



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

13. Jahrgang | Ausgabe 2.2021



DPTV-Umfrage: Patientenfragen
während der Corona-Pandemie

Sexualität im Kontext
von Krebserkrankungen

Psychotherapie mit vulnerablen
alten Patient*innen

Eva-Marie Kessler, Christina Tegeler, Fee Hoppmann

Psychotherapie mit vulnerablen alten Patient*innen

Vulnerable, alte Menschen sind psychotherapeutisch stark unterversorgt. Wir bieten im Folgenden Leitprinzipien, um dieser wachsenden Patient*innengruppe aufgeschlossen und fachgerecht begegnen zu können.

In der Gesellschaft des längeren Lebens wird der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung älterer Menschen weiter steigen. Gerade die Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen – auch die „alten Alten“ genannt – ist die am stärksten wachsende Altersgruppe. Erfreulicherweise gibt es in der Entwicklung und Evaluation von Behandlungsansätzen für alte Patient*innen beträchtliche Fortschritte. Die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Behandlung älterer Patient*innen ist insbesondere für die Behandlung unipolarer depressiver Erkrankungen meta-analytisch gut belegt und wird entsprechend mit Empfehlungsgrad A durch die S3-Leitlinie Depression empfohlen (DGPPN, 2015). Die Befundlage fällt dabei am günstigsten für kognitive Verhaltens- und Lebensrückblicktherapie sowie Problem-Solving-Therapy aus (Cuijpers et al., 2014). Sehr alte und vulnerable alte Menschen mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen wurden jedoch in diesen Studien bislang kaum berücksichtigt und sind (trotz dieser demographischen und wissenschaftlichen Entwicklungen) schlecht bis gar nicht versorgt (Kessler & Tegeler, 2018).

Eine der vielfältigen Ursachen dieser eklatanten Versorgungslücke liegt in unseren eigenen Köpfen: Trotz medialer Präsenz vor allem der „fitten Alten“ fallen Stereotype des höheren Lebensalters (zum Beispiel Rigidität, Einsamkeit und schlechte Stimmung) häufig eher einseitig und negativ im Vergleich zu denen anderer Altersphasen aus (Kornadt et al., 2019). Leider sind solche kulturell internalisierten, negativen Vorstellungen über das Alter nachweislich auch immer noch in den Köpfen vieler Psychotherapeut*innen verankert, gehen mit negativen Erwartungen einher und beeinflussen deren therapeutisches Handeln. So werden alte Menschen als eine eher schwierige, unattraktive Patient*innengruppe eingeschätzt, bei der Behandelnde geringere Therapieerfolge antizipieren und weniger Behandlungsbereitschaft zeigen als bei jüngeren Patient*innen (vgl. Bodner et al., 2018).

In der Gesellschaft des längeren Lebens wird der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung älterer Menschen weiter steigen.

Kurz gefasst

Für die Versorgung psychisch erkrankter älterer und vulnerabler Menschen besteht ein zunehmender Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten. Doch weiterhin beeinträchtigen Vorbehalte und Altersbilder die Arbeit und insbesondere die therapeutische Beziehung mit dieser Patient*innengruppe. Um dem zu begegnen formulieren wir Leitprinzipien für die Therapie insbesondere vulnerabler alter Patient*innen. Therapeutische Erfolge setzen Reflexion von Altersbildern, die Förderung von Selbstbestimmung, eine Haltung wertschätzender Authentizität, die Berücksichtigung von intergenerationellen Übertragungsdynamiken und Sozialisationsunterschieden, den Einbezug von Systemmitgliedern sowie interprofessionelles Arbeiten voraus. Als Ausblick wird das aktuell laufende, innovative Modellprojekt „PSY-CARE“ zur Untersuchung von Kurzzeit-Psychotherapie bei älteren Menschen mit Depression bei Pflegebedarf vorgestellt.



AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Diese negative Sichtweise ist durch ein komplexes Zusammenspiel vielfältiger sowohl individuell-biografischer als auch gesellschaftlicher Bedingungen geprägt. Privat und beruflich sammeln wir vergleichsweise wenig soziale, intergenerationelle Erfahrungen mit alten Menschen außerhalb der eigenen Familie (Riley & Riley, 1994), was mit größerer sozialer Kontakthemmung und stärkerer Orientierung an intergenerationellen Beziehungsnormen einhergeht. Auch mangelt es weiterhin in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung an gerontopsychologischer Qualifizierung und entsprechender Förderung von Zuversicht in die eigene Behandlungskompetenz bei dieser Patient*innen-gruppe (Becker et al., 2020; Kessler et al., 2013). Damit verbunden ist häufig Unbehagen oder Unverständnis in Bezug auf unterschiedliche Sozialisationserfahrungen und Entwicklungsphasen älterer Menschen, aber zum Beispiel auch bezüglich als bedrohlich erlebter Assoziationen des Alters mit Tod und Vergänglichkeit (Martens et al., 2005).

Diese – keineswegs immer bewusst wahrgenommenen – negativen Einstellungen gilt es angesichts der empirischen Befundlage und gesellschaftlicher Entwicklungen kritisch zu hinterfragen. So bietet sich Psychotherapeut*innen, die sich für die Arbeit mit alten Patient*innen entscheiden, die bereichernde Chance, zeitgeschichtliches Wissen unmittelbar zu erfahren und sich mit einer Lebensphase zu beschäftigen, die ihnen selbst noch bevorsteht. Insbesondere die Behandlung sehr alter, multimorbider Menschen kann sinnstiftende Einblicke in existen-

zielle Fragen und Grenzsituationen des menschlichen Lebens bieten. Auch das Erfahrungswissen der Patient*innen (um Beispiel Bewältigungswissen aus früheren Krankheitsphasen) kann therapeutisch als wertvolle Ressource für den Umgang mit aktuellen Herausforderungen genutzt werden. Aus fachlicher und ethischer Sicht, aber auch im Sinne der Selbstfürsorge, ist es daher in der Arbeit mit älteren Patient*innen essenziell, dass sich Psychotherapeut*innen ihre eigenen Altersbilder bewusstmachen und sich mit diesen auseinandersetzen.

Aufgrund der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung und der Person der/des Psychotherapeut*in für erfolgreiche Therapien haben wir in der Arbeitsgruppe Gerontopsychologie an der MSB Medical School Berlin transdiagnostische und verfahrensübergreifende Leitprinzipien definiert. Diese beziehen sich auf die therapeutische Haltung und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Arbeit insbesondere mit vulnerablen und hochaltrigen Patient*innen. Neben einer Orientierung an den „Guidelines for psychological practice with older adults“ (APA, 2014) und eigenen klinischen Erfahrungen berücksichtigen diese Leitprinzipien auch verhaltenstherapeutische, psychodynamische, systemische und humanistische Literatur zu Psychotherapie im Alter sowie die lebensspannenpsychologische und sozialgerontologische Forschung.

Aus fachlicher und ethischer Sicht, ist es daher in der Arbeit mit älteren Patient*innen essenziell, dass sich Psychotherapeut*innen ihre eigenen Altersbilder bewusstmachen und sich mit diesen auseinandersetzen.



1. Reflektierter Umgang mit Altersbildern:

Verinnerlichte Altersbilder können (insbesondere bei körperlich erkrankten Patient*innen) zu in gut gemeinter Absicht getroffenen Fehlentscheidungen und einer Unterschätzung der therapeutischen Erfolgsaussichten führen (Kessler et al., 2020). Eigene Altersbilder gilt es für Behandelnde durch Explizitmachen zu reflektieren, um einen individuellen Zugang zu den tatsächlichen Ressourcen, Problemen und Bedürfnissen der Patient*innen zu erhalten und Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Dazu gehört die Selbstreflexion sowohl von Altersfremdbildern, also Vorstellungen von alten Menschen im Allgemeinen, als auch von Altersselbstbildern, also Hoffnungen, Erwartungen und Ängsten in Bezug auf das eigene Altwerden und Altsein. Unreflektierte Vorurteile und Ängste bergen das Risiko für abwehrende Haltungen gegenüber älteren Patient*innen. Dies kann sich im Erleben von negativen Gefühlen wie Unaufmerksamkeit, Langeweile, Ärger, Aversion oder Ekel im Kontakt mit älteren Patient*innen ausdrücken.

2. Selbstbestimmung fördern:

Aufgrund defizitorientierter Altersbilder neigen wir dazu, eine eingeschränkte Selbstständigkeit alter Menschen (vor allem bei Pflegebedarf) mit fehlender Fähigkeit zur Selbstbestimmung gleichzusetzen (Kruse & Wahl, 2014) und eine „Fürsprecherrolle“ einzunehmen. Ein solches „Abhängigkeitsunterstützungsverhalten“ (Baltes & Wahl, 1992) birgt Gefahren für das Selbstwirksamkeitserleben und die Aufrechterhaltung von Ressourcen der Patient*innen, aber auch das Risiko sich verausgabender Behandler*innen (Reiß & Kessler, 2019). Das übergeordnete Prinzip in der Therapie besteht darin, Patient*innen zu unterstützen, ihre Ressourcen realistisch einzuschätzen, ihre Interessen und Bedürfnisse wahrzunehmen und adäquat gegenüber ihren Bezugspersonen artikulieren zu können. Das medizinethische Prinzip der Autonomie darf nicht untergraben werden. Psychotherapeut*innen sollten ihren alten Patient*innen Veränderung zutrauen, ohne sie zu überfordern. Vertraulichkeit und Einverständnis sind für eine Behandlung (auch bei Menschen mit kognitiven oder funktionellen Einschränkungen) unbedingt zu beachten (Karel, 2011).

3. Wertschätzende Authentizität:

Als Reaktion auf das Erleben von körperlicher Fragilität, sensorischen Einschränkungen sowie einer als begrenzt und bedrohlich erlebten Zukunftsperspektive begegnen uns vulnerable ältere Patient*innen häufiger mit einem erhöhten Bedürfnis nach Sicherheit, Bindung und Intimität. Empirische Studien zeigen, dass Psychotherapeut*innen alten und sehr alten Patient*innen vergleichsweise warm und zugewandt begegnen und größere persönliche Nähe zulassen (Boschann et al., under review; Peters et al., 2014). Bei zu förmlicher Gestaltung der Beziehung reagieren viele Patient*innen erfahrungsgemäß zurückhaltend. In der Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beziehung geht es daher darum, Nähe und Distanz unter Berücksichtigung dessen flexibel zu handhaben, dass sich gerade vulnerable ältere Menschen eine geringere professionelle Distanz wünschen. Eine daraus resultierende Haltung ist jene der „wertschätzenden Authentizität“ (Peters & Lindner, 2019). Eine therapeutische Beziehung, in der sich Patient*innen aufgehoben und getragen fühlen, ist eine Voraussetzung für klärungsorientiertes Arbeiten.

4. Intergenerationelle Übertragungsdynamiken berücksichtigen:

Bei erheblichen Altersdifferenzen zwischen Patient*innen und Behandler*innen entstehen komplexe intergenerationelle Übertragungskonstellationen. Auf Seite der Patient*innen kann das Jungsein der Behandelnden beispielweise Neid, Scham oder die Konfrontation mit eigenen Verlusten, aber auch positive Gefühle der Fürsorge oder Vitalität auslösen. Auf die Behandelnden können unter anderem Bilder der eigenen (Enkel-)Kinder, aber auch solche von Rettende*r oder Konkurrent*in übertragen werden. Doch auch auf Seiten der Psychotherapeut*innen kommt es zu Übertragungen, zum Beispiel des Wunsches nach einem fürsorglichen alten Gegenüber oder von ungelösten Konflikten mit den (Groß-)Eltern. Zudem kann insbesondere die Wahrnehmung von Hilflosigkeit und Aggression den psychotherapeutischen Prozess beeinflussen. Diese Übertragungsdynamiken müssen reflektiert und therapeutisch berücksichtigt werden.

5. Entwicklungs- und sozialisationsbedingte Unterschiede berücksichtigen:

Psychotherapeut*innen müssen zeitgeschichtlich denken können, um bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen älterer Patient*innen einordnen zu können (Radebold, 2004). Als Tendenz lässt sich etwa feststellen, dass infolge der emotionsnegierenden Sozialisierung der (Nach-)Kriegszeit bei älteren Patient*innen vermehrt Schwierigkeiten in der Wahrnehmung der eigenen Bedürftigkeit und Bagatellisierungstendenzen auftreten. Gleichzeitig sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die Sozialisierung von Menschen lebenslang andauert. So gehören zur Kriegs- und Nachkriegsgeneration auch die zwischen 1940 und 1950 geborene 68er-Generation. Diese hat – insbesondere innerhalb des höher gebildeten Milieus in Westdeutschland – eine Demokratisierung und Emanzipation angestoßen und eine mit ihr einsetzende Psychologisierung und Soziologisierung der Gesellschaft erlebt. Nicht selten bringen ältere Patient*innen dieser Generation weit zurückliegende Erfahrungen mit Psychotherapie, experimenteller Selbsterfahrungen et cetera ein. Zukünftig werden Psychotherapeut*innen auch mit der Babyboomer-Generation arbeiten.

6. Mit dem System der Patient*innen arbeiten:

Insbesondere bei vulnerablen alten Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist es von großer Bedeutung, „Systemmitglieder“ wie Angehörige und professionelle Pflegekräfte (nach Einwilligung der Patient*innen), auf welche sie im Alter häufig zunehmend angewiesen sind, in die Therapie einzubeziehen. Systemmitglieder können die Therapie unterstützen und zu einer Verstärkung des Therapieerfolges beitragen. Eine Herausforderung besteht in der häufig ebenfalls hohen psychischen Belastung von Pflegenden mit Gefahr einer gegenseitigen Verstärkung. In allen Fällen gilt der Grundsatz, dass der/die Psychotherapeut*in stets Behandler*in des/der Patient*in selbst (und nicht des „Systems“) ist und dass deren Anliegen für sie ausschlaggebend ist. Ein hilfreiches Rollenverständnis kann so umrissen werden: Therapeut*innen sind in erster Linie Behandelnde der Patient*innen, nehmen jedoch bei Bedarf die Rolle des „Facilitator“ innerhalb des Systems ein. Dies bedeutet prozessbegleitend gemeinsam mit Patient*in, Angehörigen, Pflegekräften und anderen Systemmitgliedern Veränderungen zu initiieren, begleiten und zu unterstützen (Carpenter et al., 2003).



Damit auch alte Menschen überhaupt in psychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen „ankommen“, ist jedoch noch viel zu tun.



Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie online im unter www.psychotherapieaktuell.de.



Prof. Dr. habil. Eva-Marie Kessler

Professorin für Gerontopsychologie an der MSB Medical School Berlin, Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde in VT, Supervisorin im Bereich Gerontopsychiatrie und Dozentin für Alterspsychologie und -psychotherapie in der Aus- und Fortbildung.



Dr. Christina Tegeler

Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde in VT und wissenschaftliche Mitarbeiterin der MSB Medical School Berlin im Projekt „PSY-CARE – Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden“.



Fee Hoppmann

Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde in VT und wissenschaftliche Mitarbeiterin der MSB Medical School Berlin im Projekt „PSY-CARE – Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden“.

7. Interprofessionelles Arbeiten:

Es ist notwendig, dass Psychotherapeut*innen selbst aktiv zur interprofessionellen Teambildung beitragen und dabei nicht ausgeschöpfte Behandlungen und Unterstützungsangebote berücksichtigen. Zu komplementären Behandlungs- und unterstützenden Angeboten zählen Ergotherapie (um den funktionellen Status zu verbessern), Bewegungstraining (Kraft-, Balance-, Ausdauertraining), Soziotherapie, ehrenamtliche Begleitung und Mobilitätshilfedienste (vgl. Kessler & Tegeler, 2018). Hilfreich sind Pflegestützpunkte, die kostenfrei über Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Hilfsmittelbeantragung, Pflegeleistungen, Freizeit- und Sportangebote informieren und beraten können. Weiterhin ist eine Kooperation mit geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen und Gedächtnisambulanzen wichtig.

Damit auch alte Menschen überhaupt in psychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen „ankommen“, ist jedoch noch viel zu tun. Neben den beschriebenen Barrieren seitens Behandelnder besteht eine wichtige Hürde darin, dass das Gesundheitssystem in Deutschland kaum auf die psychotherapeutische Versorgung sehr alter, multimorbider und immobiler Menschen eingestellt ist und beispielweise aufsuchende Angebote absolute Ausnahmen darstellen.

Der Untersuchung dieser Versorgungslücke widmet sich seit Juni 2018 das Modellprojekt PSY-CARE (detailliertere Infos siehe Gellert et al., 2020) unter Konsortialführung der MSB Medical School Berlin. Die randomisiert-kontrollierte Studie wird in Zusammenarbeit mit dem Konsortialpartner, der Charité – Universitätsmedizin Berlin, umgesetzt und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert. Innerhalb eines Jahres wurden 197 pflegebedürftige Menschen über 60 Jahren mit Depression, die in der eigenen Häuslichkeit leben, in die Studie aufgenommen und erhielten Zugang zu ambulanter Kurzzeit-Verhaltenstherapie (Interventionsgruppe) oder telefonischer Beratung und Selbsthilfematerial zum Thema Depression bei Pflegebedarf (aktive Kontrollgruppe), um die Wirksamkeit der Angebote für diese Zielgruppe zu untersuchen. Um die Interventionsgruppe im Rahmen der Regelversorgung zu behandeln, wurde ein Netzwerk aus 39 gerontologisch qualifizierten Psychotherapeut*innen aufgebaut, wobei der Großteil der vermittelten Psychotherapien als Hausbesuche erfolgen. Im Rahmen der manual-basierten Verhaltenstherapien kommen insbesondere Elemente des Lebensrückblicks sowie des Ressourcenaufbaus und -erhalts zum Einsatz. Ein zentrales Therapieziel besteht darin, die Patient*innen darin zu unterstützen, ihr Leben wieder selbstbestimmter und mit größerer Selbstakzeptanz zu gestalten. Zusätzlich zur quantitativen Auswertung, ob das Therapieangebot dem Beratungsangebot in Hinblick auf die Depressionsverläufe überlegen ist, werden auch die therapeutischen Erfahrungen hinsichtlich praktischer Implikationen für die klinische Arbeit systematisch ausgewertet. Die Ergebnisse sollen genutzt werden, um die bisherigen Versorgungswege auf den Prüfstein zu stellen.

Der Artikel beruht auf einer gekürzten und überarbeiteten Fassung der Kapitel 1, 3 und 6 des Werkes: Eva-Marie Kessler, Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen. Buchreihe „Psychotherapie kompakt“. Stuttgart 2021. © W. Kohlhammer Verlag 2021.



Literaturverzeichnis

zu

Eva-Marie Kessler, Christina Tegeler, Fee Hoppmann

Psychotherapie mit vulnerablen alten Patient*innen

Psychotherapie **Aktuell**
Ausgabe 2.2021

ISSN 1869-033

- American Psychological Association (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *The American Psychologist*, 69(1), 34. doi: 10.1037/a0035063.
- Baltes MM, Wahl H-W (1992) The dependency-support script in institutions: Generalization to community settings. *Psychology and Aging*, 7(3), 409–418. doi:10.1037/0882-7974.7.3.409.
- Becker T, Martin F, Wilz G, Risch AK., Kessler E-M, Forstmeier S (2020) Psychotherapie im höheren Lebensalter in der Psychotherapieausbildung: Eine Bestandsaufnahme. Universität Siegen.
- Bodner E, Palgi Y, Wyman MF (2018) Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults. In: Ayalon L, Tesch-Römer C (Hrsg.) *Contemporary Perspectives on Ageism* (S. 241–262). Cham: Springer International Publishing.
- Boschann A, Kränke U, Wiegand-Grefe S, Kessler E-M (under review) How young psychotherapists experience working with older patients. MSB Medical School Berlin.
- Carpenter B, Ruckdeschel K, Ruckdeschel H, Haitsma KV (2003) REM psychotherapy: A manualized approach for long-term care residents with depression and dementia. *Clinical Gerontologist*, 25(1–2), 25–49. doi: 10.1300/J018v25n01_03.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (2015). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage (Version 3). Erhältlich: www.depression.versorgungsleitlinien.de [abgerufen: 30.12.2020]
- Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M & Reynolds CF (2014) Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas* 79(2), 160–169. doi:10.1016/j.maturitas.2014.05.027
- Gellert P, Beyer A-K, Tegeler C, Vathke C, Kuhlmeier A, Kessler E-M (2020) Outpatient psychotherapy for home living vulnerable older adults with depression: study protocol of the PSY-CARE trial. *BMC Geriatrics* 20(1):271. doi: 10.1186/s12877-020-01661-1.
- Karel MJ (2011) Ethics. In: Molinari V (Hrsg.) *Specialty competencies in professional psychology. Specialty competencies in geropsychology* (S. 115–142). New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/med:psych/9780195385670.001.0001
- Kessler E-M, Agines S, Schmidt C, Mühlhig S (2013) Qualifikationsmöglichkeiten im Fachgebiet Gerontopsychologie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(4), 337. doi:10.1007/s00391-013-0553-1.
- Kessler E-M, Grünewald L, Schäfer T (2020). Depressed older patients with Death Wishes: Experimental evidence for Psychotherapists' Age and Health Bias. *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2020.1856265.
- Kessler E-M, Tegeler C (2018) Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen. *Psychotherapeut*, 63(6), 501–518. doi: 10.1007/s00278-018-0315-z.
- Kornadt A, Kessler E-M, Wurm S, Bowen C, Gabriel M, Klusmann V (2019) Views on Ageing: A Lifespan Perspective. *European Journal of Ageing*. doi:10.1007/s10433-019-00535-9.
- Kruse A, Wahl H-W (2014) Selbstbestimmte vs. fremdbestimmte Entwicklung im Lebenslauf: ein Resümee vor dem Hintergrund der Beiträge des Buches. In: Wahl H.W, Kruse A (Hrsg.) *Lebensläufe im Wandel* (S.13ff). Stuttgart: Kohlhammer.
- Martens A, Goldenberg JL, Greenberg J (2005) A terror management perspective on ageism. *Journal of social issues*, 61(2), 223–239.

- Peters M, Jeschke K, Lindner J, Peters L (2014) Therapeutischer Stil und psychotherapeutische Behandlung älterer Patienten. *Psychotherapeut*, 59(3), 239–245. doi:10.1007/s00278-014-1042-8.
- Peters M, Lindner R (2019) *Psychodynamische Psychotherapie im Alter: Grundlagen, Störungsbilder und Behandlungsformen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Radebold H (2004) Für alle im Altenbereich Tätigen stellt sich die Aufgabe, historisch zu denken. Editorial. *Psychotherapie im Alter*, 1, 5–9.
- Reiß T, Kessler E-M (2019) Ethische Herausforderungen in der Psychotherapie mit alten Menschen. In: Steger F, Brunner J (Hrsg.) *Ethik in der Psychotherapie* (S. 169–180). Stuttgart: Kohlhammer.
- Riley JW, Riley MW (1994) Beyond productive aging. *Ageing International*, 21(2), 15–19. doi:10.1007/BF02681159.