Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1993-1994)

Heft: 42

Artikel: Neue Therapieansätze bei depressiven Betagten

Autor: Wettstein, Albert

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790122

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Siehe Rechtliche Hinweise.

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. Voir Informations légales.

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. See Legal notice.

Download PDF: 22.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Neue Therapieansätze bei depressiven Betagten

Albert Wettstein

Zusammenfassung:

Die kausale Behandlung depressiver Betagter soll sich nicht darauf beschränken, die depressive Verstimmung mittels Medikamenten zu verringern, sondern versuchen, die soziale Umwelt zu verändern, um für die Depression auslösenden Lebensereignisse zu kompensieren und den heilungsverzögernden verminderten sozialen Rückhalt zu stärken.

Neben den bewährten milieutherapeutischen Strategien wie Tagesheimplazierung und Besuch von Trainingsgruppen (Altersturnen, Gedächtnistraining), sind als besonders empfehlenswerte und kostengünstige therapeutische Interventionen die Spazier- und die Haustiertherapie zu nennen. Die Interventionen des Therapeuten in der Spaziertherapie bestehen darin, einen regelmässigen Plan für Spaziergänge aufzustellen und regelmässige Mitspaziergänger zu rekrutieren. Bei der Pet-Therapie interveniert der Therapeut durch die Vermittlung von regelmässigem Kontakt mit Haustieren bei schwer Depressiven, respektive durch die Empfehlung zur Haltung eines eigenen Haustieres bei leichter Depres-siven oder zur Rezidivprophylaxe.

1. Einleitung

1 - 2% der in der Gemeinde lebenden Betagten leiden unter schweren Depressionen und ca. 10% unter einzelnen depressiven Symptomen. Bei den nicht-dementen Bewohnern von Pflegeheimen liegt der Anteil der schwer Depressiven gar bei 10-20% [1]. Dies konnte in der Querschnittsuntersuchung 1992 des Stadtärztlichen Dienstes in den stadtzürcherischen Krankenheimen bestätigt werden: insgesamt fand sich bei 8% der Heimbewohner eine Depression als Teil- oder Hauptfaktor der Pflegebedürftigkeit. Zwar bei nur 5% der Dementen, aber bei 13% der nicht-Dementen, wurde klinisch eine Depressionsdiagnose gestellt als eine von maximal drei aufgeführten Gründen der Pflegebedürftigkeit [2].

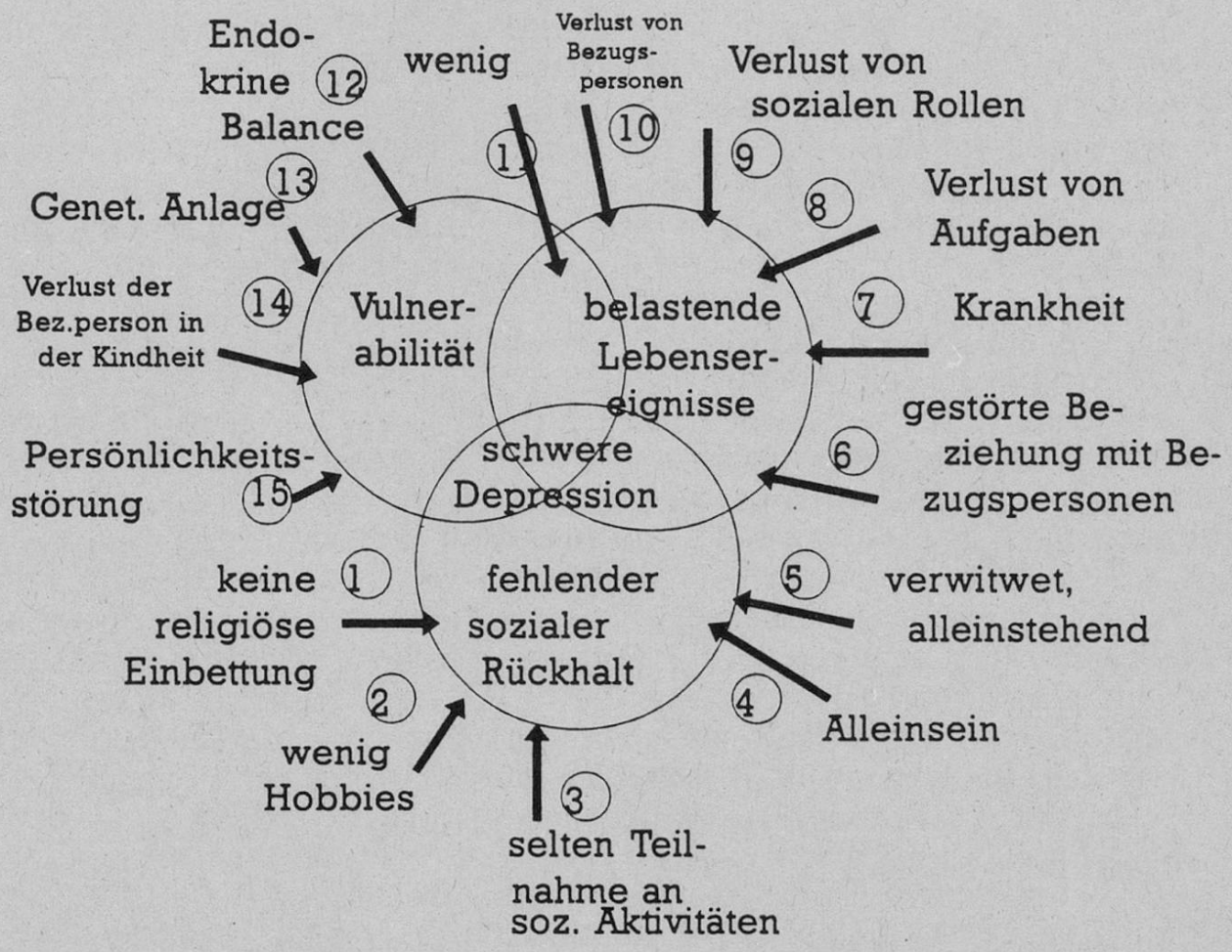
Da also Depressionen bei Betagten, und ganz besonders bei pflegebedürftigen Betagten, sehr häufig sind und die klassische medikamentöse antidepressive Therapie bei Betagten oft Nebenwirkungen verursacht, sind nicht-medikamentöse anti-depressive Therapien bei Betagten speziell wichtig. Da sich jedoch auch nicht-medikamentöse soziale Interventionen auf empirische Fakten stützen

sollten um kausal wirken zu können, ist es nötig, näher auf die Entstehung der Depression bei Betagten einzugehen.

2. Wie kommt die Depression Betagter zustande?

Für die Entstehung von depressiver Verstimmung ist eine entsprechende Anfälligkeit (= Vulnerabilität) die Voraussetzung (siehe Fig. 1). Je nach Art der Depression ist die Vulnerabilität von unterschiedlich grosser Bedeutung und sind die verschiedenen Faktoren (wenig Licht/endokrines aus dem Gleichgewicht sein/genetische Anlage/Verlust von Bezugspersonen in der Kindheit/Persönlichkeitsstörung mit Ich-Schwäche oder Labilität) unterschiedlich wichtig. Dasselbe gilt auch für die auslösenden belastenden Lebensereignisse und den fehlenden sozialen Rückhalt, die beiden anderen Faktoren, welche die depressive Reaktionsweise begünstigen (siehe Figur 1).

Figur 1



Untersuchungen [4, 5] belegen, welche ungünstigen sozialen Umweltfaktoren gehäuft zu Depressionen führen: wenig Hobbies, die geringe Teilnahme an sozialen Aktivitäten, häufiges Alleinsein, Verwitwung oder Ledigsein; als sozialer Langzeit-Stressfaktor (letzte 5 Jahre) sind depressionsauslösend: "Schwierigkeiten in Beziehungen mit Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten" und als sozialer Kurzzeitfaktor (letzte 6 Monate) sowohl Tod als auch schwere Krankheit von Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten, aber auch von Beziehungsschwierigkeiten mit diesen.

3. Soziale Folgen der Depression

Wenn soziale Behandlungsstrategien zur Behandlung Betagter erwogen werden, müssen noch zusätzlich die sozialen Folgen der Depression - insbesondere auch die zwischenmenschlichen Beziehungen - erörtert werden: Nach Hell [6] besteht für Bezugspersonen von Depressiven die Gefahr, dass sie eines der folgenden Fehlverhalten zu entwickeln beginnen als Reaktion auf das depressive Verhalten:

- *Gefahr entmündigender Schonhaltung;*
  Der Gesunde nimmt die Depression nicht ernst, indem er einerseits die Probleme beschönigt, respektive nicht auf sie eingeht. So tabuisiert er die unangenehmen Bereiche Suizidalität und Sexualstörung. Anderseits verstärkt er die Apathie des Depressiven durch übermässige Passivierung, wie beispielsweise in den Urlaub schicken oder Wegnahme der wenigen noch knapp bewältigbaren Aufgaben, was die sinngebenden antidepressiven Aktivitäten lähmt und die Depression verstärkt.
- *Gefahr ärgerlicher Ungeduld*:
  Wer gewohnt ist, aktiv und entscheidungsfreudig sein Leben zu gestalten, steht in Gefahr, durch die Langsamkeit und Passivität des Depressiven und vor allem durch die dysphorische Klagsamkeit somatisierender Depressiver ärgerlich und ungeduldig zu werden. Daraus folgt die Tendenz, an den Willen des Depressiven zu appellieren, wie wenn der Depressive nicht schon lange gerade darunter leidet, dass die Passivität und seine Hemmungen grösser sind als sein Wille. Die häufige Aufforderung zu Entscheidungen, Ratschläge und Lösungsangebote müssen also wirkungslos bleiben und verstärken vielmehr die depressive Enttäuschung und Verstimmung ("Ratschläge = Schläge").
- *Gefahr aufmunternden Trosts*:
  Die depressive Freudlosigkeit und Ahedonie (= Unfähigkeit zu lustvollem Erleben) verleitet, immer wieder, auf die schönen Seiten des Lebens hinzuweisen, was nur die Traurigkeit verstärkt, weil Depressive wegen ihrer Verstimmung das Schöne gar nicht mehr als positiv empfinden können. Auch

Hinweise auf nicht objektivierbare Fortschritte im Krankheitsverlauf verstärken höchstens die Gefühle der Hoffnungslosigkeit. Ebenso bewirken lebensgeschichtliche Deutungen und Kritik am Verhalten von Angehörigen bei der Interpretation von Beziehungsschwierigkeiten die Gefühle von Einsamkeit und Isolation.

- *Gefahr Rückzugstendenz*:
  Die Hemmung und der Interesseverlust ("Versteinerung") Depressiver dämpft die Erwartungen seiner Bezugspersonen immer wieder und führt zu Zurückhaltung und Rückzug. Da die Verzweiflung und Hilflosigkeit ("Schrei nach Liebe"), meist mit der gegenteiligen Botschaft ("Du kannst mir nicht helfen!") verbunden ist, wird das primär ausgelöste Mitgefühl immer wieder verunsichert und Spannungen entstehen, die bei Gesunden Lähmungsgefühle provozieren und Rückzugstendenzen fördern.

4. Zentrale milieutherapeutische Intervention beim depressiven Betagten: Die Familienkonferenz

Da soziale Umweltfaktoren entscheidend sind in der Entstehung der Depression Betagter und depressive Symptome beim gesunden Mitmenschen oft Verhaltensmuster provozieren, welche die Depression zusätzlich verstärken, kommt sozialen Interventionen sehr grosse Bedeutung zu. Da selbst bei alleinstehenden Betagten meistens die Familie im weiteren Sinne die wichtigsten sozialen Bezüge herstellt und der wichtigste Teil des sozialen Netzes sind, müssen soziale Interventionen meist in der Familie beginnen. Für Ausnahmen, wo nicht-familiäre Bezugspersonen wie Nachbarn, Bekannte oder Freunde entscheidend sind für die sozialen Bezüge, gilt das im folgenden Gesagte sinngemäss für diese Wahl- oder Ersatzfamilien.

Dabei verfolgt die soziale Intervention eine dreifache Strategie:

1. Vermeiden der gefährlichen depressionenverstärkenden Verhalten durch Vermittlung von antidepressiven Verhaltensmustern.
2. Optimierung des verminderten sozialen Rückhaltes.
3. Kompensation für belastende Lebensereignisse.

Um diese Strategie umsetzen zu können, ist aus praktischen Gründen meist eine Familienkonferenz oder eine Konferenz der Wahl- oder Ersatzfamilie notwendig. Im Gegensatz zu eigentlichen Familientherapien geht es nicht darum, eine Familie länger therapeutisch zu begleiten, sondern es ist in der Regel eine einmalige konzentrierte Intervention. Sie soll deshalb nur ca. eine halbe Stunde dauern. Sie kann zuhause in der Wohnung des Depressiven, in der Praxis, im Heim oder im Spital stattfinden. Nach Lu-

ban-Plozza [7] soll der oder die LeiterIn der Konferenz "frech denken, aber vorsichtig handeln".

Tabelle 1:

Mögliche Traktandenliste für Familienkonferenz

1. **Begrüssung mit Zielvorgabe: "Wecken des latenten Selbsthilfepotentials der Familie als Gruppe"**
2. **Kurze Vorstellungsrunde inkl. individueller Beziehungsanamnese zum Depressiven**
3. **Allgemeine Information über Depression (Evtl. Abgabe von Fig. 1)**
4. **Information über depressionsverstärkende und anti-depressive Verhaltensmuster**
5. **Entwickeln einer passenden Milieutherapie**
   - **Spazier-Therapieplan?**
   - **Pet-Therapie?**
   - **andere?**

Zentral ist eine Information über die Depression, ihre Entstehung und die sie verstärkenden Verhaltensmuster, um ein Umdenken und antidepressives Verhalten zu ermöglichen. Dabei ist das latente Selbsthilfepotential der Familie als Gruppe zu wecken. Hell und Lubin-Plozza [6,7] betonen, dass die Gesunden eine klare und verlässliche Haltung ausdrücken, die Führung akzeptieren und die Rolle des "dominanten Andern" übernehmen sollen. Dabei sollen sie aktiv einfache Fragen stellen und dem Depressiven zur Beantwortung Zeit lassen. Immer wieder ist auch die Erklärung der Depression weiterzugeben, um Verständnis für die dazugehörenden Symptome, wie Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit, körperliche Symptome zu signalisieren. Der Depressive ist auch von überfordernden Entscheidungen und -Aufgaben zu entlasten. Dagegen ist eine geordnete Zeitstruktur, inklusive regelmässiger Medikamenteneinnahme, durchzusetzen und eine schrittweise Aktivierung mittels einfachen instrumentellen Aufgaben in die Wege zu leiten. Dabei sind auch realistische Hoffnungen zu wecken, mit Hinweisen auf bereits erziehlte Fortschritte im Krankheitsverlauf (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2:

10 antidepressive Verhaltensmuster

1 **Klare, verlässliche Haltung**
2. **Führung akzeptieren**
3. **Entlastung von Entscheidungen**
4. **Entlastung von überfordernden Aufgaben**
5. **Einfache Fragen stellen - Zeit lassen**
6. **Depression erklären (auch Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit, Körperbeschwerden)**
7. **Realistische Hoffnung geben**
8. **Schrittweise Aktivierung mittels angepasster konkreter Aufgaben**
9. **Geordnete Zielstrukturen**
10. **Hilfe mit Medikamenten**

5. Milieutherapeutische Interventionen

Die klassische milieutherapeutische Intervention in der Behandlung junger Depressiver ist die Hospitalisation in einer Psychiatrischen Klinik. Dies sollte bei Betagten höchstens bei schweren chronisch rezidivierenden Depressionen, die sich auch im Alter weiterhin mit Schüben manifestieren und mit konkreter Suizidgefahr verbunden sind, reserviert bleiben. Dafür gibt es für Betagte eine Reihe spezifischer Milieutherapien, die meist viel eher akzeptiert werden, als eine psychiatrische Hospitalisation. Dazu gehören der Eintritt in ein Altersheim, ein Temporäraufenthalt in einem Pflegeheim, Tagesheimbesuche, Spitexbetreuung, Altersturnen und Gedächtnistraining. Doch auch diese haben zum Teil gravierende Nachteile. Gerade Heimplazierungen sind mit dem Verlust der Aufgabe "Haushalt" und oft von Bezugspersonen aus der Familie und Nachbarschaft verbunden und können deshalb Depressionen verstärken.
Deshalb ist vor der Einleitung milieutherapeutischer Interventionen das Gespräch darüber zuerst mit den Patienten und dann gezielt mit den persönlichen Bezugspersonen, d.h. in der Regel mit der Familie, zu führen. Die erwähnten Milieutherapien wurden oft beschrieben und werden auch häufig eingesetzt, mit Ausnahme des Gedächtnistrainings, das in der Schweiz nur an wenigen Orten verfügbar ist (z.B. in der Gerontologischen Beratungsstelle des Tagesheims Entlisberg, Zürich).

Unkonventioneller sind die Spazier- und die Pet-Therapie, auf welche deshalb separat einzugehen ist.

6. Spaziertherapie

Spazieren ist eine in der Schweizer Bevölkerung fest verwurzelte und weitverbreitete Tätigkeit und wird auch von den meisten Betagten im Prinzip sehr geschätzt. Spazieren knüpft an die Familienspaziergänge in der Jugend und an Spazieren mit Geliebten. Es verbindet körperliche Betätigung mit Sonntagsvergnügen. (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3:

Spazier-Therapie
bei Depression Betagter

- entspricht Schweizer Mentalität und Tradition
- auch im Rollstuhl möglich
- auch mit Dementen möglich
- Distanz anpassbar an körperliche Fitness

gibt:

- Tagesrhythmus
- Bezugsperson
- Aufgabe
- Soziale Aktivität (Gespräch, Kaffee) angepasst an soziale Situation möglich
- unproblematische Lichttherapie
- körperliche Müdigkeit → ↑ Schlaf

Besonders geeignet für betagte Depressive ist das Spazieren, weil es sich gut an den Schweregrad der depressiven Hemmung und die allgemeine Fitness des Betagten anpassen lässt. Im Extremfall können Spaziergänge auch im Rollstuhl durchgeführt werden. Schwerst Depressive können zunächst auch in engem Körperkontakt, (im Ellbogen eingehängt) geführt werden, was die Führerrolle des Mitspaziergängers betont. Ausserdem eignet sich das Spazieren auch für demente Depressive, denn gerade für Betagte mit seniler Demenz vom Alzheimertyp ist Spazieren eine der wenigen Tätigkeiten, die auch sie ausführen und positiv erleben können [8].
Spazieren als Therapieform braucht einen Mit-Spaziergänger als "Co-Therapeuten". Die wesentliche Intervention zur Einleitung ei-

ner Spaziertherapie ist deshalb das Rekrutieren von regelmässigen Mit-Spaziergängern. Am besten eignet sich dazu die oben beschriebene Familienkonferenz, respektive eine Konferenz der wichtigsten Bezugspersonen, der Ersatzfamilie. Dabei geht es darum:
- einen Wochenplan zu erstellen,
- auch sonst passive, weiter entfernte Familienmitglieder oder Bekannte oder Nachbarn zu aktivieren,
- auch Kinder eignen sich als Mit-Spaziergänger
- Es empfiehlt sich zur Entlastung von Familienangehörigen freiwillige Helfer zu rekrutieren.
- Dazu sind eventuell Kontakte zur Kirchgemeinde (Helferkreise),
- zu anderen Patienten aus dem eigenen Patientenpool
- oder zu eigentlichen Nachbarschaftshilfe-Organisationen zu knüpfen.

Wichtig ist, dass die Spaziergänge täglich erfolgen, auch bei schlechtem Wetter (Gehdistanz evtl. anpassen). Sie sollen einen zentralen Bestandteil des Tagesrhythmus bilden. In Anbetracht des häufigen Morgentiefs von Depressive empfiehlt sich der Nachmittag für das Spazieren, was auch der schweizerischen Tradition entspricht. Ausserdem fördert körperliche Betätigung am Nachmittag die physiologische abendliche Müdigkeit und fördert natürlichen Nachtschlaf.
Spaziergänge im Freien exponieren den Körper meist einer Lichtintensität von mehr als 10.000 Lux, der Intensität künstlicher Lichttherapien [9]. Wenn geringe Lichtexposition auch nur bei saisonalen Depressionen die Hauptursache der Depressionsentstehung ist, hat Licht doch einen generell antidepressiven Effekt.
Die typische Begleitaktivität von Spaziergängern, das Einkehren in ein Restaurant am Zielort des Spazierganges, ist eine weitere soziale Aktivität, zu der der Depressive ohne die Begleitperson nicht zu motivieren wäre und das ein "Wieder unter die Leute Gehen" einleiten kann.

7. Pet-Therapie

Haustiere können auf zwei prinzipiell verschiedene Art und Weisen als milieutherapeutische Interventionen bei Depressiven eingesetzt werden: schwerst depressive Patienten, mit denen ein verbaler Kontakt kaum möglich ist, sprechen oft an auf Kontakt durch ein Tier. Besonders geeignet ist dabei oft ein Hund, ganz besonders dann, wenn der Betagte früher selber guten Kontakt zu Hunden gehabt hat. Für solche schwerkranke betagte Depressive ist es deshalb ideal, wenn ein- bis zweimal pro Woche ein Besucher mit einem Hund kommt und ihn aus seiner tiefen Depression herausholen kann. Eine ähnliche Funktion können Katzen übernehmen, wenn die betagte Person früher Kontakt mit Katzen hatte. Katzen lassen sich jedoch viel weniger gut steuern und dürften kaum dazu zu bewegen sein, neu Kontakt mit einer apathi-

schen depressiven Person aufzunehmen, hingegen können Abteilungskatzen in Heimen solche Aufgaben übernehmen. Auch ein handzahmes Zwergkaninchen, das stundenlang auf dem Schoss von Patienten sitzen bleiben kann und dessen weiches Fell zum Streicheln verleiten, entfaltet durch den vermittelten Körperkontakt ideale antidepressive Wirkungen.

Tabelle 4:

Psychologische Effekte der Pet-Therapie

Effekt	Tierart
- Beendet Isolation	**alle**
- Erleben von Liebe und von Anhänglichkeit	**Hund, Katze und Kaninchen**
- Sicherheit und Schutz	**Hund**
- Lebenssinn	**alle**
- Aufgabe - Pflege	**alle**
- Spazieren	**Hund**
- Soziale Begegnungen	**Hund**

Ist die Depression eines Betagten nicht besonders schwer, besteht die optimale milieutherapeutische Intervention darin, in den Haushalt des Depressiven ein Haustier aufzunehmen. Entsprechend der Lebensgeschichte des Depressiven und der Familiengeschichte kann das geeignete Tier ausgewählt werden. Neu ein Tier bei sich aufzunehmen ist jedoch eine grosse Aufgabe, die eine depressive Person nicht allein an die Hand nehmen kann. Dies ist höchstens möglich, wenn sich ein Patient von einer depressiven Phase erholt hat und wenn es darum geht, mittels einer milieutherapeutischen Intervention eine Rezidivprophylaxe zu betreiben, d.h. dafür zu sorgen, dass der Patient geringere Chancen hat, einen Rückfall in die Depression zu erleiden. Dazu dient das Durchbrechen der Isolation durch ein Tier, das Erleben von Liebe durch ein geliebtes Haustier und Vermitteln von Lebenssinn, der mit der Pflege des Haustiers verbunden ist. Ausserdem erleichtern vor allem Hunde soziale Begegnungen mit Mitmenschen auf Spaziergängen und bei etwa grösseren Hunden vermitteln sie zusätzlich Schutz und Sicherheit, wenn dies ein Problem ist bei alleinstehenden Betagten.
Da der Depressive sicher Angst vor neuen Aufgaben und Verpflichtungen hat, ist es wichtig im Sinne der milieutherapeutischen Intervention, dass jemand aus der Familie oder Nachbarschaft sich

bereiterklärt, initial bei der Betreuungsaufgabe zu helfen. Besonders bei der manchmal anfänglich schwierigen Gewöhnung junger Tiere ist vielleicht eine externe Hilfe entscheidend (Erziehung zu Sauberkeit bei jungen Hunden und Katzen, sowie Folgsamkeitstraining für junge Hunde). Bei jungen Kaninchen ist darauf zu achten, dass sie schon - bevor sie vollkommen entwöhnt sind - regelmässig von Menschen gehandhabt werden, weil sie sonst statt zu Zärtlichkeit geneigten Schosstieren sich zu beissenden Haustieren entwickeln und sich für die Pet-Therapie überhaupt nicht mehr eignen. Dies kann eine sehr dankbare Aufgabe z.B. für einen jugendlichen Angehörigen sein, ein solches Schosskaninchen aufzuziehen für den kranken Angehörigen. Die psychologischen Effekte der verschiedenen Haustiere sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Literatur:

[1] *Blazer D.: Depression in the elderly. New Engl J Med 320: 164-166, 1989*

[2] *Wettstein A.: Zürcher Krankenheimbewohner 1985 und 1992, Intercura 39, 2-10, 1992*

[3] *Reifler B.V., Teri L., Ruskind M. et al: Double-blind trial of Imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression. Am J Psychiatry, 146: 45-49, 1989*

[4] *Kurz A., Fuchs T.:Bisher vernachlässigt: Psychotherapie der Depression. Geriatrie-Praxis 2: 15-16, 1992*

[5] *Pakkala K., Kivelä S.L., Laippulu P.: Social and environmental fac-tors and major depression in old age. Z. Gerontol. 24: 17-23, 1991*

[6] *Hell D.:Stolpersteine im Umgang mit Depressiven. Neue Erkenntnisse der Interaktionsforschung. Der Informierte Arzt 7: 16-24, 1986*

[7] *Luban-Plozza B.: Depression und Kommunikation. Wie Angehörige helfen können. Hospitalis 61: 254-256, 1991*

[8] *Wettstein A.: Senile Demenz; Ursache, Verlauf, Therapie und volkswirtschaftliche Konsequenzen. Hans Huber Verlag, Bern, 1991*

[9] *Abegg A., Wettstein A.: Lichttherapie von Verhaltensstörungen als Folge gestörter zirkadianer Rhythmen bei dementiellen Alterspatienten. Schwierigkeiten der praktisch-klinischen Anwendung. Schweiz. Arch. Neurologie und Psychiatrie 144, 63-80, 1993*