

Das Alter(n) hat viele Gesichter

MARIE-LUISE HERMANN

Zusammenfassung

In der Zukunftskonferenz »Die Zukunft der seelischen Gesundheit im Alter im Kanton Thurgau« (Schweiz) entwickelten 2007 im Altersbereich tätige Berufsgruppen und Senioren/innen Präventionsprojekte zur psychischen Gesundheit im Alter. In der begleitenden Qualitativen Evaluation wurden zusätzlich mit offenen Fragen Altersbilder der Teilnehmenden erfasst. Sie lassen sich inhaltsanalytisch defizit- und ressourcenorientierten Altersstereotypen zuordnen, gehen jedoch in ihrer Differenzierung über sie hinaus. Die Äußerungen zeigen ein doppeltes Stigmatisierungsrisiko auf: alt und psychisch krank zu sein.

Im zweiten Teil wird die Umsetzung eines Mehrgenerationen-Konzepts auf einer Psychotherapie-Station mit Schwerpunkt 50+, jedoch mit Angehörigen aller Altersgruppen von 18–90 Jahren dargestellt. Fragen nach Zuschreibungen des Alters, zu Inklusions- und Exklusionserfahrungen sowie Übertragungskonstellationen in der Mehrgenerationengruppe werden gestellt und in ihrer therapeutischen Relevanz reflektiert. Subjektive Erfahrungen von Senior/innen zeigen, dass der Generationenmix eine Defokussierung des Alters ermöglichen kann, sich das Älterwerden jedoch als kohortenübergreifendes Thema einbeziehen lässt.

Schlüsselwörter: *Altersbilder, Altersstereotype, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie im Alter, Mehrgenerationenkonzept*

Summary

In the Future Search »The future of mental health in old age in Kanton Thurgau« (Switzerland) in 2007 professionals working with the elderly and senior citizens developed prevention projects for mental health in old age. In the accompanying

qualitative evaluation the participants were presented open questions to additionally collect participants' images of aging. The answers can be assigned to deficit- or resource-oriented stereotypes of aging, but exceed them in differentiation. The statements point out a double stigmatization risk for being old and mentally ill.

The second part presents the realization of a mixed-generation-concept in an in-patient psychotherapy care focussed on patients aged «50+», but with members of all age groups between 18 and 90 years. Questions for attributions of age, experiences of inclusion and exclusion and transference constellations in the mixed-generation-group are raised and reflected in their therapeutic relevance. Subjective experiences of seniors show that the mix of generations can facilitate a defocussing of age, however aging can be included as a topic transcending cohorts.

Keywords: *Images of aging, stereotypes of aging, gerontopsychiatry, psychotherapy with the elderly, mixed-generation-concept*

1. Zukunftskonferenz

»Die Zukunft der seelischen Gesundheit im Alter«

1.1 Projekt

Eine ganze Region, ein Schweizer Kanton, veranstaltete 2007 eine Zukunftskonferenz zum Thema »Die Zukunft der seelischen Gesundheit im Alter – Entwicklungen, Ziele und Maßnahmen im Kanton Thurgau«. Am Anfang stand der Wunsch der Memory-Klinik der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, ihr Konzept und die Vernetzungsstrukturen auf den zukünftig wachsenden Bedarf hin zu optimieren. Da eine Erneuerung nur unter Einbezug der eng kooperierenden Altersinstitutionen, ambulanten Pflegedienste und Ärzt/inn/en erreichbar schien, entstand die Idee einer kantonalen Zukunftskonferenz mit der Klinikleitung und dem Gesundheitsamt Thurgau als Träger. Damit weitete sich der Blick nicht nur räumlich, sondern mit der Zukunftsperspektive auch für die Prävention psychischer Störungen im Alter. Die Initiative beinhaltet somit eine aktive Auseinandersetzung mit Zukunftssorgen und -wünschen.

Für eine visionäre Zukunftsplanung eignet sich die Methode »Zukunftskonferenz« (Weisbord/Janoff 2001) in besonderer Weise. Das partizipative Großgruppenverfahren zur Entwicklungsplanung und Lösung komplexer Probleme wird von verschiedensten Firmen, Organisationen oder Kommunen eingesetzt. Ziel der zweitägigen Veranstaltung war die Entwicklung von Präventionsprojekten, um »dem steigenden Behandlungs- und Pflegebedarf der wachsenden Altersgruppe der über 60-Jährigen im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression und Demenz entgegenzuwirken« (Hermann/ Bäurle 2012, S. 235). Eingeladen wurden auf diesem Fachgebiet zusammenarbeitende Vertreter/innen von Kliniken, Alters- und Pflegeheimen, Komplementären Diensten, Freiwilligenorganisationen, Senior/innen, Expert/innen, Regierung, niedergelassene Ärzt/innen und Krankenkassen. An der Konferenz sind alle Teilnehmenden durch Arbeiten in Kleingruppen und im Plenum aktiv in den Entwicklungsprozess von Zielen und Projekten einbezogen, getragen von einer gemeinsamen Zukunftsvision. Aufgrund von Erfahrungen des Begründers Weisbord, dass Problemlösemeetings die Teilnehmenden deprimierten, während das Imaginieren einer idealen Zukunft Energie und Optimismus wecke (Weisbord/Janoff 2001, S. 104), fußt die Methode auf den Grundprinzipien

- *das ganze System in einen Raum holen*
- *global denken, lokal handeln*
- *Fokus auf die Zukunft statt auf Probleme*
- *in selbststeuernden Gruppen arbeiten.*

1.2 Altersbilder

Mit dem Auftrag zu einer evaluierenden Begleitforschung der Zukunftskonferenz stellte sich der Autorin die kritische Frage, wer für wen mit welchen eigenen Vorstellungen des Alters plant. Daher wurde im Rahmen der Dissertation neben Untersuchungsteilen zur Evaluation des Konferenzprozesses und der anschließenden Projektgruppenarbeit zusätzlich ein Schwerpunkt mit der Zuordnung der erfassten Inhalte zu Altersbildern aus der gerontologischen Forschung gewählt. Vor der Konferenz wurden den Teilnehmenden dazu schriftlich offene Fragen zu eigenen Vorstellungen zum Alter(n) gestellt, Befunde zu dieser Teiluntersuchung folgen nach der theoretischen Einbettung (Kap. 1.4).

Zur Bewältigung der großen Herausforderung der demografischen Entwicklung für die westlichen Gesellschaften erfolgt die langfristige Konzeption und Planung der Alterspolitik in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Expert/innen der Gerontologie. So legte der Schweizerische Bundesrat 2007 Strategien für eine veränderte Alterspolitik vor, in denen die Potenziale und Ressourcen der Senior/innen fokussiert werden sollten statt wie bisher die Kompensation altersbedingter Defizite und der »Kostenfaktor« Alter (Hermann 2010, S. 8). Auch in Deutschland betonte das Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2006 mit dem Motto »Den demografischen Wandel gestalten – Alter als Chance« die Zukunftschancen der Gesellschaft, wenn das bisher eher negativ besetzte Altersbild in Richtung eines auf »Fähigkeiten, Potenziale, Stärken und Erfahrungen der älteren Generation« basierenden korrigiert werde (ebd.). Entsprechend sollte der 6. Altenbericht der Bundesregierung »Altersbilder in der Gesellschaft« bis 2010 »dazu beitragen, realistische und zukunftsgerichtete Altersbilder herauszuarbeiten und durch eine öffentliche Debatte in der Gesellschaft zu verankern« (ebd.).

Zuvor beschrieb Backes in der öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Diskussion eine Prägung »durch eine latente oder manifeste Problemdefinition des Alter(n)s« (2004, S. 87). Angst vor unkontrollierbaren und unüberschaubaren gesellschaftlichen Veränderungen stehe hinter der Definition des Alter(n)s als ökonomische Last, Potenzial oder Last ungenutzter Ressourcen. Die Bedeutung des Alter(n)s werde entweder aus der »Belastungs- und Kostenperspektive« oder der »Ressourcen- und Chancenperspektive« eingeschätzt, »selten ... in ausgewogenem Verhältnis zueinander« (S. 89). Beide Perspektiven tragen zur »Bestätigung und Verfestigung einer gesonderten ›Gruppe älterer und alter Menschen‹« und damit zur sozialen Konstruktion des Alters bei (S. 90). Das Verhältnis von Alter(n) und Gesellschaft müsse differenziert analysiert werden, da die »Ursache« der ökonomischen und sozialpolitischen Probleme nicht im Altersstrukturwandel und der demografischen Entwicklung liege, sondern diese entscheidende Bestandteile eines gesellschaftlichen Wandels der Modernisierung seien (S. 92).

Schmitt entwirft ein noch weitergehendes, zukunftsweisendes Ziel für die Veränderung von Altersbildern: Entscheidend sei nicht das ausgewogenere Verhältnis von ressourcen- und defizitorientierten Altersbildern, sondern die bedingungslose, von Stärken und Schwächen unabhängige Akzeptanz des Alter(n)s,

»ein durch Solidarität und gegenseitige Akzeptanz geprägtes Verhältnis zwischen den Generationen« (2004, S. 146).

Der eigenen Untersuchung der Autorin wurde diese Vision vom Überwinden dichotomer Kategorien und der Kontroverse zwischen den polarisierenden Konzepten »Alterslast« vs. »Alterskapital« auch in der Wissenschaft (Backes 2004, S. 90) als Zukunftsleitbild zugrundegelegt. Zwischen diesen Polen liegt die Heterogenität und Vielfalt von Haltungen zum Alter, die alle eine in der Lebensrealität von Senior/innen verankerte Berechtigung haben – die vielen »Gesichter« des Alter(n)s. Da diese Haltungen als häufig unbewusste Vorannahmen oder Stereotype auch in der Praxis handlungsleitend werden können, ist eine kritische Auseinandersetzung damit erforderlich.

1.3 Altersstereotype

In der Gerontologie finden sich soziologische Fragestellungen zur sozialen Konstruktion gesellschaftlicher Altersbilder und einer möglichen Altersdiskriminierung (»Ageism«) neben sozialpsychologischer Forschung zu Stereotypen, Einstellungen und sozialen Kognitionen. Trotz Unterschieden werden die Begriffe Altersbilder und -stereotype nicht klar getrennt verwendet. Philipp und Mayer unterscheiden subjektive Entwicklungstheorien, in die allgemeines Wissen über die lebenslange Entwicklung und individuelle Überzeugungen einfließen (1999, S. 32) von Stereotypen. Bewertungen des eigenen Alters zeigen ein positiveres und differenzierteres, dem Kompetenzmodell des Alterns entsprechendes Bild als Bewertungen Anderer, die eher dem Defizitmodell folgen. Diese Diskrepanz diene der Selbstwertregulation und dem Wohlbefinden, »und zwar in allen Lebenslagen und Lebensaltern« (S. 39). Stereotype werden als »mentale Repräsentationen (= Bilder) sozialer Gruppen« und kollektive Vorstellungen über »typische Eigenschaften« definiert (S. 56), die als »einfache und ökonomische Urteilsheuristiken« aktiviert oder unterdrückt werden können (S. 130f.).

Kruse und Schmitt (2005; 2006; Schmitt 2004) konzeptualisierten aus der wissenschaftlichen und sozialpolitischen Diskussion Altersstereotype als Prototypen, die einer geschichteten Stichprobe (N = 1275, Alter 40–75 Jahre) in Deutschland zur Zustimmung vorgelegt wurden. Die fünf postulierten Altersstereotyp-Dimensionen konnten als Faktorenstruktur abgebildet werden: *Entwicklungsgewinne und Chancen, Entwicklungsverluste und Risiken*, alte Menschen als

gesellschaftliche Anforderungen und Belastungen, gesellschaftliche Abwertung und Alterssalienz. Stereotype wurden hier nach Tajfel (1969) als Spezialfall sozialer Informationsverarbeitung und Kategorisierung verstanden, sodass, abhängig vom Kontext, dieselbe Person mehrere und widersprüchliche Stereotypen über eine Gruppe haben kann, die durch soziale Interaktionen verfeinert werden können (Kruse/Schmitt 2006, S. 395f.). Zusätzlich konnte nachgewiesen werden, dass eigene sozio-ökonomisch benachteiligte Bedingungen negative Altersstereotypen fördern, privilegierte Bedingungen hingegen ein positiveres Bild (Kruse/Schmitt 2006). Das Alter als Kategorie werde in sozialen Interaktionen jedoch nicht generell als zentral wahrgenommen, der Ageismus-These wird widersprochen.

Befunde zu Altersbildern in Gesundheitsberufen zeigen kein einheitliches Bild zum Abbau negativer Altersbilder durch Wissen und regelmäßigen Kontakt bzw. zur Altersdiskriminierung (Hermann 2010, S. 37f.). Ärzt/innen in den USA widmeten älteren Patient/innen ambulant wie stationär signifikant weniger Zeit als jüngeren, sprachen persönliche Bereiche seltener an oder redeten mit Angehörigen eher über als mit den Patient/innen (Filipp/Mayer 1999, S. 192ff.; Amrhein/Backes 2007, S. 107). Befragte deutsche Hausärzt/innen wiesen in der Einstellung gegenüber älteren Patient/innen kein negatives Altersstereotyp auf sondern einen krankheitsbezogenen Unterschied (Brendebach/Piontkowski 1997), eine geriatrische Zusatzausbildung und die subjektive Qualität des Kontakts war mit einer positiven Einstellung positiv korreliert. Untersuchungen zur Interaktion von Pflegepersonal und Altersheimbewohner/innen zeigten ein häufig auftretendes *Unselbstständigkeits-Unterstützungsmuster* sowie ein *Selbstständigkeits-Ignoranz-Muster* (Baltes 1995), durch Trainingsprogramme für Pflegenden konnte die Autonomie der Älteren gefördert werden (Baltes/Zank/Neumann 1997). Erlemeier et al. (1997) wiesen bei Professionellen in der Alterspflege einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Differenzierungsgrad ihrer Altersbilder und der Qualität pflegerischer Interventionen nach.

1.4 Altersbilder der Teilnehmenden

Als Vorbereitung auf die Zukunftskonferenz erhielten die Teilnehmenden einen Fragebogen mit 14 Fragen zur quantitativen Einschätzung des regionalen Versorgungsangebots im Alter sowie sieben offenen Fragen zu eigenen Vorstellungen vom Alter(n). Die übergeordnete Fragestellung dazu lautete: »Lässt sich in den

Antworten der Teilnehmer/innen vor der Zukunftskonferenz ein differenziertes Spektrum von Vorstellungen zum Alter(n) in der Gegenwart und Zukunft abbilden? Gehen diese Vorstellungen inhaltlich über die Altersstereotypen von Kruse und Schmitt (2005) hinaus?« Die Hypothese war: »Insgesamt, aber auch intraindividuell, stellen die Teilnehmer eine Stichprobe dar, die differenzierte Meinungen, Anliegen, Visionen zum Alter(n) in der Gegenwart und Zukunft zum Ausdruck bringen und dies als Gestaltungspotenzial in die Zukunftskonferenz einbringen.« (Hermann, 2010, S. 117).

50 der insgesamt 68 an die Konferenz eingeladenen Personen nahmen an der schriftlichen Befragung teil. Diese Teil-Stichprobe setzte sich aus folgenden für die Konferenz gebildeten »Interessengruppen« zusammen: Kliniken (N = 12), Expert/innen (7), Patient/innen, Angehörige oder Senior/innen (7), Politik (6), Alters- und Pflegeheime (6), Komplementäre Dienste (4), Freiwillige (4), Niedergelassene Ärzt/innen (2), Krankenkassen (2). Unter allen Teilnehmenden bestand eine ungefähre Gleichvertretung der Geschlechter, zur Anonymisierung wurde nur die Gruppenzugehörigkeit, nicht aber das Geschlecht erhoben, die Altersgruppen wurden aus dem Geburtsjahrgang der Mutter (Teil des Codierschlüssels) ermittelt: 54% gehörten der Generation der »Babyboomer« (damals 40–60-Jährige) an, 22% waren jünger, 24% älter.

Die sieben offenen Fragen zu Vorstellungen vom Alter(n) wurden in Vorgesprächen mit den Organisatoren und der Betreuerin der Dissertation entwickelt. Dieser Untersuchungsteil beansprucht nicht, Altersbilder oder -stereotype zu erheben oder zu messen, vielmehr sollten die schriftlichen Äußerungen inhaltsanalytischen Kategorien von Altersstereotypen zugeordnet und deskriptiv abgebildet werden.

Die Qualitative Evaluation des gesamten Forschungsprojekts zur Zukunftskonferenz erfolgte mit der Methode der zusammenfassenden Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003), die für Pilotstudien, die Klassifizierung von Datenmaterial und die maßgeschneiderte Anwendung auf verschiedene Materialien und Fragestellungen besonders geeignet ist (S. 20ff.).

1.4.1 Ergebnisse

Für die Auswertung der Antworten zu den nachfolgenden Fragen zu Vorstellungen vom Alter(n) wurde ein eigenes Kategoriensystem entwickelt. Dies basiert zum

einen deduktiv auf den oben erwähnten Altersstereotypen von Kruse und Schmitt (verkürzt betitelte Kategorien: *Chancen, Risiken, Belastung, Abwertung*) mit jeweiligen Unterkategorien aus den Beschreibungen der Autoren. Diese Kategorien wurden fortlaufend durch im Textmaterial gehäuft auftretende Themen als weitere, induktiv gebildete Kategorien ergänzt (*Aufgaben, Angebote, Eigenbeitrag, Gemeinschaft, Kontinuität, Professioneller Umgang*) und mit Ankerbeispielen versehen. Bei der Codierung wurden die schriftlichen Äußerungen stichwortartig paraphrasiert und pro thematischer Sinneinheit den Kategorien und Unterkategorien zugeordnet. Das Kategoriensystem wurde mehrfach überarbeitet, bevor alle Codierungen von einer zweiten Raterin auf Nachvollziehbarkeit, Verstehbarkeit und Schlüssigkeit überprüft und Zweifelsfälle im Konsensrating entschieden wurden.

Frage 15: Die Teilnahme an der Zukunftskonferenz ist auch eine Investition in die eigene Zukunft. Haben Sie eine persönliche Vision vom Alter?

Zitat: »3 G's: gescheit, gesund, geliebt«

Für das eigene Alter erhofft sich die Stichprobe insgesamt vor allem *Kontinuität* (27 Codes) als erhaltene Autonomie und Fortsetzung wichtiger Aspekte der eigenen Persönlichkeit. Die *Chancen* (15) des Alters werden kaum häufiger erwartet als die *Risiken* (11), von denen insbesondere der Verlust der Selbstständigkeit nicht ausgeblendet wird. Ebenso bedeutsam ist der *Eigenbeitrag* (16) für Gesundheit, sozialen Anschluss oder gemeinnützige *Aufgaben* (14), aber auch das Eingebettetsein in die *Gemeinschaft* (14) und Wünsche an *Angebote* (11). Der Wunsch für das eigene Alter kann zusammengefasst werden mit dem Motto (Zitat einer Äußerung) »3 G's: gescheit, gesund, geliebt«.

Auf die Fragen zur künftigen Rolle der familiären Strukturen und zu sozialen Beziehungen als Prävention wird hier verzichtet.

Frage 18: Was glauben Sie, wie sich psychisch kranke alte Menschen in der Gesellschaft wahrgenommen fühlen?

Zitate: »Randfiguren«, »nach innen und außen in einer Tabuzone«

Die Frage erfordert ein Hineindenken in die Position psychisch kranker alter Menschen, die vermutlich von der Erfahrung der Professionellen geprägt ist, die ein starkes Vorherrschen aller negativen Altersstereotype von Kruse und Schmitt annehmen (Tab. 1). Dies weist auf ein mögliches doppeltes Diskriminierungs- und Stigmatisierungsrisiko hin: aufgrund einer psychischen Störung sowie aufgrund des Alters. Auch wenn die Annahme einer generellen Altersdiskriminierung widerlegt werden konnte, könnte sie für alte Menschen mit psychischen Störungen latent – in Form von *passiver Benachteiligung* – oder offen – in Form von *aktiver Benachteiligung* und *Ausgrenzung* – real und wirksam sein. Zumindest wird dies von den Teilnehmenden sehr stark vermutet. Begründungen werden in der *Unsicherheit im Umgang* genannt.

Frage 19: Falls Sie in Ihrer Berufspraxis psychisch kranken alten Menschen begegnen, wie erleben Sie diese (19A)? Was ist Ihnen dabei besonders wichtig (19B)?

Zitate: »Im Zentrum steht der Mensch«

Frage 19 steht in vollständigem Kontrast zum vermuteten Umgang mit psychisch kranken alten Menschen in der Gesellschaft (Frage 18). Einzig die Kategorie *Risiken* wird bei Frage 18 und 19A etwa gleich häufig genannt, wobei gesellschaftlich (18) die sozialen Aspekte (Einsamkeit, Verlust sozialer Integration) betont werden, professionell (19) stärker die Symptome. Sonst gibt es kaum Übereinstimmung der Kategorien. Die Sichtweise der Professionellen kann sowohl in ihrem Erleben psychisch Kranker als auch in ihrer Gewichtung des eigenen Handelns als konträre Position den negativen gesellschaftlichen Stereotypen, der *Unsicherheit im Umgang* und der *Benachteiligung* entgegengesetzt werden. Die Inhalte der Kategorie *professioneller Umgang* bilden verschiedenste Facetten einer wertschätzenden Haltung ab. Selbst wenn dies einem Wunschbild entsprechen würde, gäbe es Aufschluss über angestrebte Leitlinien in der Alterspsychiatrie, Beratung und Pflege.

Frage 20: Was kann Gutes entstehen, wenn es gemäß demografischer Entwicklung immer mehr alte Menschen gibt?

Zitat: »Vielleicht regiert eher Weisheit als Rivalität«

Frage 18: Psychisch kranke alte Menschen
(94 Codes, N = 46)

Abwertung (63)	aktive Benachteiligung (18)
	passive Benachteiligung (18)
	Unsicherheit im Umgang (17)
	Wertlosigkeit (10)
Risiken (18)	Einsamkeit (7)
	Verlust sozialer Integration (5)
	psychische Symptome (3)
	Verlust der Leistungsfähigkeit (2)
	Verlust der Selbstständigkeit (1)
Belastung (10)	gesellschaftliche Belastung (9)
	familiäre Belastung (1)
Gemeinschaft (2)	Akzeptanz (1)
	Integration (1)
Angebote (1)	Prävention (1)

Tab. 1: Kategorien Frage 18

Frage 18: Psychisch kranke alte Menschen
(94 Codes, N = 46)

Abwertung (63)	aktive Benachteiligung (18)
	passive Benachteiligung (18)
	Unsicherheit im Umgang (17)
	Wertlosigkeit (10)
Risiken (18)	Einsamkeit (7)
	Verlust sozialer Integration (5)
	psychische Symptome (3)
	Verlust der Leistungsfähigkeit (2)
	Verlust der Selbstständigkeit (1)
Belastung (10)	gesellschaftliche Belastung (9)
	familiäre Belastung (1)
Gemeinschaft (2)	Akzeptanz (1)
	Integration (1)
Angebote (1)	Prävention (1)

Tab. 2: Kategorien Frage 19

Hier wurde bewusst nach dem möglichen Potenzial einer alternden Gesellschaft gefragt, das in der Kategorie *Gemeinschaft* (42) überwiegend in einem Wertewandel gesehen wird, zu dem die Älteren einen wichtigen Beitrag leisten können. Alter, Sterben und Tod sollen wieder natürlich in den Lebenszyklus integriert werden, zugleich wird eine Zunahme von Solidarität und Weisheit erhofft bei einer Abkehr von Beschleunigung und Rivalität. Den Älteren werden im in-

tergenerationellen Verhältnis wichtige Funktionen zugeschrieben, ein großes »brachliegendes Potenzial« könnte mit vielfältigen gemeinnützigen oder beruflichen *Aufgaben* (25) genutzt werden. Neben der Chance (20) eines individuellen »Erfahrungsschatzes« könnte »mehr geschenkte Zeit« die Ressource einer alternden Gesellschaft sein. Strukturelle Veränderungen im Renten- und Gesundheitsbereich werden notwendig (*Angebote*, 5), gesellschaftliche *Belastungen* (5) erwähnt, Senior/innen eröffnen aber auch einen neuen »Wirtschaftsfaktor«.

Frage 21: Im Alter schwinden die Kräfte, heißt es. Kennen Sie bei sich selbst oder bei alten Menschen, die Sie kennengelernt haben, Kräfte, die sich vermehren?

Zitat: »Öffnung des Herzens, da ohne Stress und Konkurrenz«

Die Frage ermöglicht die weitere Exploration der Potenziale. Hier wird die Kategorie *Chancen* (109) stark ausdifferenziert in *menschliche Fähigkeiten*, die fast die Hälfte der Codes ausmachen, z.B. Gelassenheit, Geduld, Verständnis, Toleranz. Unter *Mehr an Erfahrungen* werden dem Alter u.a. Wissen, Weisheit, bessere Problemlösestrategien oder Weitsicht zugeschrieben. Die erhaltene *Leistungsfähigkeit* und *Interessen* spielen ebenso eine Rolle wie *Wohlbefinden* als Zufriedenheit oder Dankbarkeit, aber auch *Risiken* durch den Verlust der Leistungsfähigkeit oder problematische Eigenschaften. Bei der Interpretation dieser Entwicklungspotenziale muss die nicht-repräsentative, mit höherem sozioökonomischem Status verzerrte Stichprobe kritisch berücksichtigt werden.

1.4.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Teilnehmenden äußern insgesamt sehr differenzierte Vorstellungen zum Alter(n) sowohl in der Gegenwart als auch in zukünftigen Visionen, die in einem Kategoriensystem von 10 Ober- und 48 Unterkategorien abgebildet werden, das weit über die Altersstereotypen von Kruse & Schmitt hinausgeht. Auch ohne den stichprobenspezifischen Inhalt der Kategorie *Professioneller Umgang* werden weitere Kategorien benötigt (*Angebote, Aufgaben, Eigenbeitrag, Gemeinschaft, Kontinuität*). Die Dominanz der Kategorie *Chancen* lässt sich mit dem Überwiegen positiv ausgerichteter Fragen begründen. Die Teilnehmer/innen bringen ein großes Erfahrungs- und Fachwissen in die Befragung ein. Abhängig von offeneren oder eingegrenzteren Fragestilen variiert die Breite des Kategorienspektrums, die

Differenzierungen finden sich jedoch nicht nur in der Summe der Antworten (interindividuell), sondern auch pro Person (intraindividuell). Die Hypothese kann somit in allen Teilen bestätigt werden. Die Teilnehmenden könnten Vorreiter eines differenzierten Gesamtbilds des Alters sein, bei dem Risiken weder ausgeblendet noch dramatisiert und Chancen weder gemindert noch idealisiert werden.

2. Stationäre Psychotherapie:

Erfahrungen mit einem Mehrgenerationenkonzept

2.1 Stationäre Psychotherapie im Alter

2.1.1 *Psychotherapie im Alter*

Wenn nun im Folgenden ein Anwendungsgebiet der Arbeit mit psychisch kranken älteren Menschen dargestellt und im Hinblick auf Zuschreibungen des Alters und den Umgang mit Defiziten und Ressourcen reflektiert wird, geschieht dies nicht aus einer geplanten Umsetzung der genannten Forschungsergebnisse der »Zukunftskonferenz« in die Praxis, sondern als nachträgliche Reflexion einer von diesem Projekt unabhängigen Handlungspraxis über deren Altersbilder. Diese Handlungspraxis wurde aus Notwendigkeiten der Institution Klinik und Alltagserfahrungen auf dieser Station sukzessive entwickelt. Bindeglieder der beiden Bereiche Forschung und klinische Praxis in diesem Artikel sind lediglich die Tätigkeiten der Autorin und des Initiators der Zukunftskonferenz, Peter Bäurle, der als Begründer der stationären Psychotherapie im Alter in der Schweiz und Chefarzt der vorgestellten Station »Via Nova« auf langjährige Erfahrung mit älteren Patienten und in der Weiterbildung »Psychotherapie im Alter« zurückblickt (Bäurle/Radebold/Hirsch 2000; Bäurle/Förstl/Hell/Radebold 2005).

Trotz wachsender Behandlungszahlen, Spezialisierung und Weiterbildung (Peters 2008) weist der Anteil älterer Patienten in psychotherapeutischen Praxen und Kliniken noch immer auf eine große Unterversorgung hin (Zank/Peters/Wilz 2010, S. 228f.). Erst mit den »heute 60–65-Jährigen« mit Therapiekenntnissen beginne sich die Situation allmählich zu verändern (Radebold 2006, S. 14). Diese 68er-Generation lässt durch die Liberalisierungserfahrung eine vermehrte Inanspruchnahme therapeutischer Angebote erwarten (Peters 2008, S. 7;

Imai/Telger/Wolter/Heuft 2008). Neue Untersuchungen zu Einstellungen von Psychotherapeut/innen zu älteren Patient/innen (Peters/Jeschke/Peters 2013) und ihrem therapeutischen Stil (Peters/Jeschke/Lindner/Peters 2014) ergänzen das langsam wachsende Arbeitsfeld, das sich auch mit der Behandlung von Hochaltrigen zu beschäftigen beginnt (Psychotherapie im Alter 2014, Heft 2).

2.1.2 *Porträt Station Via Nova*

Die Privatklinik Aadorf im Kanton Thurgau (Schweiz) ist ein Kompetenzzentrum für stationäre Psychotherapie mit den Schwerpunkten Affektive Störungen, Essstörungen sowie Psychotherapie 50+. Auf der Privatstation »Via Nova« werden Patient/innen aller Altersstufen, jedoch schwerpunktmäßig »50+« behandelt. Basierend auf früheren Erfahrungen von Bärle mit den Nachteilen einer altersspezifischen Station und wegen der noch schwankenden Inanspruchnahme durch Patient/innen über 65 Jahren wurde auf der Station Via Nova ein Mehrgenerationenkonzept erarbeitet, das in regelmäßiger Zusammenarbeit mit Prof. Hartmut Radebold auf Altersfragen hin weiterentwickelt wird. Ziel ist es, auch den Bedürfnissen der heute über Fünfzig-Jährigen nach einem individuellen und ganzheitlichen Behandlungsangebot gerecht zu werden. Als Angehörige der »68er-Generation« oder nachfolgenden »Babyboomer-Generationen« wurden sie im Nachkriegsaufbau bzw. Wirtschaftsaufschwung sozialisiert, verfügen häufig über Vorerfahrung mit Psychotherapie und äußern im Stationsalltag gestiegene Ansprüche an Individualisierung, auch im Umgang mit dem Älterwerden, während die ersten Behandlungskonzepte für stationäre Psychotherapie im Alter auf die vor und während des 2. Weltkriegs Geborenen ausgerichtet waren.

Abhängig von der medizinischen Indikation eines stationären Aufenthalts ändert sich auf der Station Via Nova die Durchmischung der Patientengruppe nach Alter und Geschlecht häufig. Die Altersspanne kann 18–90 Jahre und somit Angehörige der verschiedensten Generationen umfassen. Mehr als zwei Drittel sind Frauen, die oft eine höhere Bereitschaft zeigen, bei depressiven Störungen, Burnout oder Angsterkrankungen, die auf dieser Station behandelt werden, Hilfsangebote zu nutzen. Die Mehrheit der Patient/innen gehört den Altersgruppen der 45–65-Jährigen und somit den »Babyboomern« an, gefolgt von den benachbarten Gruppen der 30–44-Jährigen und 66–75-Jährigen. Aufgrund positiver

Erfahrungen und der demografischen Entwicklung soll das Angebot in Zukunft auch für über 75-Jährige ausgebaut und spezifiziert werden.

Mit einem integrativen Behandlungsansatz sind im Therapeut/innen-Team psychodynamische und verhaltenstherapeutische Therapierichtungen vertreten. Ein Teil des Teams verfügt über eine Spezialisierung im Altersbereich durch Forschungs- und therapeutische Tätigkeit und bringt diese in der Fallführung der älteren Patient/innen und als Inhalte in die Gruppentherapien ein. Im Pflegeteam bietet Berufserfahrung in allen Altersbereichen eine breite Basis für die altersdurchmischte Klientel. In beiden Berufsgruppen ist eine höhere Spezialisierung auf das Alter aufgrund geringer externer Weiterbildungsmöglichkeiten derzeit noch schwer realisierbar, altersspezifische Aspekte werden jedoch in der wöchentlichen Intervision des gesamten Behandlungsteams diskutiert.

Das Therapieprogramm steht allen Altersgruppen offen, wird jedoch als individueller Behandlungsplan mit den Patient/innen abgesprochen. Im Zentrum steht die hochfrequente Einzeltherapie mit drei Sitzungen pro Woche sowie Gruppentherapien als offene Gesprächsgruppe und Psychoedukation. Bei Bedarf wird dies kombiniert mit medikamentöser oder komplementärmedizinischer Behandlung. Der kreative Ausdruck wird in der Gestaltungstherapie, der textilen oder handwerklichen Ergotherapie gefördert, die Körperwahrnehmung in der täglichen Achtsamkeitsübung, in Bewegungstherapie, Feldenkrais, Yoga, Progressiver Muskelrelaxation und Walking. Zusatzangebote sind kognitives Training am Computer, Sozialarbeit und Seelsorge.

Auf unserer Station zeigen sich ältere Patient/innen (75+) meist ebenso interessiert am gesamten Angebot wie jüngere, benötigen jedoch u.U. einen langsameren Einstieg in die Gruppentherapien und mehr Ruhepausen. Vieles kann neu und fremd sein: Eine psychische Erkrankung akzeptieren, offenes Reden über sich selbst in der Einzeltherapie und Gruppe, sich intensiv mit Gefühlen und der Biografie auseinandersetzen, in Gruppen neue Dinge ausprobieren und auf der Station wie in einer großen Wohngemeinschaft zusammenleben. Für die Generation der Babyboomer scheint dies bereits selbstverständlich. Das Therapieprogramm soll für Ältere weder über- noch unterfordernd sein, Unsicherheiten werden berücksichtigt, der Abbau von Ängsten oder eine Öffnung für neue Erfahrungen wird jedoch versucht.

2.1.3 Besondere Bedürfnisse betagter oder hochbetagter Patient/innen

Ältere und hochaltrige Menschen sollen nach ihren individuellen Möglichkeiten gefördert und nicht geschont werden (Boothe/Hermann 2011), sich aber auch nicht unter Druck und im Vergleich mit den Jüngeren fühlen. Eigene klinische Beobachtungen beleuchten zusätzliche altersspezifische Herausforderungen:

- *Somatische Erkrankungen und Beschwerden:* Viele Ältere leiden unter somatischen Beschwerden und nehmen eine Vielzahl an Medikamenten ein. Ob z.B. ein ausgeprägter Schwindel durch eine kardiovaskuläre Störung, die Nebenwirkung eines Medikaments, hirnorganische Veränderungen oder eine Angststörung bedingt ist, kann nur im Verlauf festgestellt werden. Eine chronische Schmerzstörung, Einschränkungen der Beweglichkeit und Autonomie (Gehen, Autofahren) oder der Seh- und Hörleistung können einen gravierenden Verlust und eine narzisstische Kränkung darstellen (Hermann 2012) und müssen in ihrer subjektiven Bedeutung verarbeitet werden.
- *Larvierte Depressionen:* Das typische depressive Beschwerdebild kann sich im Alter hinter einem Überwiegen körperlicher Symptome verbergen und zu zusätzlichen Ängsten führen. Stehen körperliche Klagen, das Betonen von Hilflosigkeit oder Beanspruchen häufiger pflegerischer Zuwendung im Vordergrund, zeigt sich darin oftmals ein Bedürfnis nach Beziehung und Unterstützung, das noch nicht anders ausgedrückt werden kann.
- *Verdeckte Ängste:* Auch bei einer depressiven Störung müssen unbewusste Ängste bedacht werden. Angst vor dem Alter oder Tod wird verneint, solange Angst, das Eingestehen von Einsamkeit oder Angewiesensein auf Hilfe als »Schwäche« empfunden wird. Das Reden über Hintergründe der Erziehung im Umgang mit Gefühlen kann Verunsicherung reduzieren.
- *Häufung von Verlusterfahrungen:* Die Wahrscheinlichkeit von Verlusten wichtiger Bezugspersonen der eigenen Altersgruppe, von sozialen Aufgaben, Funktionen in der Familie, dem gewohnten Zuhause und körperlichen Möglichkeiten nimmt im Alter stark zu. Wer nicht gelernt hat, zu trauern und Abschied zu nehmen, kann sich zunehmend abgeschnitten und isoliert fühlen.
- *Traumareaktivierung:* Durch eine geschwächte Abwehr oder belastende Ereignisse können im Alter jahrzehntelang verdrängte Traumata wieder aktiv

werden und nach Anerkennung und Integration drängen (Hermann/Bäurle 2010).

- *Hirnorganische Veränderungen*: Die Differenzialdiagnose einer beginnenden demenziellen Erkrankung (Mild Cognitive Impairment) von einer depressiven Störung ist nur im Verlauf möglich, nicht-demenzielle hirnorganische Veränderungen müssen durch neurologische Abklärungen abgegrenzt werden.

Unabhängig vom kalendarischen Alter können diese Faktoren den Therapieverlauf und die Integration in die Patientengruppe deutlich erschweren. Sie knüpfen an das im 1. Teil dargestellte, von den Teilnehmenden der Zukunftskonferenz vermutete doppelte Stigmatisierungsrisiko an, sich als »alt und psychisch krank« abseits zu fühlen. In Anschluss an die Untersuchung zu Altersbildern lässt sich auch fragen, wie die Kategorieninhalte der *Chancen* und *Risiken* in der Wahrnehmung der Patient/innen, des Teams und der Therapieplanung einbezogen werden können.

Die *Risiken* sind bei Klinikeintritt in der Symptomschwere und der sozialen Situation der Patient/innen abgebildet. Beschwerden, die spezifisch dem Alter zugeschrieben werden, müssen im Verlauf individuell überprüft werden, ebenso soziales Verhalten, z.B. ob ein auffallender Rückzug zur Grundpersönlichkeit gehört, Bestandteil oder Folge der Erkrankung ist oder mit Einsamkeit und sozialer Unsicherheit im Alter zu tun hat. Zentral ist die Frage, welche Einschränkung psychisch oder sozial bedingt und daher beeinflussbar ist, und worauf sich jemand als unveränderlich einstellen muss. Ebenso wichtig ist, das in der psychischen Erkrankung stark reduzierte Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Dazu können die *Chancen* des Alters angeregt und genutzt werden. Welche früheren Ressourcen können für die Steigerung der Lebensqualität wieder belebt und unterstützt werden, und wovon muss akzeptierend Abschied genommen werden? Bei jeder Behandlung sollten im Gesamtverlauf die Chancen wie die Risiken des Alters im Blickfeld sein.

Vereinfacht lassen sich *zwei Verlaufstypen* beobachten:

- Zu Beginn stehen mit starker Symptomatik (Depression, Ängste) die *Risiken* und Defizite im Vordergrund. Im Therapieverlauf können biografische Belastungen bearbeitet und gleichzeitig Ressourcen und damit *Chancen* des Alters zugänglich gemacht werden. Damit erleben die Patient/innen, was

sie selbst zur Verbesserung ihrer inneren und äußeren Situation beitragen können.

- In der ersten Therapiephase dominiert eine starke Leistungsorientierung. Die *Chancen* des Alters wollen mit hohem Anspruch weiter genutzt werden, aufgetretene Signale depressiver Erschöpfung werden als »Schwäche« nicht akzeptiert und mit Selbstvorwürfen quittiert. Die *Risiken* Verluste und Ängste vor dem Älterwerden sind vom strengen Umgang mit sich selbst überdeckt. Erst in der Auseinandersetzung damit und im Lernen von Selbstfürsorge können die Ressourcen angepasst werden.

2.2 Altersbilder der Professionellen

2.2.1 Haltung der Behandelnden

Auch die Professionellen im Therapie- und Pflegebereich sollten sich mit ihren eigenen Vorstellungen vom Alter und latenten Altersbildern auseinandersetzen. Was löst der ältere Mann, die ältere Frau in mir aus? Was hat mit seinen/ihren unbewusst wirkenden Beziehungsmustern zu tun, und wo reagiere ich mit distanzierenden negativen Stereotypen auf Defizite und Hilflosigkeit? Wo idealisiere ich die Ressourcen körperlicher und geistiger »Fitness« und übersehe die Verleugnung des Alters? Wann verstärke ich mit einer fokussierten Wahrnehmung von Defiziten die Verunsicherung und Resignation?

Auf wieviel Auseinandersetzung mit sich und seiner Biografie lässt sich ein alter Mensch ein? Manchem reicht ein Stück Bearbeitung, das einen aktuell belastenden Affekt löst, aber er möchte »nicht mehr die ganze Geschichte« aufrollen. Ein Stück Trauern oder Bearbeiten der Zukunftsangst vor Pflegebedürftigkeit und Hinfälligkeit kann genügen, um weniger verleugnend und gelöster in der Gegenwart zu leben. Was für einen Menschen wie schwer wiegt, können wir nur im gemeinsamen Fragen und Aufdecken erfahren. Als Angehörige der mittleren Generation gilt es zu respektieren, wieviel emotionales Aufarbeiten sich ein alter Mensch zumuten möchte, und wo er Destabilisierung fürchtet. Der Fokus auf verbleibende Ressourcen und stabilisierende Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität sind dann subjektiv wichtiger. Jüngere Patient/innen kommen vielleicht später wieder, wenn sie mehr wissen möchten, bei älteren kann es zu autonomen Entscheidungen gehören, Manches nur Gestreifte so stehenzulassen.

Mit Bezug zu Kapitel 1 lässt sich sagen: Die Kategorie »Risiken«, wie sie in Frage 19A häufig genannt wird, tritt oft erst im höheren Alter (ab 75 Jahren) in den Vordergrund, wenn zu psychischen Symptomen weitere Einschränkungen des Alters (Kategorie »Verluste«) hinzukommen. Der in Frage 19B ausgedrückte Wunsch der Professionellen nach einem Umgang mit Unterstützung, Wertschätzung, biografischem Verständnis und einem spezifischen Angebot kann auch für die Station mit Mehrgenerationenkonzept gelten, wobei ein altersspezifisches Angebot bisher vor allem im Rahmen der Einzeltherapie möglich ist. Solange keine generelle Spezialisierung auf das höhere Alter realisiert ist und die Rahmenbedingungen des Pflegepersonals nicht für eine stärkere geriatrische Pflege ausgerichtet sind, können nur vereinzelt Intensivbetreuungen betagter Patienten umgesetzt werden. Auch wird erst ein geplanter Neubau ein barrierefreies Haus bieten.

Hingegen können in der Arbeit mit Patient/innen von 60 – 75 Jahren viele der in Frage 15 formulierten Wünsche für das eigene Alter thematisiert werden, im Sinne der Vorbereitung oder aktiven Gestaltung der nachberuflichen Lebensphase. Die psychische Erkrankung kann hier oft als aufgeschobene Auseinandersetzung mit Krisen des Älterwerdens und Zukunftsängsten verstanden werden.

2.3 Alter(n) als Thema in der Psychotherapie

2.3.1 Generationenlernen und Übertragungen

Was geschieht, wenn in einer zufällig entstandenen Gemeinschaft einer Psychotherapie-Station Frauen und Männer der verschiedensten Altersgruppen aufeinandertreffen? Das intergenerationelle Lernen und Austauschen geschieht im Zusammenleben auf der Station und kann verdichtet in Gruppentherapien reflektiert werden. Die Erfahrung jeder Generation und ihrer speziellen Lebenssituation wird ganz unterschiedlichen Lebenswelten gegenübergestellt. Dies kann in Konflikten aufeinanderprallen, aber auch anregen, was man – wie die Jüngeren – wieder machen könnte, oder welche Erfahrungen der Älteren lehrreich sind. Jede Generation kann sich so an der anderen wertschätzend oder kritisch spiegeln. Ältere Frauen lernen z.B. vom selbstbewussten Umgang mit dem eigenen Körper der jungen Frauen und diskutieren, in welchem Alter sie sich mit welcher Rock-

länge zeigen können und ob es Vor- oder Nachteile hat, wenn man als ältere Frau in der Gesellschaft nicht mehr so gesehen wird.

Betrachtet man eine Stationsgruppe als vergrößerte Wohngemeinschaft oder Großfamilie, eröffnen sich tieferliegende Bearbeitungsmöglichkeiten intergenerationaler seelischer Konflikte: Unbewusst können sich Beziehungserfahrungen mit den eigenen Eltern oder Kindern an »Stellvertretern« der Gruppe wiederholen, eine Ähnlichkeit in einer Verhaltensweise kann als Aufhänger ausreichen, um auf diese Person Beziehungserwartungen oder -konflikte zu übertragen. Durch das Bewusstwerden und Bearbeiten können die heute einengenden Prägungen verändert werden.

Das Lernen von anderen Generationen geschieht oft mit einer übersprungenen Generation mit besonderem Spaß. Eine »Wahlgroßmutter« hat so Hilfe bei Computerproblemen von einem »Enkel« bekommen, der sich dafür von ihr das Häkeln beibringen ließ und nun mit einem modischen Käppchen einen veränderten Auftritt erprobte. Eine in Trauer um den Ehemann wie versteinerte Frau Mitte Siebzig fand wieder Zugang zu ihrem sozialen Geschick der Berufsjahre und wurde von der Enkelgeneration als humorvoll und tolerant geschätzt. So erlebte sie statt Abgehängtsein und innerer Isolation erstmals wieder Freude: »Ich gehöre bei den Jungen dazu!« Bei anderen Senior/innen entsteht ein Bewusstsein, was sie schon alles geleistet haben und Dankbarkeit, den Druck des Berufslebens hinter sich zu haben. Manche bedauern verpasste Möglichkeiten: »Ich bewundere, wie offen Ihr heute reden könnt, hätte ich als junger Mann so eine Hilfe gehabt, wäre mein Leben vielleicht anders verlaufen.«

In der Psychoedukationsgruppe zum Thema »Altersbilder« können alle Altersgruppen ihre Vorstellungen von alten Menschen reflektieren. Als die Gruppe eine Hemmung hat, Defizite oder negative Alters-Stereotype zu nennen, kann gezeigt werden, dass ressourcenorientierte Bilder mit eigenen Wünschen an das Altwerden und defizitorientierte Bilder mit Ängsten vor dem Alter zusammenhängen. Beispiele für ermutigende Vorbilder des Alters oder Negativvorbilder – »ja nie so werden wie...« – werden ausgetauscht. Welche Rolle spielen sie für die eigenen Vorstellungen und Ängste? Im Sprechen über »Andere« werden vielfältige und mit vielen Vorzügen verbundene Vorstellungen vom Alter genannt.

Bei der Ausdehnung des Themas auf das »Älterwerden«, zeigt sich jedoch, dass sich jede Altersgruppe mit Jüngeren und Älteren vergleicht und dabei wegen

der psychischen Erkrankung subjektiv meist negativ abschneidet. Die Zwanzigjährigen fühlen sich schon »so alt«, weil sie bereits viel Schwieriges erlebt und Angst haben, was »mit dem Älterwerden« noch alles kommen könnte. Dies löst bei der mittleren Generation Betroffenheit und die Frage nach dem Verständnis für die eigenen Kinder aus. Die mittlere Generation kämpft mit den realen körperlichen Anzeichen des Älterwerdens und der Sinnfrage, wenn sie im »Sandwich« der Generationen das Loslassen der Kinder und der Eltern lernen muss. Die Älteren können über ihre Zukunftsängste sprechen, ohne Sorge, die eigene Familie zu belasten.

Verbindend wirkt das Aufdecken ähnlicher Rollenkonflikte in verschiedenen Generationen: Als Motiv hinter depressiver Erschöpfung nennen viele Frauen zwischen Beruf und Familie: »Ich wollte es allen recht machen. Mich selbst habe ich völlig zurückgestellt, ich kenne meine Bedürfnisse gar nicht.« Männer hingegen geraten eher in diese Lage, wenn sie am tradierten »Ernährer-Schema« in der Berufs- und Familienrolle festhalten und ihr Selbstwertgefühl vor allem über selbstausbeuterische Leistung beziehen, »damit es der Familie gut geht«. Bei Arbeitslosigkeit oder Pensionierung wird das Älterwerden dann zur prekären Selbstwertkrise, und die Männer bedauern, dass die Entwicklung der Kinder an ihnen »vorbeigegangen« sei. Die Gruppenmitglieder können so für sich selbst erkennen, inwiefern ihre psychische Dekompensation eine Selbstwertkrise im Zusammenhang mit dem Älterwerden (Hermann 2010) als »Angst vor dem Alter« darstellt.

2.3.2 Exklusion und Inklusion

Nicht alle Patient/innen über 75 lassen sich gut in die Gruppe integrieren. Starke körperliche Einschränkungen, Schwindel oder rasche Erschöpfung führen zu mehr Rückzugsbedürfnis und individueller pflegerischer Begleitung. Schwerhörigkeit, die zuhause noch bagatellisiert blieb, wird in der Gruppe zum ersten Mal als behindernd wahrgenommen. Bis das Hörgerät besorgt ist, ist das Ausgeschlossensein aus der Gruppe eine reale Erfahrung. Therapieangebote im Nebenhausein bedeuten bei Gangunsicherheit eine Hürde, wenn die Akzeptanz des kränkenden Hilfsmittels Rollator noch Teil der Therapie ist. So können Situationen des Abgeschnittenseins nicht verhindert werden, doch eine sensible Gruppe bemerkt z.B. auch die Vergrößerung des Bewegungsradius eines Hochaltrigen im Klinik-

garten anerkennend. Fühlen sich die Hochbetagten ausgeschlossen und isoliert, muss untersucht werden, ob reale Konflikte vorliegen, oder ob die Verletzlichkeit auf eine frühe kindliche Isolation und Zurückweisung verweist und auf die Gruppe oder Behandler/innen eine feindselige Haltung übertragen wird.

Auch umgekehrt können Gruppenmitglieder auf einzelne Ältere eine negative Übertragung bilden, wenn sich z.B. eine Frau mittleren Alters weigert, mit einer hochaltrigen Frau das Zimmer zu teilen, die sie an ihre gewalttätige Mutter erinnert. Finden sich mehrere ältere Patient/innen gleichzeitig auf der Station, kann dies die Integration erleichtern, doch auch Zusammenschlüsse zwischen den »Außenseitern« der Jüngsten und Ältesten sind zu beobachten. Eine 88-Jährige, die bisher von größeren körperlichen Einschränkungen verschont geblieben war, bemerkt in der Gruppe: »Ich habe nie an das Älterwerden gedacht. Zufällig habe ich jetzt gemerkt, dass ich alt bin, dass ich eine Großmutter oder sogar Urgroßmutter sein könnte.« Sie verleugnete ihr Alter und mögliche Einschränkungen in der Zukunft nicht mehr und meldete sich im Altersheim an, jedoch mit neuem Zutrauen, noch selbstständig leben zu können. Erstaunt, von den Jüngeren so bewundert zu werden, wagte sie, auch an der Bewegungstherapie teilzunehmen, wo sie das Tanzen als lange vergessene Freude wieder entdeckte. Anderen Generationen Angst vor dem Alter nehmen zu können, gab ihrer Lebenserfahrung eine neue Bedeutung. So resümierte sie am Ende lachend »jetzt bin ich noch «erwachsen« geworden. Man kann immer noch dazulernen.«

3. Fazit

Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Alter(n) durch die Ältesten kann für die mittleren Generationen ein hilfreiches Modell sein, sich selbst auf das Alter(n) vorzubereiten oder die eigenen Eltern in anderem Licht zu sehen. Umgekehrt lernen die Älteren aus dem Bilanzieren der Jüngeren für das Friedensschließen mit ihrer Biografie. Die Frage von Lohmann und Heuft, ob Psychotherapie im Alter das Zeichen eines versäumten Lebensrückblicks in früheren Jahren sein könnte (1995, S. 239; Hermann, 2009, S. 62), kann so als Motivation für alle Altersgruppen genutzt werden, die Chance einer biografischen Auseinandersetzung aktiv zu ergreifen: Woher komme ich, wo stehe ich, wohin will ich gehen? Das Thema Älterwerden verbindet somit alle Generationen, das »Alter« als Kategorie rückt in den Hintergrund.

Bei sozialen Angeboten in altershomogenen Gruppen beklagen Senior/innen zuweilen, dass sich die eigenen Erfahrungen mit der Häufung von Krankheiten und Todesfällen weiter verstärken. Die Konfrontation mit dem Altern der Andern wird nicht nur als verbindend oder als Relativierung des eigenen Befindens erlebt, sondern auch als beängstigend für die Zukunft. Die starke Fokussierung auf die Altersgruppe kann bei Psychotherapiepatient/innen in einer psychisch instabilen Zeit eine Fixierung auf Leiden und Verlust verstärken, z.B. auf gerontopsychiatrischen Akutstationen mit multimorbiden chronischen Erkrankungen oder Demenzpatient/innen. Das vorgestellte Modell eines stationären Mehrgenerationenansatzes muss hingegen immer wieder neu die Balance suchen, sodass sich Ältere auch mit Einschränkungen integriert fühlen und die Möglichkeit zu anregenden sozialen Erfahrungen haben. Nur wenn das Älterwerden als alle betreffendes Thema im Therapieprogramm verankert ist, können Zuschreibungen des Alters, Ressourcen und Defizite überprüft und in einer akzeptierenden Umgebung neu erlebt werden. Dies schließt an das von Schmitt formulierte Ideal (s. 1.2) einer bedingungslosen Akzeptanz des Alter(n)s an, »ein durch Solidarität und gegenseitige Akzeptanz geprägtes Verhältnis zwischen den Generationen« (2004, S. 146).

Die exemplarisch dargestellten intergenerationellen Lernprozesse sind auf der Station nur in Zeiten mit einer Durchmischung der Generationen und mit alten Menschen möglich, deren Gesundheitszustand die Teilnahme und Reflexion in den Gruppen erlaubt. Solange die über 75-Jährigen eine kleine Minderheit darstellen, sind die Erfahrungen noch wenig verallgemeinerbar. Die 50–75-Jährigen profitieren jedoch in der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie von der Beschäftigung mit den eigenen Altersbildern: Vereinfacht beinhalten die Wünsche an das Alter die »Chancen« und die Ängste die »Risiken«, beide Seiten sind unverzichtbar zum Verständnis der aktuellen Lebenskrise. Für eine zusätzliche Spezialisierung der Station auf das hohe Alter müsste jedoch auch im Behandlungsteam der Fokus noch breiter auf die Reflexion von Altersbildern gerichtet und es müssten Weiterbildungsmöglichkeiten eingerichtet werden.

Die beschriebene Klientel lebt in sozial bevorzugten Verhältnissen, insofern sie sich eine über die obligatorische Grundversicherung hinausgehende Zusatzversicherung der Krankenkasse leisten kann. Der Durchschnitt gehört der mittelständischen, überdurchschnittlich gebildeten Bevölkerungsschicht an, außer bei

Frühberentungen sind nur wenige von staatlichen Hilfen abhängig. Dadurch stehen mehr Selbsthilfemöglichkeiten, soziale und Bildungs-Ressourcen zur Verfügung, die wesentlich zu einer psychischen Stabilisierung beitragen. Umgekehrt können prekäre soziale und finanzielle Situationen den Therapieerfolg stark beeinträchtigen.

Wenn das im ersten Teil beschriebene, von Professionellen vermutete doppelte Stigmatisierungsrisiko, alt und psychisch krank zu sein, in der Realität anzutreffen ist, wird eine alternde Gesellschaft neben spezialisierten Institutionen mit Alters- und Demenzabteilungen noch weitere Modelle und Zwischenformen erproben müssen. Können Mehrgenerationen-Angebote so gestaltet werden, dass alle Altersgruppen von spezialisiertem Fachwissen profitieren? Dies würde einer Multioptionengesellschaft entsprechen, in der für die starken Kohorten der Baby-boomer die Wahl zwischen Standard- und individualisierten Lösungen ein Grundbedürfnis der Selbstbestimmung darstellt.

Literatur

- Amrhein, Ludwig; Backes, Gertrud M. (2007): Alter(n)sbilder und Diskurse des Alter(n)s. Anmerkungen zum Forschungsstand. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40, 104–111.
- Backes, Gertrud M. (2004): Alter und Altern im Kontext der Entwicklung von Gesellschaft. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hg.): *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* Bern (Huber), S. 82–96.
- Bäurle, Peter; Förstl, Hans; Hell, Daniel; Radebold, Hartmut (2005): *Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen*. Bern (Huber).
- Bäurle, Peter; Radebold, Hartmut; Hirsch, Rolf D. (2000): *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen: Grundlagen und Praxis*. Bern (Huber).
- Baltes, Margret M. (1995): Verlust der Selbständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. *Psychologische Rundschau* 46, 159–170.
- Baltes, Margret M.; Zank, Susanne; Neumann, E. M. (1997): Aufrechterhaltung von Selbständigkeit im Alter: Ein Trainingsprogramm für Pflegepersonal. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 18(3), 269–300.

- Brendebach, Christine; Piontkowski, U. (1997). Alte Patientinnen in der Hausarztpraxis: ein Beitrag zur gerontologischen Einstellungsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 30, 368-374.
- Boothe Brigitte; Hermann Marie-Luise (2011): Beziehungen, die Mut machen: Kreditierung in der Psychotherapie mit Älteren. *Psychotherapie im Alter* 8 (2), 203–216.
- Erlemeier, Norbert, Weber, Georg, Nassehi, Armin, Saake, Irmhild & Watermann, Rainer (1997). Altersbilder von Fachkräften in der Altenpflege. *Pflege*, 10, 206-214.
- Filipp, Sigrun-Heide; Mayer, Anne-Kathrin (1999): Bilder des Alterns. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen. Stuttgart (Kohlhammer).
- Hermann, Marie-Luise (2009): Was im Leben zählt. Kreditierung und Selbstkreditierung alter Menschen im lebensgeschichtlichen Interview. Bern (Lang).
- Hermann, Marie-Luise (2010): Die Zukunft der seelischen Gesundheit im Alter gestalten. Wirkungen der Münsterlinger Zukunftskonferenz. Dissertation Universität Zürich. Verfügbar über: http://opac.nebis.ch/ediss/20111009_003412412.pdf [Stand: 15.03.2015]
- Hermann, Marie-Luise (2012): Narzisstische Krisen in der zweiten Lebenshälfte. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 14 (1), 69–83.
- Hermann, Marie-Luise; Bäurle, Peter (2010): Traumata – Warum werden sie im Alter wieder aktiv? *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin* 8 (4) 31–39.
- Hermann, Marie-Luise; Bäurle, Peter (2012): Zukunftskonferenz ›Seelische Gesundheit im Alter‹ – Regionale Vernetzungsmöglichkeiten am Beispiel des Kantons Thurgau. In: Lindner, Joachim; Peters, Meinolf (Hg.): *Psychosoziale Gesundheit im Alter. Neue Herausforderungen für die Prävention und psychosomatische Rehabilitation*. Frankfurt (VAS), S. 234–249.
- Imai, Tanya; Telger, Klaus; Wolter, D.; Heuft, Gereon (2008): Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, 486–496.
- Kruse, Andreas; Schmitt, Eric (2005): Ist in der heutigen Gesellschaft eine Diskriminierung des Alters erkennbar? Ein empirischer Beitrag zum Ageism. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (Supplement 1), I/56–I/64.

- Kruse, Andreas; Schmitt, Eric (2006): A multidimensional scale for the measurement of agreement with age stereotypes and the salience of age in social interaction. *Ageing & Society* 26, 393–411.
- Lohmann, Robin; Heuft, Gereon (1995): Life Review: Förderung der Entwicklungspotentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, 236–241.
- Mayring, Philipp (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim (Beltz).
- Peters, Meinolf (2008): Alter und Psychotherapie – von der Annäherung zweier Fremder. Ein klinisches Feld gewinnt Konturen. *Psychotherapie im Dialog* 9 (1), 5–12.
- Peters, Meinolf; Jeschke, Karin; Peters, Lisa (2013): Ältere Patienten in der psychotherapeutischen Praxis – Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Psychologische Medizin* 63, 439–444.
- Peters, Meinolf; Jeschke, Karin; Lindner, Joachim; Peters, Lisa (2014): Therapeutischer Stil und psychotherapeutische Behandlung älterer Patienten. *Psychotherapeut* 59, 239–245.
- Radebold, Hartmut (2006): Psychotherapie mit Älteren: Zielsetzungen, Möglichkeiten und Grenzen. *Psychotherapie Forum* 14, 12–16.
- Schmitt, Eric (2004): Altersbild – Begriff, Befunde und politische Implikationen. In: Kruse, Andreas; Martin, Mike (Hg.): *Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern (Huber), S. 135–147.
- Weisbord, Marvin R.; Janoff, Sandra (2001): *Future Search – Die Zukunftskonferenz*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Zank, Susanne; Peters, Meinolf; Wilz, Gabriele (2010): *Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters*. Stuttgart (Kohlhammer).

Abbildungsverzeichnis

Tab. 1: Kategorien Frage 18

Tab. 2: Kategorien Frage 19

Über die Autorin

Marie-Luise Hermann

Dr. phil., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Musikerin. Klinische Psychologin an der Privatklinik Aadorf und ambulante psychoanalytische Praxis. Schwerpunkte: Psychotherapie im Alter, Narrative Gerontologie, therapeutische Beziehung.

*Privatklinik Aadorf
Fohrenbergstr. 23
CH-8355 Aadorf*

E-Mail: mlhermann.praxis@bluewin.ch