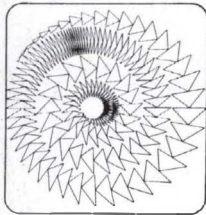


Integrative Therapie



**Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie
und Methodenintegration**

Themenschwerpunkt:

**Alternde Gesellschaft – Herausforderungen
für Psychotherapie und Supervision**

**Klaus-Josef Knaus: Zur Situation von Altenheimen in Deutschland
– Materialien, Insiderperspektiven, Aufgaben für die Supervision**

**Hilarion G. Petzold, Lotti Müller, Erika Horn, Anton Leitner:
Der permanente Skandal – gefährliche Pflege, sozialtoxische
Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und
dehumanisierende Heimsituationen**

**Jutta Stahl: Multimodale Depressionsbehandlung in der Tages-
klinik für Alterspsychiatrie und –psychotherapie**

**Peter Varevics, Hilarion G. Petzold: Leben und Tod, Altern und
Sterben, Leid, Trost, Sinn – Hilfen für beraterische und super-
visorische Suchbewegungen**

**Petra Sange: Integrative Supervision zum Thema Sterben und
Tod in der Ausbildung junger Krankenschwestern und -pfleger**

**Lotti Müller, Hilarion G. Petzold, Ursula Schreiter-Gasser:
Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen
Altenarbeit**

1-2/2005
31. Jahrg.



Junfermann Verlag

INTEGRATIVE THERAPIE

Zeitschrift für vergleichende

Psychotherapie und Methodenintegration

Begründet von Charlotte Bühler (†) und Hilarion Petzold

Herausgeber: Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. *Hilarion Petzold*, Düsseldorf/Amsterdam/Paris

Mitherausgeber: Dr. phil. *Renate Frühmann*, Salzburg — Dr. med. *Anton Leitner*, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems — Prof. Dr. phil. *Michael Märtens*, Ev. Fachhochschule Frankfurt — Prof. Dr. phil. *Heidi Möller*, Universität Innsbruck — Dipl.-Sup. *Ilse Orth*, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen — Prof. Dr. med. *Ulrich Schnyder*, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich — Dr. päd. *Waldemar Schuch* M.A., Fritz Perls Institut, Düsseldorf

Redaktion: *Peter Osten*

Wissenschaftlicher Beirat: Univ.-Prof. Dr. phil. *Reiner Bastine*, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg — Univ.-Prof. Dr. *Urs Baumann*, Psychologisches Institut der Universität Salzburg — Univ.-Prof. Dr. *Winfried Huber*, Lehrstuhl f. Klinische Psychologie der Universität Löwen — Univ.-Prof. Dr. med. *Horst Kächele*, Abt. Psychotherapie der Universität Ulm — Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. *Uwe Koch*, Abt. für Medizinische Psychologie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf — Univ.-Prof. Dr. phil. *Jürgen Kriz*, Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück — Dr. med. *Grete A. Leutz*, Moreno Institut Überlingen — Univ.-Prof. Dr. phil. *Harry Schröder*, Fachbereich Psychologie der Universität Leipzig

International Board — Approaches to therapy: *George I. Brown*, Santa Barbara, Integrative Pädagogik (Confluent Education) — *Ruth C. Cohn*, Düsseldorf, Themenzentrierte Interaktion — *Fanita English*, Philadelphia, Transaktionale Analyse — *Bernd Fittkau*, Hamburg, Transpersonale Psychologie — *Stanislav Grof*, Big Sur, Psycholytische Therapie — *Jack J. Leedy*, New York, Poesietherapie — *Alexander Lowen*, New York, Bioenergetische Analyse — *Ilse Middendorf*, Berlin, Atemtherapie — *Zerka T. Moreno*, New York, Psychodrama — *Herbert Otto*, La Jolla, Persönlichkeitsentfaltung (Personal Growth) — *Anne A. Schützenberger-Ancelin*, Paris, Gruppendynamik — *Johanna Sieper*, Düsseldorf, Therapeutisches Theater — *Jan Velzeboer*, Maarsen, Kreativitätstraining — *Carl Whitaker*, Madison, Familientherapie — *Ken Wilber*, Boston, Spektrum-Psychologie — *Joseph Zinker*, Cleveland, Gestalttherapie — **Ehemalige Boardmitglieder:** *George Bach* † — *Kenneth D. Benne* † — *Vladimir N. Iljine* † — *Klaus Grawe* † — *Hanscarl Leuner* † — *Jakob L. Moreno* † — *Lore Perls* † — *Virginia Satir* † — Dr. *Norbert Nagler* †

Integrative Therapie – Erscheinungsweise: viermal jährlich in freier Folge.

Bezugspreis: Einzelheft € 11,-, Doppelheft € 22,-, Studentenabonnement € 33,-, Jahresabonnement € 42,- zuzüglich Versandkosten.

Schriftleitung: Prof. Dr. *H. Petzold*, FPI, Achenbachstr. 40, 40237 Düsseldorf.

Redaktion: *Peter Osten*, Winthirstraße 21, 80639 München.

Manuskripte und Buchbesprechungen sind an die Schriftleitung in zwei Exemplaren zu senden. Richtlinien zur Erstellung von Manuskripten sind bei der Redaktion erhältlich.

© Mit der Veröffentlichung in der Zeitschrift gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, 40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Verlag: Junfermann Verlag, Imadstraße 40, 33102 Paderborn.

Satz: Junfermann Druck & Service GmbH + Co. KG, 33102 Paderborn.

Bestellungen: Junfermann Verlag, Imadstraße 40, 33102 Paderborn.

Anzeigenverwaltung: Junfermann Verlag, 33102 Paderborn, Tel. (05251) 13 44-0.

Multimodale Depressionsbehandlung in der Tagesklinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie

Jutta Stahl, Zürich*

1. Einleitung

Depressionen sind neben Demenzen die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Zwar nimmt das Risiko, an einer Depression zu erkranken, im Alter nicht zu, doch steht diese Erkrankung häufig im Zusammenhang mit Verlusten und Belastungen, die mit dem Alternsprozess einhergehen. Davon betroffen sind typischerweise die körperliche Gesundheit, die Mobilität, die kognitive Leistungsfähigkeit, die Sinnesfunktionen, selbstwertrelevante soziale Rollen sowie bedeutsame Beziehungen. Daraus erwachsende Krisen erfordern Anpassungsleistungen im Sinne von Verhaltens- und Einstellungsänderungen. In diesem Prozess müssen Ziele und Standards den veränderten Bedingungen angepasst und neu definiert werden, vorhandene Fähigkeiten oder Verhaltensweisen optimiert, reaktiviert oder neue erlernt werden und bei Bedarf Hilfsmittel eingesetzt werden. Menschen, denen dies nicht ohne Hilfe gelingt, können durch (psycho-)therapeutische Interventionen darin unterstützt werden (Stahl/Schreiter-Gasser 2004). Da psychische Problemkonstellationen im Alter also stets multifaktoriell bedingt sind, kann es nur mit einer Kombination verschiedener Therapiemethoden gelingen, individuelle Ressourcen und Potenziale zu mobilisieren und zu nutzen, um den Betroffenen erfolgreich zu behandeln bzw. ihn darin zu unterstützen, die erforderlichen Anpassungsschritte zu vollziehen.

2. Die Depression aufrechterhaltende Faktoren

Unabhängig von den Entstehungsbedingungen einer Depression im Alter orientiert sich die Wahl der Behandlungsmethoden an den aktuell „aufrechterhaltenden Bedingungen“. Unter diesem Begriff aus der Verhaltenstherapie versteht man Folgeerscheinungen eines problematischen Verhaltens, die dazu beitragen, dass dieses Verhalten nicht ohne weiteres aufgegeben werden kann. In diesem Sinne können fünf wesentliche Bedingungen angeführt werden, die zur Aufrechterhaltung depressiver Symptome beitragen, diese darüber hinaus sogar verstärken können:

1. Inaktivität mit Vernachlässigung potenziell erfreulicher und selbstwertrelevanter Aktivitäten sowie langfristig dem Verlust alltagsrelevanter Kompetenzen
2. Dysfunktionale Kognitionen mit negativem Selbst- und Weltbild
3. Ungünstiges Kommunikations- und Kontaktverhalten mit Belastung sozialer Beziehungen und dem Risiko der Isolation
4. Nachhaltige Veränderungen des Hirnstoffwechsels
5. Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie Verlust von Selbstvertrauen mit pessimistischer und resignativer Grundhaltung

An erster Stelle sei hier die *Inaktivität* genannt. Sie entsteht aufgrund des Freud-, Antriebs- und Interessenverlusts und führt zur Vernachlässigung potenziell erfreulicher Aktivitäten. Stimmungsaufhellende und selbstrelevante Erlebnisse bleiben somit aus. Im Sinne

* Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach (Leitung: PD Dr. med. Ursula Schreiter).

des „Verstärkerverlusts“ trägt dieses Verhalten zur Aufrechterhaltung der depressiven Stimmung bei (Lewinsohn 1974). Etwas nicht getan zu haben, kann darüber hinaus das Selbstwertgefühl zunehmend negativ verändern, so dass die Hemmschwelle, sich durchzuringen, mit der Zeit immer höher wird. Der Teufelskreis wird zur Negativspirale mit Abwärtstrend.

Bei älteren Menschen besteht ein hohes Risiko, dass aufgrund von Verlusten und Defiziten beispielsweise einer Sehleistungsschwäche oder Gehbehinderung oder dem Verlust nahe stehender Menschen der Aktivitätsspielraum ohnehin eingeengt ist. Eine depressionsbedingte Vernachlässigung verbliebener Aktivitäten kann zusätzlich verhängnisvolle Folgen haben. Fertigkeiten, die nicht regelmäßig gebraucht werden, verkümmern. Gerade bei älteren Menschen besteht ein hohes Risiko von *Kompetenzverlust* durch Nichtgebrauch. Dies betrifft sowohl soziale, körperliche und kognitive als auch psychologische Fertigkeiten, die zur Bewältigung von Anforderungen des Alltags erforderlich sind.

Zweitens bringen es die mit dem depressiven Erleben verknüpften *negativ verzerrten Kognitionen* (negatives Wahrnehmen, Denken und Urteilen) mit sich, dass die Betroffenen sich selbst, ihre Umwelt und ihre Zukunft nur negativ sehen können (Beck 1974). Ein solches Selbst- und Weltbild schlägt unausweichlich auf die Stimmung, die Depressivität bleibt bestehen oder nimmt zu.

Drittens leiden depressive Menschen unter *Kontakt- und Kommunikationsschwierigkeiten* und ziehen sich häufig zurück. Widersprüchliche Signale, die Depressive unweigerlich ausstrahlen, hat Hell durch drei Merkmale charakterisiert: Appell, Hostilität und Deprivation (Hell 2003). Demnach signalisieren depressive Menschen verbal und nonverbal (sehr verkürzt ausgedrückt) folgende Botschaften: „Hilf mir! Keiner versteht mich, keiner kann mir helfen, lass mich in Ruhe!“ Diese widersprüchlichen Botschaften lösen beim Gegenüber einerseits Anteilnahme und das Bedürfnis aus, helfen zu wollen. Gleichzeitig spürt es eine Art Feindseligkeit und Unerreichbarkeit des Betroffenen, was Hilflosigkeit und ein Gefühl der Spannung zur Folge hat. In ihrer Hilflosigkeit ziehen sich Bezugspersonen zurück oder werden ungeduldig, latent oder offen aggressiv oder bevormunden den Betroffenen. Angesichts der Tatsache, dass bei älteren Menschen das Netz sozialer Beziehungen in der Regel ohnehin geschrumpft ist, sind Einbußen der Qualität verbliebener Beziehungen sehr belastend.

Die vierte aufrechterhaltende Bedingung besteht in der mit der Depression einhergehenden *Entgleisung des Hirnstoffwechsels*. Wenn auch umstritten ist, ob sie Ursache oder Auswirkung der Depression ist, stellt sie eine ernst zu nehmende Veränderung im Organismus dar. Diese ist – mindestens wenn sie über einen längeren Zeitraum hinweg besteht – nicht ohne Einwirkung von außen wieder ins Lot zu bringen. Viele Betroffene verfügen über unzureichende oder falsche Informationen über die Bedeutung und Wirkung von Medikamenten. Ältere Menschen haben darüber hinaus große Vorbehalte gegenüber der Einnahme von Psychopharmaka, andere entziehen sich der Verantwortung, indem sie dem Arzt die alleinige Macht des Heilenkönnens zuschreiben.

Fünftens leiden Depressive unter allen bestimmenden Gefühlen der *Hilf- und Hoffnungslosigkeit*, die verhindern, dass Entwicklungsschritte überhaupt möglich sind. Eine grundlegende psychologische Fertigkeit zur Bewältigung von Krisen ist das Gefühl der „*self-efficacy*“. Dieser, von Bandura (1997) entwickelte Begriff bezeichnet in etwa das Selbstvertrauen, über Fähigkeiten zu verfügen, bestimmte Schwierigkeiten zu meistern oder sich ggf. erforderliche Fähigkeiten anzueignen. Depressive Menschen haben das Gefühl, der Situation hilflos ausgeliefert zu sein, und ihr negatives Selbstbild führt zu der Annahme, dass sie auch niemals Fähigkeiten entwickeln könnten, sich selbst zu helfen. Eine *pessimistische und resignative Grundhaltung* der Betroffenen verhindert den Zugriff auf Entwicklungspotenziale und hemmt die Entwicklung einer Veränderungsmotivation.

3. Ansätze der Behandlung von Depressionen

Diese fünf aufrechterhaltenden Bedingungen können einerseits plausibel erklären, weshalb es nicht ohne weiteres möglich ist, einer Depression zu entinnen. Sie bieten andererseits aber auch Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen und zeigen deutlich, welche Verantwortung der Betroffene hat, selbst etwas zur Bewältigung der Depression beizutragen.

Um die Teufelskreise der Aufrechterhaltung von Depressionen zu unterbrechen, bedarf es einer multimodalen Behandlung, die sich aus den folgenden fünf Faktoren zusammensetzt:

1. Aufbau von Aktivitäten einschließlich dem Training der erforderlichen körperlichen, kognitiven und sozialen Fertigkeiten
2. Kognitive Umstrukturierung
3. Training sozialer Kompetenzen
4. Sicherstellung der Medikamenten-Compliance
5. Herstellung des Gefühls der self-efficacy im Umgang mit der Erkrankung durch Edukation und Bewältigungserfahrungen

Der Teufelskreis von Inaktivität und Verstärkerverlust kann unterbrochen werden, indem *Aktivitäten geplant und durchgeführt* werden. Die Wahl geeigneter Aktivitäten orientiert sich an den individuellen Ressourcen der Person und ihrer Umwelt. Sie sollen potenziell erfreulich und selbstwertrelevant sein. Insbesondere bei der Arbeit mit älteren Menschen, bei denen die Depression schon lange besteht, ist darauf zu achten, dass die zur erfolgreichen Durchführung von Aktivitäten erforderlichen Kompetenzen (noch) vorhanden sind. Gegebenenfalls müssen erforderliche *Kompetenzen systematisch trainiert* oder durch den Einsatz von Hilfsmitteln kompensiert werden.

Negative Kognitionen, die für den zweiten Teufelskreis verantwortlich sind, können mit Hilfe der Techniken der *Kognitiven Umstrukturierung* entlarvt und korrigiert werden (Beck et al. 1992; Hautzinger 2000). Die Patienten lernen, automatische Gedanken, Wahrnehmungen und Schlussfolgerungen sowie typische logische Denkfehler aufzudecken und ihre Auswirkungen auf Fühlen und Handeln zu erkennen. Sie erwerben Techniken, mit denen sie ungünstige Kognitionen kontrollieren und durch angemessene ersetzen können.

Durch ein gezieltes *Training sozialer Kompetenzen* kann der Teufelskreis unterbrochen werden, für den Kontakt- und Kommunikationsschwierigkeiten verantwortlich sind. Eigene, ungünstige Verhaltensmuster werden reflektiert, ein Verständnis für deren Wirkung auf das soziale Umfeld entwickelt und neue, angemessene Kommunikationsstile eingeübt. Die modifizierte Form eines Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen nach Hirsch & Pfingsten (1983), angewandt in Gruppen älterer depressiver Patienten, wurde andernorts ausführlich dargestellt (Stahl 2004).

Bezüglich des Teufelskreises, bei dem die Rolle des Stoffwechsels erläutert wurde, muss eine möglichst optimale *Medikamenten-Compliance* erreicht werden. Durch Transparenz und gezielte Information des Patienten muss dieser zu einer kritisch und gleichzeitig kooperativen Haltung ermuntert werden. Der letztgenannte Teufelskreis von Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit führt zu einer resignativen Grundhaltung und steht somit einer positiven Therapiemotivation im Wege. Dieser Motivationshemmung wird durch Maßnahmen begegnet, die als *Edukation* bezeichnet werden können. Zusammen mit den Betroffenen werden sowohl die auslösenden als auch die aufrechterhaltenden Bedingungen sowie die daraus resultierenden Therapieansätze erarbeitet. Klärend wirkt das Verständnis, wie es zu der Krise gekommen ist, entlastend die Erfassung der Bedingungen, durch die die Depression aufrechterhalten wird, ermutigend die Einsicht, mit welchen Methoden diesen Mechanismen beizukommen ist, und motivationsfördernd die Erkenntnis, dass der Betroffene selbst etwas dazu beitragen kann, die Teufelskreise zu unterbrechen.

Ziel ist letztlich der Aufbau des Gefühls von Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten im Sinne *Banduras* Konzept der *self-efficacy*. Dies wird erreicht, indem der Betroffene im Rahmen des therapeutischen Settings die Möglichkeit erhält, das Gelernte praktisch umzusetzen, *Bewältigungserfahrungen* zu machen und diese auch von therapeutischer Seite gespiegelt und honoriert werden. Er erfährt, dass er über ein Selbsthilferepertoire verfügt, mit dessen Hilfe er sein Leiden – auch über das Therapiesetting hinaus – aktiv beeinflussen kann.

In diesem Sinne geht es also nicht darum, den Betroffenen mit den genannten Strategien zu „behandeln“, sondern seine Selbsthilfekompetenzen zu fördern. Ziel ist es, beim Betroffenen das Bewusstsein und letztlich die Überzeugung herzustellen, dass er selbst über Fertigkeiten verfügt oder solche erwerben kann, die ihm helfen, sich aus den Teufelskreisen zu befreien. Die therapeutische Grundhaltung besteht somit darin, dass ein Therapieangebot bereitgestellt wird, das der Betroffene bewusst und aktiv für sich nutzen kann, wobei die Verantwortung dafür bei ihm selbst liegt.

4. Umsetzung der Behandlungsansätze im Rahmen einer Tagesklinik

Für die Anwendung der genannten Behandlungsansätze stellt der Rahmen einer Tagesklinik ein besonders günstiges Setting bereit: Die Vorteile der Tagesklinik auf einen Blick:

- Patienten werden nicht aus ihrem natürlichen Umfeld herausgerissen
- Ressourcen und Kompetenzen bleiben erhalten und können weiter ausgebaut werden
- Regelmäßige Tages- und Wochenstruktur
- Regelmäßige soziale Kontakte
- Gruppe der Mitpatienten als „therapeutische Gemeinschaft“
- Interdisziplinäres Team
- Breites Therapiespektrum, das körperliche, soziale, geistige, psychologische und kreative sowie Alltagskompetenzen trainiert
- Bedarfsorientierung

Die Patienten nehmen das breite Therapieangebot tageweise von zu Hause aus in Anspruch. Damit wird eine regelmäßige Tages- und Wochenstruktur bereitgestellt, die aufgrund der Antriebs- und Interessenlosigkeit häufig verloren gegangen sind. Eine regelmäßige Zeitstruktur gibt den Patienten Halt; die Verpflichtung, am Programm teilzunehmen, motiviert viele überhaupt erst, am Morgen aufzustehen. Den oft sehr zurückgezogen lebenden Patienten werden regelmäßige soziale Begegnungen ermöglicht. Sie haben die Chance, sich wieder als wertvollen Teil einer Gemeinschaft zu erleben. Für eine tagesklinische Behandlung werden die Betroffenen nicht aus ihren alltäglichen Bezügen herausgerissen. Bestehende Ressourcen und Kompetenzen bleiben so weit wie möglich erhalten. Probleme im Zusammenhang mit den Anforderungen des Alltags oder im sozialen Kontext können im Rahmen der Tagesklinikbehandlung aufgegriffen und bearbeitet werden. Aber auch Probleme, die im Zusammentreffen mit den Mitpatienten auftreten, können sozusagen im „geschützten“ Rahmen angegangen werden. Im Sinne der „therapeutischen Gemeinschaft“ stellt der Umgang mit den Mitpatienten ein ausgezeichnetes Übungsfeld dar (*Finzen 1977*). Ungünstige soziale Verhaltensweisen können aufgedeckt, günstigere eingeübt werden.

Das breite Therapieangebot ist in der Art zusammengestellt, dass sowohl geistige, körperliche, psychologische, kreative und soziale Kompetenzen sowie Fertigkeiten zur Bewältigung von Anforderungen des Alltags trainiert werden. Nur ein interdisziplinäres Team, wie das einer Tagesklinik, kann eine solcherart breite Palette von Therapieangeboten bereitstellen. Es ist gleichzeitig ein Gremium, das bei der Diagnostik und Therapieplanung eine differenzierte Wahrnehmung der Ressourcen und Defizite der Patienten in allen Lebensdimensionen wahrzunehmen in der Lage ist.

Die Erfahrung zeigt, dass es hilfreich ist, wenn die Anzahl Besuchstage pro Woche am individuellen Bedarf orientiert werden kann. In akuten Krisen oder in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Behandlung ist in der Regel eine höhere Besuchsfrequenz indiziert, die mit fortlaufender Therapie schrittweise reduziert werden kann. Die Wahl der Besuchstage orientiert sich – je nach individuellen Ressourcen der Patienten – an den Therapieangeboten der jeweiligen Wochentage.

In der Tagesklinik des Gerontopsychiatrischen Zentrums Hegibach in Zürich konnten die Behandlungsansätze im Konzept verankert werden; dies soll hier überblickshaft dargestellt werden.

Das Gerontopsychiatrische Zentrum Hegibach ist eine Einrichtung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und bietet unter einem Dach stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke ältere Menschen der Region Zürich.

Das Angebot der Tagesklinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie richtet sich vor allem an Menschen mit Depressionen, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen, mit psychosomatischen oder psychotischen Erkrankungen sowie mit leichten hirnrorganischen Veränderungen, die von Angst oder Depression begleitet werden. Behandlungsindikationen sind:

- *Krisenintervention*: Teilstationäre als Alternative zur stationären psychiatrischen Behandlung;
- *Rehabilitation*: Verkürzung eines stationären Aufenthaltes und Hilfe bei der Wiedereingliederung in den Alltag durch gestufte Entlassung über die Tagesklinik;
- *Stabilisierung*: Vorübergehende Behandlung zur Vermeidung einer drohenden Krise.

Die Tagesklinik verfügt über 12 Behandlungsplätze pro Tag. An bis zu fünf Tagen der Woche können die Patienten zwischen 9 und 16 Uhr folgende Angebote in Anspruch nehmen:

- Psychiatrische Abklärung und Behandlung
- Psychotherapeutische Gruppengespräche
- Training sozialer Kompetenzen
- Kognitives Training: Gedächtnistraining, Presseclub
- Kreative Therapien: Musik-, Mal-, Tanz- und Bewegungstherapie
- Aktivierende Therapien: Werken, Kochen, Singen, Gesellschaftsspiele etc.
- Körperliche Aktivitäten: Gymnastik oder Spaziergänge
- Soziale Aktivitäten: Ausflüge, Museums- und Ausstellungsbesuche u.Ä.
- Geselliges Beisammensein in der Morgenrunde, beim gemeinsamen Mittagessen und in der Schlussrunde
- Beratung von Angehörigen oder anderen Betreuungspersonen.

Das interdisziplinäre Team setzt sich zusammen aus Vertretern folgender Berufsgruppen:

- Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie
- Psychiatriepflege
- Aktivierungstherapie (eine Ausbildung mit dem Fokus auf die Arbeit mit älteren Menschen in Anlehnung an Beschäftigungs- und Ergotherapie)
- Spezialtherapien: Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie
- Medizin mit Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kenntnissen aus der Neurologie und inneren Medizin

Bei Bedarf können der Sozialdienst, der neuropsychologische sowie in Notfällen der internistische Dienst beigezogen werden.

5. Ein Fall aus der Tagesklinik des GPZ

5.1 Anamnese und Krankheitsentwicklung

Die Patientin war zum Zeitpunkt ihrer Zuweisung in die Tagesklinik 72 Jahre alt. Geboren in einem Dorf in Graubünden als fünftes von zehn Kindern eines Schreiners und einer Hausfrau, wuchs sie in eher ärmlichen Verhältnissen auf. Sie besuchte neun Jahre lang die Schule, wobei der Unterricht größtenteils vom katholischen Pfarrer abgehalten worden sei. Dessen zentrale Botschaft – insbesondere an die Mädchen – sei es gewesen, dass Wissen schuldig mache. Eine Berufsausbildung konnten die Eltern nur dem erstgeborenen Sohn finanzieren, die anderen Kinder mussten so früh wie möglich den Haushalt verlassen und für sich selbst sorgen. So wurde die Patientin als Haushaltshilfe zu einer Arztfamilie nach Zürich geschickt, wo sie nach eigenen Angaben ausgenutzt worden, sehr auf sich allein gestellt gewesen sei und nur sehr selten Kontakt zu ihrer Familie gehabt habe. Später arbeitete sie im Service eines Cafés. Dort lernte sie ihren späteren Ehemann kennen. Dieser war Bankangestellter, machte sich dann als Anlageberater selbstständig und war später im Direktionskader einer großen Bank tätig. Die Patientin gebar zwei Töchter und widmete sich zeitlebens hauptsächlich dem Familienleben, wollte eine perfekte Hausfrau und gute Mutter sein und begleitete ihren Ehemann zu gesellschaftlichen Anlässen. Daneben entwickelte sie kaum eigene Interessen. Der Ehemann blieb auch nach seiner Pensionierung weiterhin beruflich sehr aktiv.

Sechs Jahre vor ihrer Aufnahme in die Tagesklinik wurde die Patientin mehr oder weniger zufällig mit der Tatsache konfrontiert, dass ihr Mann seit mehr als zehn Jahren eine außereheliche Beziehung unterhielt. Anfänglich habe sie mit Wut und bitteren Vorwürfen reagiert. Mit der Zeit haben sich jedoch zunehmend depressive Symptome entwickelt. Die damit verbundenen schweren Schlafstörungen sind vom Hausarzt zuerst mit Benzodiazepinen, später mit einem Antidepressivum behandelt worden. Es trat keine Besserung ein, im Gegenteil habe sich ihr Zustand zunehmend verschlechtert. Sie habe ihren Appetit und stark an Gewicht verloren, habe ihre Körperpflege vernachlässigt und sei kaum noch fähig gewesen, den Haushalt zu verrichten. Nach der Hospitalisation in einer psychiatrischen Privatklinik für fünf Monate kam es kurzzeitig zu einer leichten Besserung und Entlassung in die alten Verhältnisse. Trotz ambulanter Nachbetreuung durch eine Psychiaterin verschlechterte sich ihr Zustand innerhalb sechs Monaten wieder massiv. Es kam zu einer vollständigen Antriebslosigkeit und sozialem Rückzug. Aus Scham habe sie sich selbst von den Töchtern zurückgezogen. Sie habe kaum noch das Bett verlassen, ihre Pflichten nicht mehr erfüllen können, der Familie große Sorgen bereitet und daher unter extremen Schuldgefühlen gelitten. Todeswünschen seien keine Taten gefolgt, da sie der Glaube zurückgehalten habe.

Daraufhin erfolgte eine etwa halbjährige stationäre Behandlung im Gerontopsychiatrischen Zentrum (GPZ) Hegibach. Neben der ausgeprägten depressiven Symptomatik traten auch Verhaltensstörungen mit wahnhaftem Charakter auf. Diese bezogen sich auf die fixe Meinung der Patientin, sie habe keine passende Kleidung mehr. Mehrere Versuche einer medikamentösen Einstellung blieben erfolglos. Entweder reagierte sie sehr empfindlich auf Nebenwirkungen oder die gewünschte antidepressive Wirkung blieb aus. Aufgrund der diagnostizierten „Therapieresistenz“ und ihrer beinahe vollständigen, fast kataton anmutenden Erstarrung wurde eine Elektrokrampf-Therapie (EKT) in Erwägung gezogen. Dem Vorschlag habe sie zugestimmt, da ihr ohnehin alles gleichgültig gewesen sei. Für diese Behandlung wurde die Patientin für fünf Wochen ins Stammhaus der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich verlegt und von dort zur Nachbehandlung und Rehabilitation in die Tagesklinik des GPZ zugewiesen.

5.2 Situation bei Eintritt in die Tagesklinik

Die Patientin bewohnte zusammen mit ihrem Ehegatten eine 5½-Zimmer-Wohnung in Zürich und besuchte von dort aus zweimal wöchentlich die Tagesklinik. Die depressive Stimmung hatte sich im Vergleich zum Zustand vor der EKT erstmals etwas aufgehellt. Der Antrieb war noch gemindert, sie wirkte unsicher, schüchtern und war sehr zurückhaltend im sozialen Kontakt. Sie litt unter mangelndem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Soziale Kontakte waren gänzlich abgebrochen, mit Ausnahme der Kontakte zum engsten Familienkreis. Sie hatte keinerlei Hobbys und verfügte über keine Beschäftigungsmöglichkeiten neben den im Haushalt notwendigen Tätigkeiten. In Folge der EKT litt sie unter Gedächtnis- und Zeitgitterstörungen.

5.3 Diagnosen zum Zeitpunkt der Zuweisung

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatische Symptome (ICD-10: F33.1);

Status nach sehr schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen;

Status nach Elektrokrampf-Therapie mit retrograder und anterograde Amnesie sowie Konzentrationsstörungen.

5.4 Auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen

Um die Bedeutung des die Depression auslösenden Ereignisses für die Patientin verstehen zu können, ist zunächst einmal deren biographischer Hintergrund zu beleuchten. Ihre streng katholische Erziehung in einer sehr ländlichen Region gebot ein Verhalten, das geprägt war durch Genügsamkeit und Zurückhaltung. Der Kinderreichtum und die knappen finanziellen Mittel der Ursprungsfamilie führten darüber hinaus zu dem Umstand, dass die Patientin gezwungen war, eigene Bedürfnisse zu verleugnen oder zurückzustellen. Ihr Lebensentwurf entsprach einem konservativen Geschlechterrollenverständnis.

Der mit dem Erfolg des Ehemannes verbundene – im Verhältnis zur Herkunftsfamilie – extreme gesellschaftliche Aufstieg des Ehepaares erforderte von der Patientin, dass sie lernte, sich in entsprechenden Kreisen zu bewegen. Ihre romanische Muttersprache und die schlechte Schulbildung brachten es mit sich, dass für die Patientin Deutsch eine Fremdsprache blieb, in der sie sich mindestens subjektiv nie sicher auszudrücken wusste. Eine Lungenoperation in der Jugendzeit hatte darüber hinaus eine Narbe hinterlassen, aufgrund der sich die Patientin gezwungen sah, stets hochgeschlossene Kleidung zu tragen. Sie hatte sich jahrzehntelang in gesellschaftlich gehobeneren Kreisen bewegt mit der ständigen Angst, hinsichtlich ihrer mangelnden Bildung und ihres entstellten Körpers sozusagen „entlarvt“ zu werden. Zeitlebens hatte sie nie persönliche Interessen unabhängig von der Familie entwickelt, also keine unabhängigen Quellen für ein positives Selbstwertgefühl erschlossen.

Auslöser der Krise war die Konfrontation mit der Erkenntnis, dass der Ehemann jahrelang eine außereheliche Beziehung unterhalten hatte. Die biographisch verankerte und gesellschaftlich bedeutsame Rolle der Ehegattin, die in ihrem Leben wesentlich sinnstiftend gewirkt hatte, wurde durch dieses Ereignis massiv in Frage gestellt. Auch ihre Rolle als Mutter hatte an Bedeutung verloren, da die Töchter nur kurz zuvor aus dem gemeinsamen Haushalt ausgezogen waren. Es blieb also einzig ihre Rolle als Hausfrau, die unter den neuen Bedingungen als wenig befriedigend erlebt wurde.

Auf den endgültigen Verlust praktisch jeder Quelle eines positiven Selbstwertgefühls reagierte die Patientin mit Kränkung, anfänglich mit Wut und Vorwürfen gegen den Ehe-

mann. Der gewünschte Erfolg blieb allerdings aus, da sich dieser nicht auf eine Auseinandersetzung einließ. Bei der Patientin stellte sich daraufhin zunehmend das Gefühl von Hilflosigkeit und Resignation ein. Daraus entwickelte sich allmählich eine Depressionsspirale wie folgt: Gefühle von Müdigkeit und Überforderung brachten die Vernachlässigung der Alltagspflichten mit sich, was vorderhand entlastend wirkte. Der Ehemann übernahm einen Großteil der für die Haushaltsführung erforderlichen Tätigkeiten. Gleichzeitig wuchsen sowohl die Schuldgefühle gegenüber den Töchtern als auch die Scham gegenüber dem weiteren sozialen Umfeld, da die Fassade einer intakten Ehe nach außen nur schwer aufrechterhalten werden konnte. Sie zog sich aus dem gesellschaftlichen Kontext zurück, lud keine Gäste mehr ein und vermied selbst Kontakte mit Nachbarn. Die Appetitlosigkeit bedingte eine massive Gewichtsreduktion, die Kleider passten ihr nicht mehr und ihr Körpergefühl litt zusätzlich. Darüber hinaus führten Freud-, Interessen- und Antriebslosigkeit zur Vernachlässigung aller potenziell erfreulichen Aktivitäten und zum praktisch vollständigen Versiegen jeglicher Quellen für ein positives Selbstwertgefühl.

5.5 Therapierelevante Ressourcen

Die Patientin hatte vor ihrer Erkrankung Freude an der kreativen Gestaltung der Wohnatmosphäre und der Pflege des Gartens. Sie kleidete sich gerne elegant, legte Wert auf Accessoires und Schmuck, schminkte sich stilvoll und betonte ihre Weiblichkeit. Sie empfing gerne Besuch und genoss es, die Gäste zu unterhalten und zu verwöhnen. In den verschiedensten sozialen Situationen fiel es ihr leicht, Kontakt aufzunehmen, wirkte sie charmant und sympathisch. Sie liebte es zu plaudern, ließ sich gerne vom beruflich erfolgreichen Ehemann ausführen und trat mit ihm als „perfektes Paar“ der gehobenen Gesellschaft auf. Sie war stolz auf ihre beiden Töchter, zu denen grundsätzlich eine liebevolle und herzliche Beziehung bestand.

5.6 Therapieziele

- a) Entwicklung einer positiven Behandlungserwartung und Förderung eines Gefühls der Selbstwirksamkeit zur Bewältigung der Erkrankung;
- b) Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls durch Reaktivierung bzw. Schaffung möglichst vieler Ressourcen mit Schwerpunkt auf Ressourcen unabhängig vom Ehemann;
- c) Klärung der Beziehung zum Ehemann und Versöhnung mit der Vergangenheit;
- d) Aufbau von Selbstmanagementfertigkeiten zur Rückfallprophylaxe.

5.7 Geplante Interventionen

ad a): Vermittlung eines Krankheitsmodells und Einsicht in die individuellen Entstehungs- bzw. aufrechterhaltenden Bedingungen der Depression im Sinne einer Klärung. Erarbeiten der daraus resultierenden Behandlungsansätze bzw. Strategien der Rückfallprophylaxe;

ad b): Aktivitätenplan aufstellen mit positiv verstärkenden Beschäftigungsmöglichkeiten (Aktivierung anfänglich unter Anleitung, Unterstützung bei der Entwicklung von Hobbys, die auch nach der tagesklinischen Behandlung ausgeführt werden können); Aufbau eines positiven Körpergefühls durch Tanz- und Bewegungstherapie; Förderung der Wiederaufnahme sozialer Kontakte auch unabhängig vom Ehemann;

ad c): Verarbeitung der kränkenden Erfahrung mit dem Ehemann im Austausch, bzw. in der Identifikation mit anderen betroffenen Gruppenmitgliedern; Neubewertung der Beziehung zum Ehemann in Reflexion der positiven und negativen Seiten der Beziehung im Rahmen der Gruppengespräche;

ad d): Aufbau der Fähigkeit, Aktivitäten selbständig zu planen, durchzuführen und über den Behandlungszeitraum hinaus aufrechtzuerhalten; Aufbau sozialer Fertigkeiten zur Kontaktpflege im Training sozialer Kompetenzen; Krisenplan entwerfen: erarbeiten, wie sich die Patientin verhalten soll, wenn sich wieder eine Krise anbahnt (z.B. rechtzeitig professionelle Hilfe zu holen).

5.8 Verlauf der Therapie und Ergebnis

Der Aufenthalt in der Tagesklinik war zu Beginn der Behandlung geprägt durch Selbstunsicherheit, Versagensängste und Zurückhaltung. Nach und nach lebte sie sich ein und wurde aufgrund ihrer liebenswerten, freundlichen und herzlichen Art bald zu einem beliebten Gruppenmitglied. Mit der Zeit beteiligte sie sich aktiv und mit großem Interesse an den im Rahmen der Gruppenangebote bereitgestellten Aktivitäten. Im *Werken* entwickelte sie unter der Anleitung der Aktivierungstherapeutin ausgezeichnete kreative Fähigkeiten. Insbesondere die Gestaltung von Glückwunschkarten, die sie dann an Verwandte und Bekannte schickte, machte ihr große Freude. Mit der Zeit schaffte sie sich selbst die erforderlichen Materialien an, um auch zu Hause die neu erworbenen Techniken auszuführen.

Zur Zeit des Aufenthaltes der Patientin in der Tagesklinik wurde von einer Pflegeschülerin mit entsprechenden Kenntnissen im Rahmen des *Turnens* ein Bauchtanz-Kurs durchgeführt. Daran nahm sie mit wachsender Begeisterung teil und fühlte sich in ihrem Körper zunehmend sichtbar wohl. Gegen Ende der Behandlung nahm sie sogar mit Stolz an einer kleinen „Aufführung“ anlässlich einer Mitarbeiterverabschiedung teil und zeigte sich dabei von einer betont weiblichen Seite.

Die infolge der EKT entstandenen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der Konzentrationsfähigkeit entwickelten sich allmählich zurück. Dieser Prozess wurde durch die Übungen im *Gedächtnistraining* unterstützt. Der Zuwachs ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit wurde in den sich z.T. wiederholenden Übungen von Mal zu Mal sichtbar. Die Patientin freute sich am entsprechenden Feedback der Therapeutin und der anderen Gruppenteilnehmerinnen und wurde wieder sicherer.

Im Rahmen des *themenzentrierten Gruppengesprächs* wurde das Thema der Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen der Depression erarbeitet. Die Patientin nutzte diese Gelegenheit, um ihre belastete Kindheit und Jugendzeit, auch ihr Verhältnis zu Kirche und Religion aufzuarbeiten und konnte ein Verständnis für die Bedeutung dieser Faktoren im Zusammenhang mit dem Ausbruch ihrer Erkrankung entwickeln. Als es um die belastenden Lebensereignisse ging, die zur Auslösung der Krise bei den jeweiligen Gruppen-Teilnehmerinnen geführt hatten, begann die Patientin nach eigener Aussage, erstmals in ihrem Leben über die kränkende Erfahrung der Außenbeziehung ihres Ehemannes vor einer Gruppe zu sprechen. Anzumerken ist hier, dass zu dieser Zeit die Gruppe ausschließlich aus Frauen bestand und darüber hinaus weitere drei der insgesamt acht Teilnehmerinnen eine ganz ähnliche Erfahrung in ihrem Leben gemacht hatten. Die Erfahrung, mit dieser „Schande“ nicht allein zu sein, entlastete die Patientin sehr. Einmal äußerte die Patientin mit Hinweis auf die zu dieser Zeit aktuelle Lewinsky-Affäre nicht ohne Sarkasmus, dass sie und die mitbetroffenen Gruppenteilnehmerinnen ja „in bester Gesellschaft“ seien. Das Thema wurde entsprechend seiner Bedeutung für diese Gruppe über mehrere Sitzungen hinweg behandelt. Die therapeutische Fokussierung auf emotionale Ressourcen der Selbstbehauptung brachte einen Prozess in Gang, der sich veränderte über den Ausdruck von

Scham, Enttäuschung und Ärger bzw. Wut bis hin zu einer Haltung, die etwa beschreiben werden kann mit: „Wir nehmen unser Leben wieder selber in die Hand“. Mit der Zeit konnte die Patientin auch die nach wie vor aus ihrer Sicht bestehenden positiven Eigenschaften des Partners wohlwollend beschreiben. Sie verwendete dafür Attribute wie z.B. zuvorkommend, freundlich und großzügig. Allmählich veränderte sich die Qualität der Beziehung zum Ehemann und deren Bedeutung für die Patientin. Dies brachte sie u.a. dadurch zum Ausdruck, dass sie ihn einmal scherzhaft als „ihren wandelnden Bankautomaten“ bezeichnete.

Von der Therapeutin in Betracht gezogene Paargespräche mit dem Ziel, die Beziehung zum Ehemann zu klären, wurden von der Patientin abgelehnt. Die Bedeutung der Behandlungsangebote in der Tagesklinik bestand für die Patientin vielmehr darin, persönliche Ressourcen unabhängig vom Ehemann zu entdecken oder zu entwickeln und für sich selbst eine Haltung gegenüber dem Ehemann einzunehmen, die in ihrer neuen Qualität gut zu akzeptieren ist. Gegen Ende der Behandlung entwickelte sich bei dem Ehepaar eine stillschweigende Übereinkunft in dem Sinne, dass sich jeder um sich selbst kümmert, jedoch gleichzeitig die gemeinsamen Interessen zusammen ausgelebt werden. Diese beschränkten sich darauf, wieder gemeinsam essen zu gehen oder bei gewissen gesellschaftlichen Anlässen als Ehepaar aufzutreten. Der gegenseitige Umgang war dabei geprägt von höflicher Freundlichkeit. Auf der Basis sich anderweitig erschlossener Quellen für ein positives Selbstwertgefühl konnte die Patientin diese wiedergewonnenen Aspekte der Beziehung genießen.

Die Teilnahme am *Training sozialer Kompetenzen* genoss die Patientin sehr. Schließlich traten hier ihre Stärken zutage, was ihr beachtliche Anerkennung durch die andere Gruppenmitglieder einbrachte. Rollenspielsituationen, die von anderen als schwierig eingestuft wurden, meisterte sie mit Bravour und wurde somit zu einem Modell für die anderen.

Auch auf die Bedeutung des *gemeinsamen Mittagessens* sei hier hingewiesen. Im geselligen Rahmen der Tagesklinik schmeckte der Patientin das Essen wieder, sie nahm allmählich an Gewicht zu, was ihrem Aussehen sehr zugute kam.

Zu Hause begann sie nach und nach wieder die Wohnung und den Garten schön zu gestalten und hatte Freude daran. Sie pflegte auch außerhalb der Tagesklinikzeiten Kontakte mit Mitpatientinnen, telefonierte regelmäßig und lud sie zu Kaffeekränzchen ein. Sie reaktivierte den Kontakt zur Verwandtschaft, organisierte gar ein großes Familientreffen. Dazu gestaltete sie die Einladungskarten und Tischdekorationen selbst und freute sich an der Freude der anderen über ihre Zustandsbesserung.

Nach sieben Monaten reduzierte sie die Anzahl der Besuchstage in der Tagesklinik von zwei auf einen Tag der Woche. Zu dieser Zeit war ihre Stimmung derart euphorisch, dass diskutiert wurde, ob es sich um eine hypomane Episode handelt oder einfach ihre Freude an der wiedergewonnenen Lebensqualität darüber zum Ausdruck komme. Nach Reduktion der Dosis des Antidepressivums pendelte sich ihre Stimmung auf einem leicht gehobenen, aber doch gesunden Niveau ein. Die Patientin konnte nach insgesamt zehn Monaten in deutlich gebessertem Zustand in die ambulante psychiatrische Nachbetreuung durch das Ambulatorium des GPZ entlassen werden. Dort wurden die Abstände zwischen den Konsultationen nach und nach vergrößert, so dass nach weiteren fünf Monaten die psychiatrische Behandlung beendet werden konnte. Bis heute besucht die Patientin gelegentlich das klinikeigene Restaurant, um sich mit einer ehemaligen Mitpatientin zu treffen. Dabei versäumt sie es nie, bei dieser Gelegenheit auch in der Tagesklinik vorbeizuschauen und das Behandlungsteam an der Freude über ihre wiedergewonnene Lebensqualität teilhaben zu lassen.

6. Schlussfolgerungen

Der Fall macht deutlich, wie ein massiver Rollenverlust im Alter in eine Depression münden und depressives Erleben und Verhalten seinerseits zum Versiegen jedweder Quelle für ein positives Selbstwertgefühl führen kann. Ziel der Therapie ist die Reaktivierung prämorbid vorhandener sowie die Erschließung neuer Ressourcen der Person und ihrer Umwelt. Nur durch den Einsatz eines möglichst breiten Spektrums multimodaler Therapieformen kann das zur Bewältigung der Krise erforderliche Entwicklungspotenzial des Betroffenen optimal ausgeschöpft werden. Die Möglichkeiten eines interdisziplinären Teams und die Vorteile des teilstationären Rahmens machen daher die Tagesklinik zu einem äußerst wertvollen Setting zur Behandlung von Depressionen im Alter.

Zusammenfassung

Unabhängig von den auslösenden Bedingungen einer Depression sind es im Wesentlichen fünf Faktoren, die zur Aufrechterhaltung depressiven Erlebens und Verhaltens beitragen: Inaktivität, negative Kognitionen, ungünstiges Kontaktverhalten, Veränderungen des Hirnstoffwechsels sowie Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Die resultierenden Teufelskreise können durch gezielte therapeutische Interventionen unterbrochen werden. Allerdings stehen insbesondere bei älteren Patienten dabei meist psychische, körperliche und soziale Faktoren in komplexer Wechselwirkung miteinander. Im Rahmen der Behandlung müssen Störungen, Defizite und Ressourcen der Betroffenen auf allen beteiligten Dimensionen erfasst, in der Therapieplanung berücksichtigt und mit einem multimodalen Behandlungsansatz angegangen werden. Eine Tagesklinik mit breitem Therapieangebot, das am Bedarf orientiert tageweise in Anspruch genommen werden kann und von einem interdisziplinären Team bereitgestellt wird, stellt für viele Patienten hierfür ein ideales Interventionssetting dar. Am Beispiel einer 72-jährigen depressiven Patientin wird gezeigt, wie die multimodalen Therapieangebote der Tagesklinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie am Gerontopsychiatrischen Zentrum Hegibach in Zürich im Idealfall ineinander greifen und zu einem nachhaltigen Behandlungserfolg führen können.

Summary: Multimodal Treatment of Depression. Clinical Concepts in Geriatric Psychiatry and Psychotherapy

Apart from actuating factors, there are five upholding factors that contribute to depressive psychopathology: inactivity, negative cognition, deprived contact behaviour, pathology in brain metabolism and self-attributions of helplessness and hopelessness. With geriatric patients, social factors and physical factors interact and form a complex system. Disorders, deficiencies, and resources of the patient therefore have to be seen under an integrative perspective and a multimodal treatment. An ideal intervention is described, based on the concepts of a geriatric daytime clinic in Hegibach/Zürich (CH), with the example of a 72 years old female patient.

Keywords: depression in older, daytime geriatric clinic, integrative geriatric psychotherapy, multimodal treatment in geriatry

Literatur

- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Beck, A.T. (1974): The development of depression. A cognitive model. In: *Friedemann, R.J., Katz, M.M.* (Hg.): *The psychology of depression*. New York: Wiley, 3-28.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw B.F., Emery, G. (1992): *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz/PVU, 5. Auflage.
- Finzen, A. (1977): *Die Tagesklinik-Psychiatrie als Lebensschule*. München: Piper.
- Hautzinger, M. (2000): *Depression im Alter*. Weinheim: Beltz/PVU.

- Hell, D. (2003): Seelenhunger. Bern: Hans Huber, 2. Aufl.
- Hirsch, R., Pfingsten, U. (1983): Gruppentraining Sozialer Kompetenzen. Urban & Schwarzenberg, München.
- Lewinsohn, P.M. (1974): A behavioral approach to depression. In: Friedemann, R.J., Katz, M.M. (Hg.): The psychology of depression. New York: Wiley, 157-186.
- Stahl, J. (2000): Die Tagesklinik des Gerontopsychiatrischen Zentrums, PUK Zürich – Konzept und psychotherapeutische Ansätze. In: Bäurle, P., Radebold, H., Hirsch, R.D., Studer, K., Schmid-Furstoss, U., Struww, B. (Hg.): Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen. Grundlagen und Praxis. Bern: Hans Huber, 65-72.
- Stahl, J. (2004): Gruppentraining Sozialer Kompetenzen mit älteren depressiven Patienten. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 40, 130-147.
- Stahl, J., Schreiter-Gasser, U. (2004): Gerontopsychiatrische Patienten. In: Rössler, W. (Hg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer, 510-523.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Jutta Stahl
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach
Minervastraße 145
CH 8032 Zürich
E-Mail: jutta.stahl@puk.zh.ch