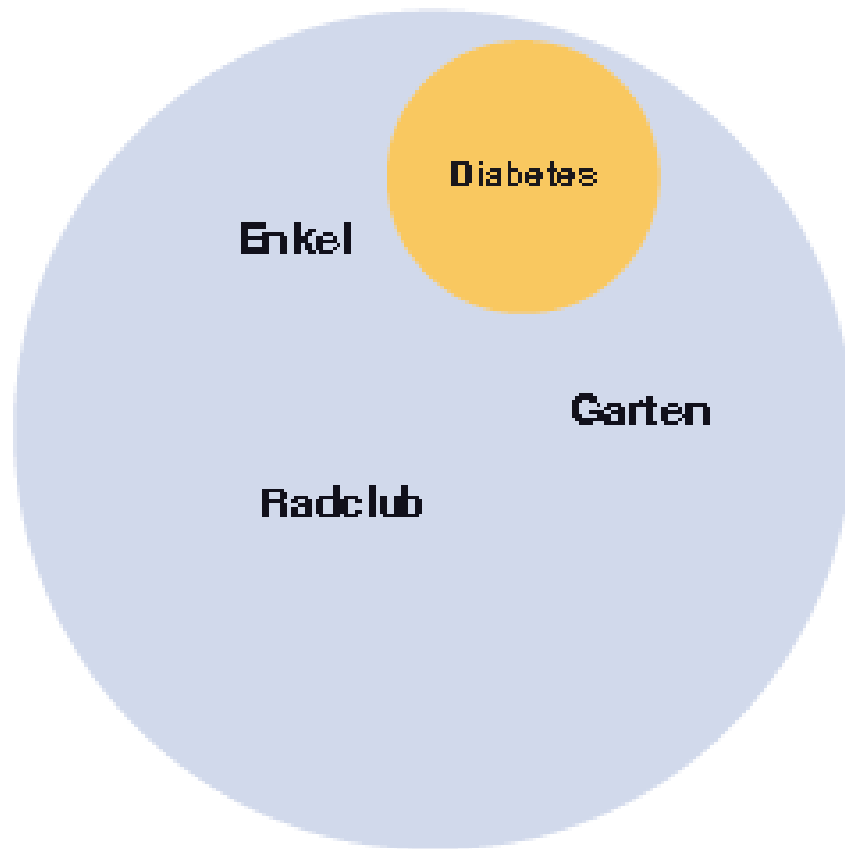


Abbildung 2: Die Lebensscheibe



Diabetes im Alter und Depression

Vergleich von 2 standardisierten, manualisierten Interventionen:

- **Diabetes-spezifische (VT)** (Manual: Aktivierung, Kognitionen, Gesundheitsverh.)
- **angeleitete Selbsthilfegruppe** "Successful aging with Diabetes" (**GG**)

nach 12 Wochen regelmäßigen, wöchentlichen Angeboten (SH, KVT)
werden bis zu Monat 12 monatliche Angebote gemacht.

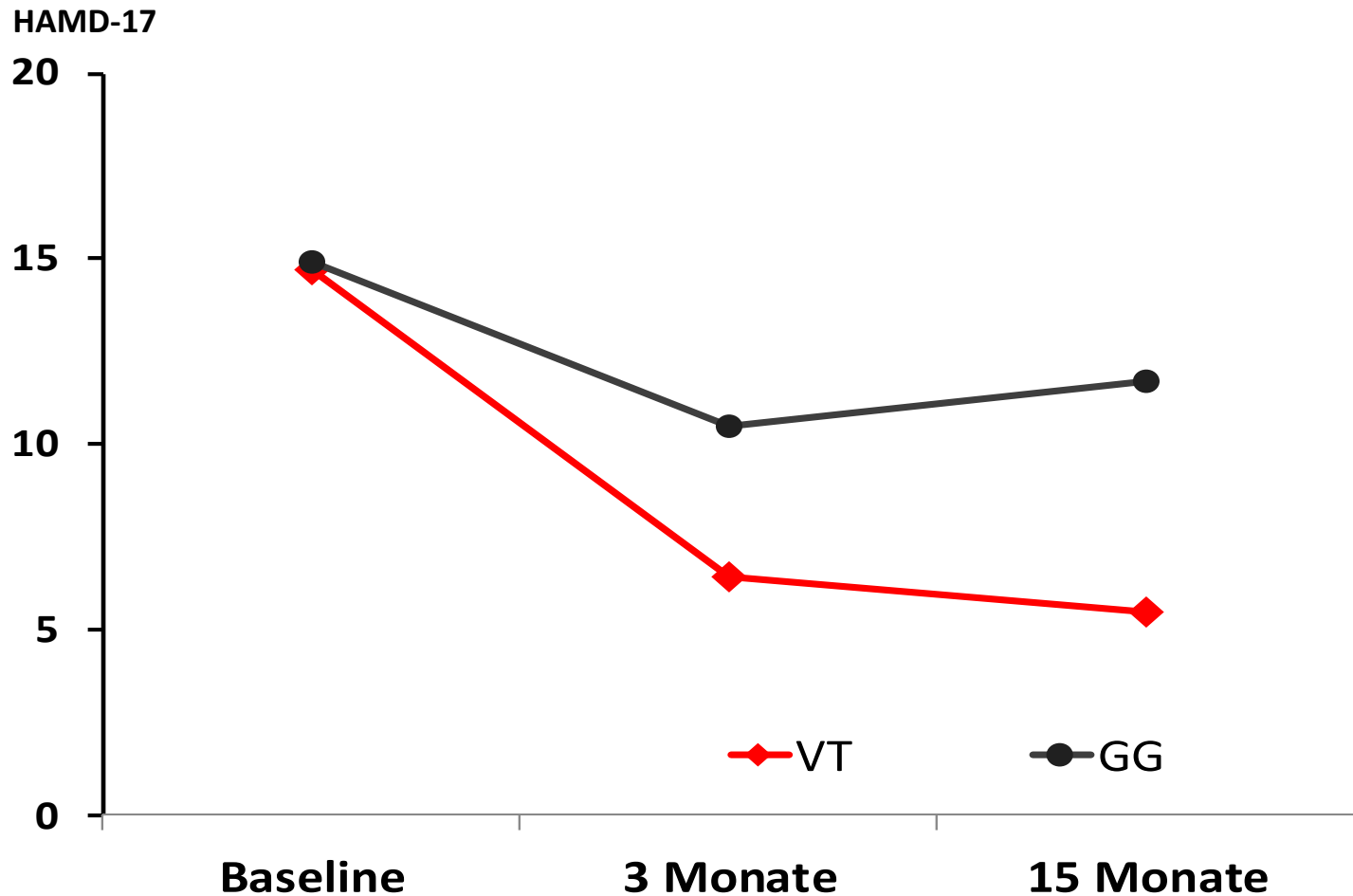
Zielgrößen: Depressivität, diabetesbezogene Indikatoren,
Lebensqualität (HRQoL), Rückfälle in Depression, Mortalität.
Außerdem Kosten-Nutzen (Gesundheitskosten) Analysen

Einschlusskriterien:

Diabetes mellitus type 2 seit mindestens 6 Monaten vor Studienteilnahme, 65-85
Jahre, minore und milde MDE (max. 6 Symptome), kann zu Therapieort kommen



ITT: Depressionssymptome, -schwere

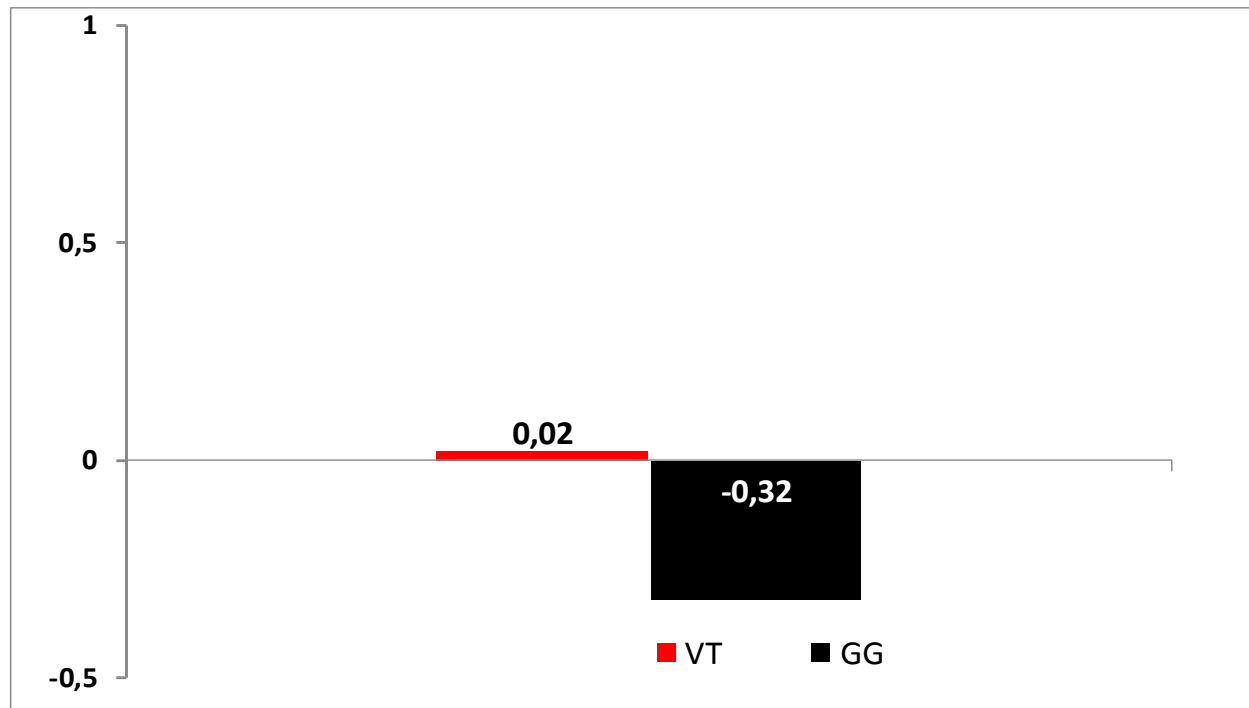




ITT: HbA_{1c} – Differenzen zw. Behandlungsgruppen

kontrolliert für Baseline HbA_{1c}

Differenz der HbA_{1c} in %



Psychologische Interventionen bei **Morbus Parkinson**



Belastungen aufgrund der körperlichen Symptome

- verminderte Handgeschicklichkeit
- Verminderung von Motivation und Antrieb
- Verminderung des Gleichgewichts und Körperlichkeit

**Förderung angenehmer
Aktivitäten**

**Training motorischer
Funktionen**

Aktivitätsplanung

Kompensationsstrategien

Stressbewältigungstraining

Emotionale Belastungen

- Angst vor Hilflosigkeit
- Symptomsteigerung bei minimalem Stress

Entspannungstechniken

Soziale Belastungen

- Gefühl der Überlastung bei Anwesenheit von anderen Menschen
- Unsicherheit im sozialen Umgang
- weniger gemeinsame Aktivitäten in der Partnerschaft
- Sorge um Belastung des gesunden Partners

Ko

**Training des
Gefühlsausdrucks**

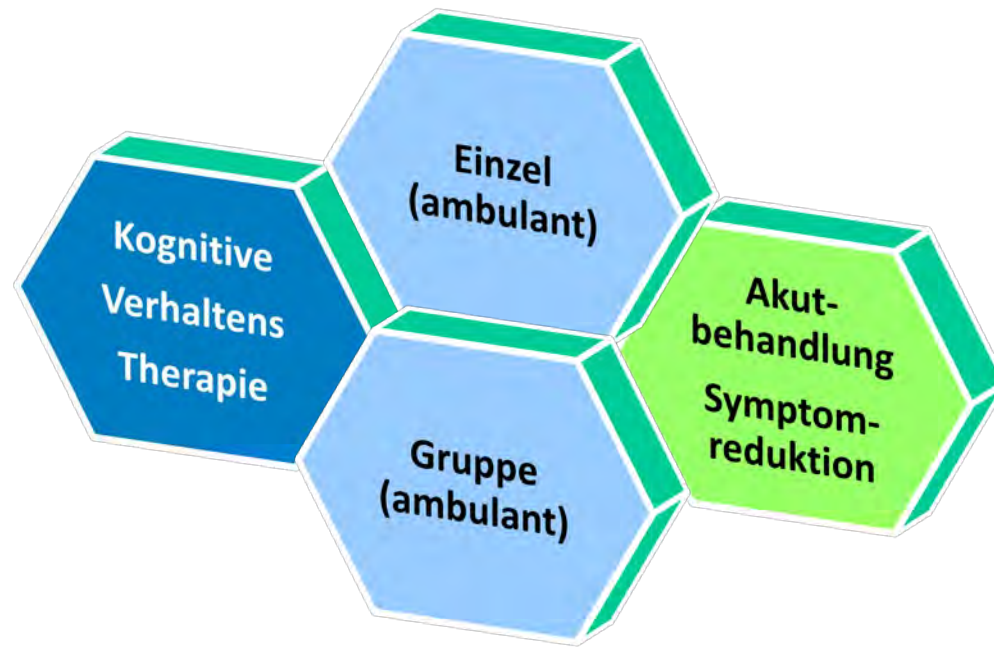
Angehörigenberatung

**Krankheitsbezogene
Kommunikation**

Depression: Checkliste Verhaltenstherapie Indikation

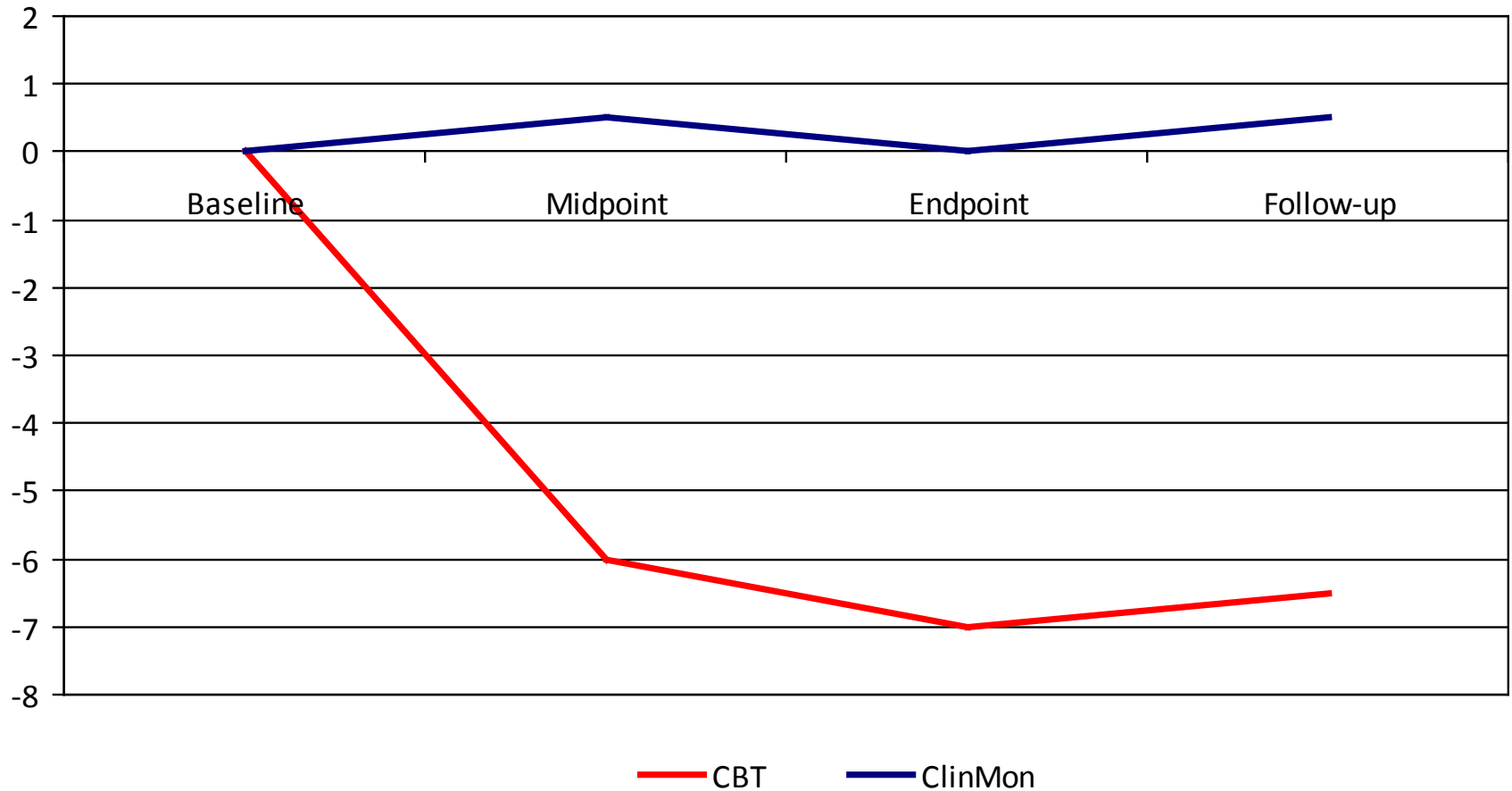
- ☐ Unzureichende Tagesstrukturierung
- ☐ Mangel an positiven Verstärkern
- ☐ Sozialer Rückzug
- ☐ Mangel an Copingstrategien
- ☐ Ausgeprägte subjektive Belastung/Hilfslosigkeit aufgrund der Symptomatik
- ☐ Dysfunktionale Grundüberzeugungen (z.B. „Ich bin aufgrund der Krankheit nichts mehr wert“)
- ☐ Zwischenmenschliche Probleme (z.B. mit Angehörigen)
- ☐ Therapieresistenz im Rahmen von anderen Therapiemethoden
- ☐ Unverträglichkeit anderer Therapiemethoden
- ☐ Wunsch des Patienten

DiA bei Morbus Parkinson (DiA-MP)



Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in Parkinson's Disease...

Dobkin et al. AmJPsychiat 2011, 168:1066-1074

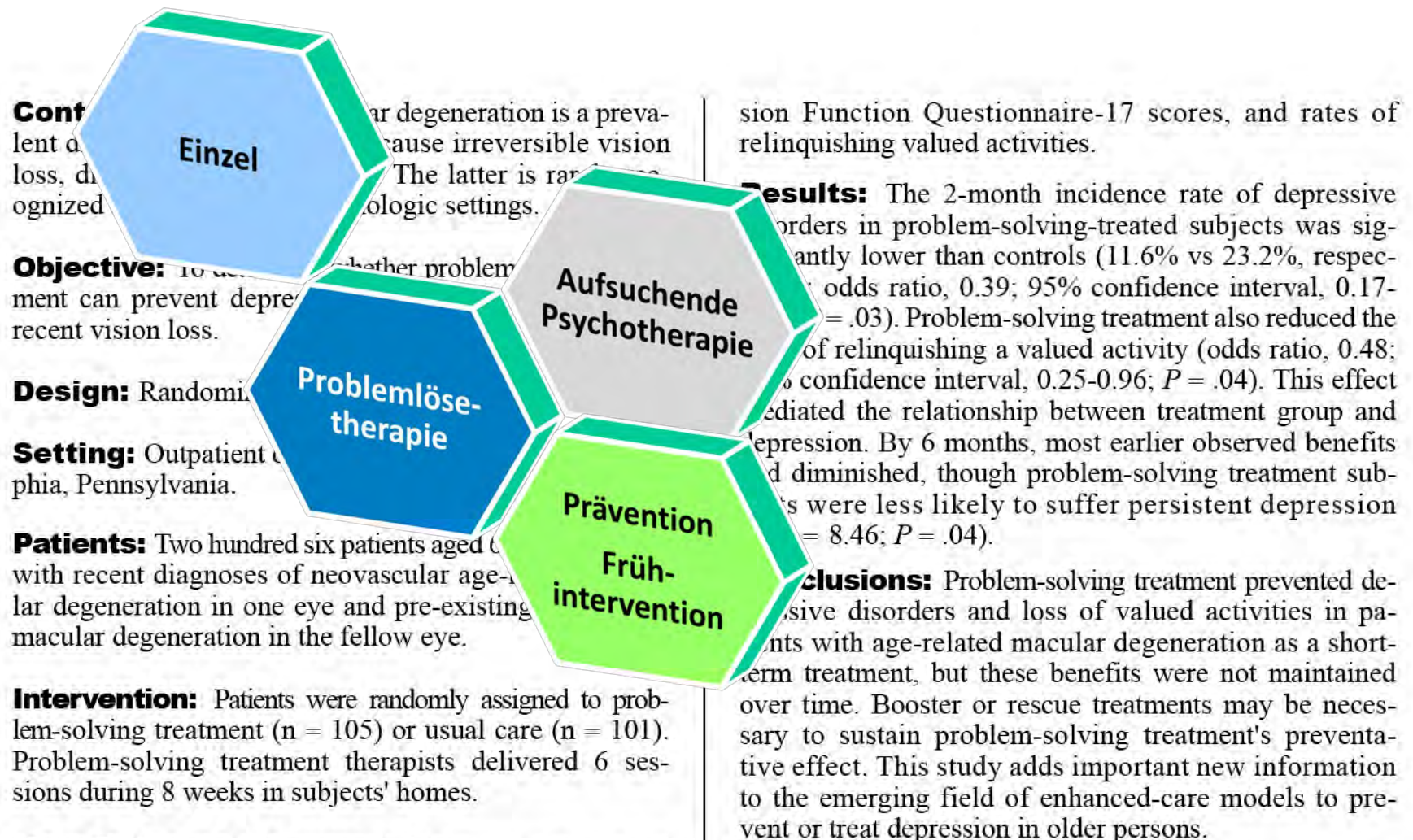


Preventing Depression in Age-Related Macular Degeneration



Barry W. Rovner, MD; Robin J. Casten, PhD; Mark T. Hegel, PhD;
Benjamin E. Leiby, PhD; William S. Tasman, MD

Archives of General Psychiatry 2007



Telefontestütztes Problemlösetraining

Eine verhaltenstherapeutische Intervention
zur Entlastung **pflegender Angehöriger**
von Schlaganfall-Betroffenen

Ziele der Studie:

Reduktion depressiver Symptomatik
Reduktion der subjektiven Pflegebelastung
Stabilisierung der Pflegearrangements
Reduktion der Heimeinweisungen bewirken.



Leben mit Schlaganfall

Erfahrungen von (pflegenden) Angehörigen

Kausale Faktoren

Trauma:
Schlaganfall

Veränderungen
Um- und Neu-
orientierung

Ängste, Sorgen,
Demoralisation

Rehabilitation:
Anforderungen

Zentraler Mechanismus

Kontrollverlust

Strategien, Taktik

Suche nach
Kontrolle, wird zum
Experten,
Emotionsregula-
tion, angstrengte
Vermeidung weiter
Verluste,
Einschränkungen

Moderatoren/Interaktion

Auflösung von Reziprozität
Angehöriger „spricht“ für Pat.
Angehöriger–Professionelle Konflikte
Keine Hilfe von sozialem Netz

Konsequenzen

Eingesperrtsein

Isolation

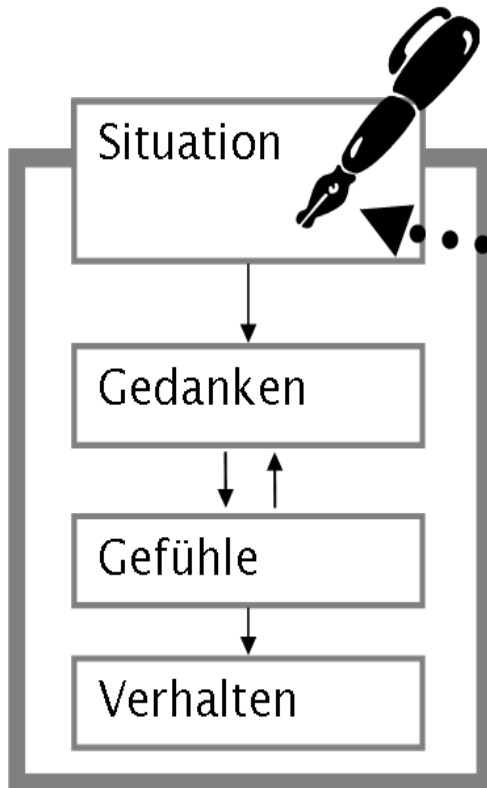
Emotional
Verletzlich

Einschränkung
Lebensqualität

Einschränkung
Beziehungs-
qualität

Mangel an
Selbstfürsorge

Trauer, Ärger



Intervention

1. Hausbesuch

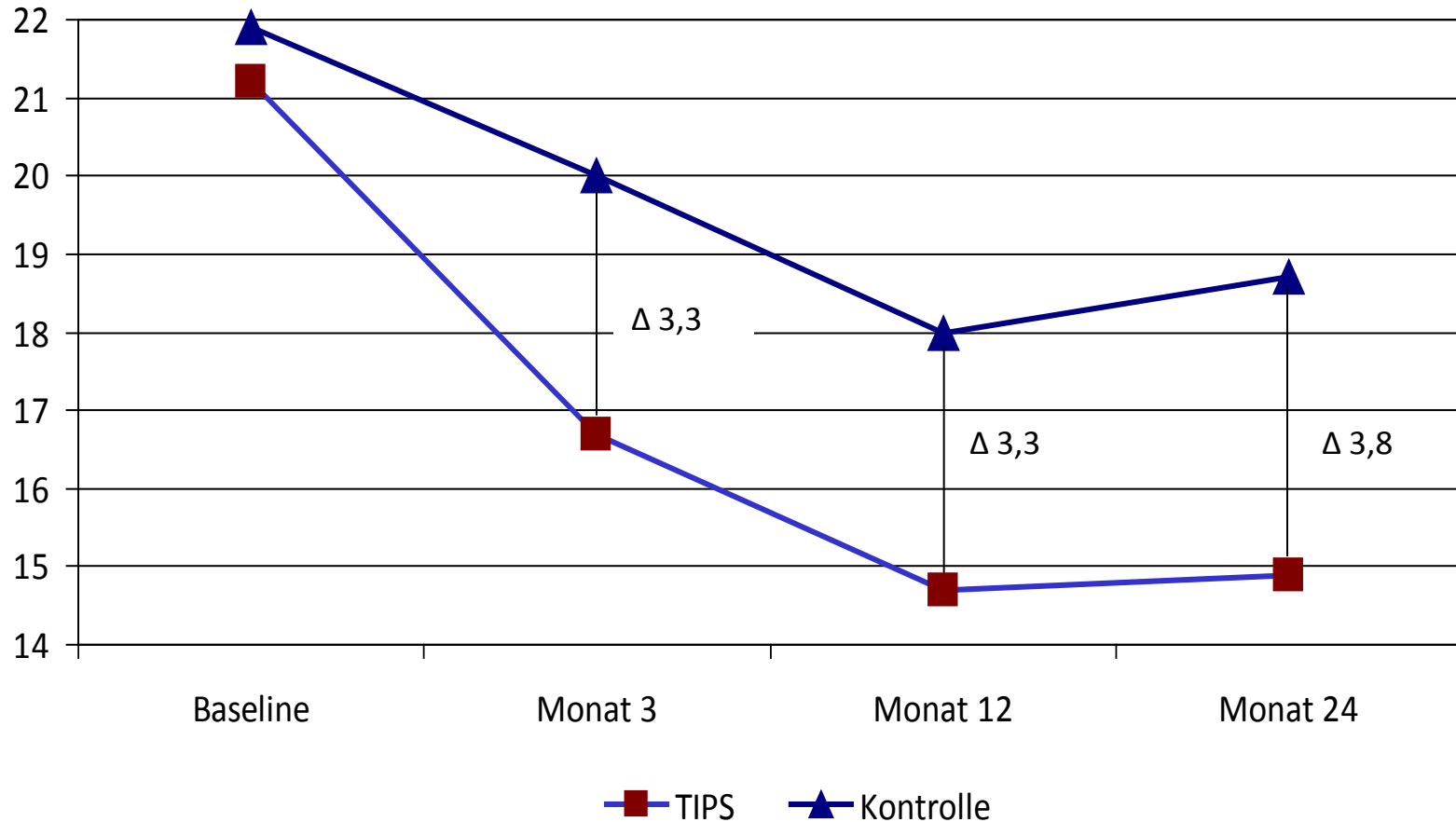
Telefonate:

- wöchentlich (Monat 1)
- 2-wöchentlich (Monat 2-3)

2. Hausbesuch

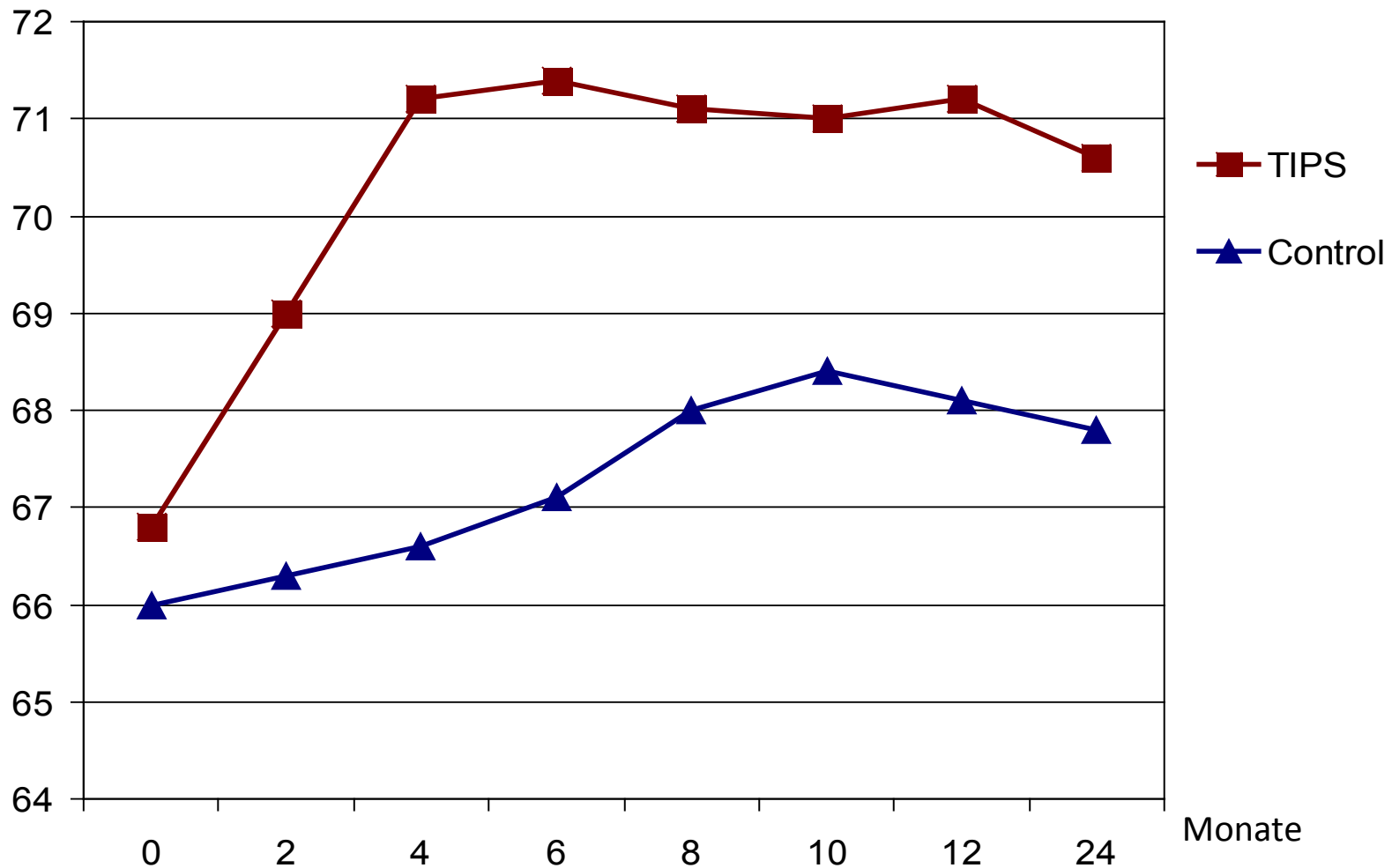
- monatlich (Monat 4-12)
- ggf. 4 zusätzliche Telefonate

Depressivität (ADS) im Verlauf





Kompetenzgefühl, Sicherheit Sense of Competence (SCQ)





Schlussfolgerung

- Psychologische Therapie bei Depressionen und Ängsten im (fortschreitenden) Alter (> 65 bis 85 J) sind möglich.
Sie führen bei leichteren, mittelschweren und schweren Depressionen (hier in Kombination mit Antidepressiva) zu klinisch relevanten Effekten
- Pragmatische, strukturiertes, problemlösende, Methoden kommen gut an
- **Problem der ambulanten Versorgung:**
ältere depressive Patienten suchen kaum nach, werden nicht überwiesen bzw. darauf hingewiesen



Herzlichen Danke !

Die eigenen Studien wurden/werden möglich durch **großzügige Unterstützung**
der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFDG)
dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
der Robert Bosch Stiftung
der Heidehof Stiftung
dem GKV Spitzenverband
den Fachgesellschaften der DGPT
weitere **Sponsoren:**

HOGREFE Verlag, BELTZ Verlag, SPRINGER Verlag, HUBER Verlag, PEARSON Verlag, KOHLHAMMER Verlag, CIP Medien, BECK Verlag, SCHATTAUER Verlag, Firma MERZ, Firma LUNDBECK, Firma SERVIER, Theodor FLIEDNER STIFTUNG, Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie (TAVT)

hautzinger@uni-tuebingen.de