

## Positives Altern – Betrachtungen aus der klinischen Praxis

(Erstveröffentlichung 2005 in Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 23 (4), S. 243-249)

*„Sie sehen die Vögel nach Süden ziehen  
sind längst schon bereit  
die Zeit hat nichts mehr übrig für sie,  
sie gehen ihr auf den Geist“  
Herbert Grönemeyer*

### 1. Zusammenfassung

Weit verbreitete negative Altersbilder scheinen im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung Fähigkeitsverluste zu begünstigen und ältere Menschen an der Entwicklung ihrer Potentiale zu behindern. Die existierende Unterversorgung Älterer im psychotherapeutischen Versorgungsbereich scheint u.a. darin begründet, dass Therapeuten die unangemessenen gesellschaftlichen Altersmythen übernehmen, und ältere Menschen entgegen wissenschaftlichen Befunden für untherapierbar halten.

Anhand von Erfahrungen des Autors in der psychotherapeutischen Arbeit mit über 50jährigen Menschen in einer spezialisierten Tagesklinik sollen aus einer systemischen Perspektive wichtige Bestandteile für eine erfolgreiche Behandlung älterer Menschen reflektiert werden.

Psychotherapeuten könnten und sollten bei der Verwirklichung positiverer Altersbilder Beiträge leisten. Systemische Therapie kann hierzu wichtige Haltungen und Methoden anbieten.

### 2. Einleitung

In einer Zeit, in der der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung immer mehr zunimmt, sollte der Betrachtung des höheren Lebensalters eine größere Bedeutung zukommen. Die heimlich vorherrschende Sichtweise des Alterns (zur Präzisierung dieses unscharfen Begriffs s. z.B. Wulf, 1996; Lehr, 2005, in dieser Zeitschrift) als Prozess des Zerfalls mit zunehmender Isolation und Nutzlosigkeit, wenn nicht sogar Belastung für die Allgemeinheit, erscheint wenig hoffnungsvoll, zeigt sich bei näherer Betrachtung aber auch wenig haltbar (z.B. Gergen & Gergen, 2005; Lehr, 2003; Baltes & Staudinger, 1996).

Es stellt sich sogar die Frage, inwieweit die negativen Altersstereotypen und Mythen ältere Menschen an der Entfaltung ihrer Potentiale hindern (Friedan, 1995; Baltes & Montada, 1996; Lehr, 2005) oder, noch weitergehend, zu einer Minderung von Kompetenzen führen (Prahel & Schroeter, 1996).

Durch das oft weit reichende Infragestellen von Fähigkeiten entsteht eine negative Erwartungshaltung bei alten Menschen sich selbst gegenüber, die Unsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen auslöst und damit Fähigkeitsverluste begünstigt (Lehr, 1994). Der postulierte Altersverfall bekommt somit den Charakter einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Ein hauptsächlich sozial konstruiertes Phänomen wird als biologisch-natürliches Phänomen verkannt (Baltes, M. 1996). Eine Langzeitstudie der Universität Yale an 660 Älteren konnte zeigen, dass diejenigen, die Altersvorurteile ablehnten und eine positive Selbsterwartung hatten, durchschnittlich 7,5 Jahre länger lebten (Levy, et al., 2002)!

### **3. Klinische Perspektive**

Wenn unsere persönlichen und gesellschaftlichen Haltungen zum Altern so deutlichen Einfluss auf unsere Lebensqualität im Alter nehmen können, erwächst daraus eine hohe Verantwortung nicht nur für Politik und gesellschaftliche Organisationen, sondern auch für den Gesundheitsbereich. Wie halten es Ärzte, Psychotherapeuten und psychosoziale Berater mit alten Menschen?

Die Amerikanische Psychologische Vereinigung (APA) hat ihre Verantwortung erkannt und wirbt für Richtlinien für Psychotherapie mit Älteren (APA, 2004). Es wird in insgesamt 20 Richtlinien empfohlen, die eigenen Vorurteile in Bezug auf Ältere zu erkennen und abzubauen, da diese sonst zu verzerrenden Wahrnehmungen in der Therapie verleiten und damit ebenfalls zu Diskriminierungen führen können. Es wird weiter gewarnt, dass paternalistische Haltungen der therapeutischen Beziehung schaden und bestätigt, dass ältere Menschen genauso gut von Psychotherapie profitieren wie jüngere (s. auch die Übersicht zu Outcomestudien im Alter bei Heuft & Schneider, 2001; sowie Gergen & Gergen, 2004; Karlbauer-Helgenberger, et al., 1996).

Die Tatsache dass ein renommierter Berufsverband auf Gefahren von Vorurteilen bei Therapeuten hinweist, explizit Weiterbildungen empfiehlt und wichtige Befunde selber auflistet (APA, 2004), spricht der gängigen Praxis nicht gerade ein Lob aus.

Welche Erfahrungen kann man in der psychotherapeutischen Landschaft in Deutschland machen? Eine Praxisstudie bei niedergelassenen Psychotherapeuten ergab, dass 89,5% der Behandler keinen über 60jährigen Patienten betreuten. Über 65jährige machten nur 0,9% der Patienten aus, 50-59jährige nur 4,85% (Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik, Tiefenpsychologie, 1988). Damit bleibt die psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen in Deutschland ähnlich wie in anderen europäischen Ländern weit hinter dem Bedarf zurück (Kemper, 1994). In einer Expertise zum dritten Altenbericht der Bundesregierung wurde diese Einschätzung jüngst erneut bestätigt (Heuft & Schneider, 2001).

Verantwortlich für die mit dem Alter abnehmende psychotherapeutische Versorgung Älterer scheinen weniger die Vorbehalte der älteren Menschen zu sein, als viel mehr die der Therapeuten (Heuft & Marschner, 1994; Reimer, 2000) und der Gutachter der Krankenkassen (Hirsch &

Radebold, 1994). Die Ansicht Freuds, dass Ältere ab 50 mit psychoanalytischen Methoden nicht mehr behandelbar seien, scheint bis heute nachzuwirken und für alle psychotherapeutischen Schulen quasi Gesetzescharakter zu behalten (Riehl-Emde, 2000, b). Dabei wird eine positive Haltung zum Alter und die Fähigkeit zur Herstellung positiver Übertragungssituationen als Grundvoraussetzung des Therapeuten für eine erfolgreiche Behandlung betrachtet (Helmchen & Kanowski, 2001).

#### **4. Psychiatrische Erfahrungen aus systemischer Perspektive**

Im folgenden sollen Erfahrungen aus der beruflichen Praxis des Autors in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik im nördlichen Ruhrgebiet wiedergegeben und einige Fallbeispiele betrachtet werden.

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich werden gerontopsychiatrische Tageskliniken für die Behandlung älterer psychisch kranker Menschen besonders hervorgehoben (Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, 1988, nach Helmchen & Kanowski, 2001).

Die Tagesklinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie Schlaunhaus (benannt nach ihrem westfälischem Architekten) im Westfälischen Zentrum Herten behandelt Menschen mit psychischen Erkrankungen ab 50 Jahren. Konzeptuell besteht eine Spezialisierung auf depressive Erkrankungen sowie auf Gedächtnisprobleme in Form einer Memory-Klinik. Bei bewährter, überwiegend gruppentherapeutischer Orientierung des Therapieprogramms (s. hierzu auch Radebold, 1994), wird unter systemischer Perspektive viel Wert auf die frühe und intensive Einbeziehung der Familien, bzw. der sozialen Bezugssysteme der behandelten Menschen gelegt (Weakland & Herr, 1984; Schlesinger-Kipp & Radebold, 1982; Reimer, 2000).

In Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten und ihren Familien stehen häufig ausgeprägte Ängste vor dem Älterwerden, hinter denen sich negative Altersbilder verbergen, und fehlende Perspektiven im Vordergrund (s. auch Johannsen, 1992). Berentung, Todesfälle, körperliche Erkrankungen und Vereinsamung führen zu Lebenskrisen, die psychische Erkrankungen auslösen können (Reimer, 2000). Nach eigenen Erfahrungen spielen auch Konflikte in den Familien und reaktivierte Traumatisierungen häufig eine Rolle. Die Behandlung wird oft dadurch erschwert, dass viele der heute über 60jährigen gelernt haben, das man über persönliche oder familiäre Probleme nicht spricht (Riehl-Emde, 2002a).

Systemische Grundhaltungen und Techniken (von Schlippe & Schweitzer, 1996; Hoffman, 2002) erweisen sich in psychiatrischen Kontexten oft als besonders hilfreich (s. hierzu den Sammelband von Keller & Greve, 1996). Basierend auf der erkenntnistheoretischen Position des sozialen Konstruktivismus (z.B. Gergen, 2002) wird angenommen, dass Realitäten in sozialen Beziehungen durch Gespräche (Kommunikation) konstruiert werden. Hierbei wird jedes Gespräch als ein

einmaliger, einzigartiger Prozess betrachtet, in dem sich alle Beteiligten wechselseitig beeinflussen. Dabei kann der Therapeut nicht als unabhängiger Beobachter betrachtet werden, vielmehr ist er als kokonstruierender Teil des Systems zu verstehen.

Aus einer Position des Nichtwissens (Anderson & Goolishian, 1992), der Neutralität und Neugier (Cecchin, 1988) und/oder der Allparteilichkeit (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) heraus werden Ideen und Wahrnehmungen aller relevanten Beteiligten wertgeschätzt und gleich berechtigt in einen offenen Dialog geführt (Seikkula, 1996; Bachtin, 1971), womit innere und äußere Vielstimmigkeit (Deissler, 2004) gefördert werden.

Inwieweit bilden sich diese (sehr komprimiert) dargestellten Haltungen in der täglichen tagesklinischen Arbeit ab? Alle Teammitglieder bemühen sich um eine offene, respektvolle, wertschätzende und neugierige Haltung den älteren Menschen und ihren Familien und Bezugspersonen gegenüber. Erweiterte Familiengespräche in Form von Hausbesuchen sind fester Bestandteil jeder Behandlung. Die Gespräche werden prozessorientiert und zumeist in sequentieller Interviewform (Deissler, Keller & Schug, 1997) mit Nutzung eines Reflektierenden Teams (Andersen, 1990) durchgeführt. In Einzel- und Gruppengesprächen wird durch beziehungsengagiertes Reflektieren (Deissler, 2000) und Selbstreflexivität (Deissler, 1997) persönliche Haltung und eigene Erfahrung der Therapeuten gleich berechtigt neben die Sichtweisen der Patientinnen und Patienten gestellt (Hoffman, 1996) und durch dialogische Gespräche zur Kooperation eingeladen (Anderson, 2000). Nach gegenwärtigen Erfahrungen fördern diese Haltungen und Vorgehensweisen in besonderer Weise die therapeutische Beziehung und damit den gesamten Behandlungsprozess, so dass durch transformative Dialoge (Gergen, McNamee & Barrett, 2003) oft weit reichende Veränderungen erzielt werden können.

Wichtig erscheint im besonderen das momentane Lebensgefühl der älteren Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund ihrer sozialen Bezugssysteme und ihrer individuellen Lebensverläufe zu verstehen und zu reflektieren (Johannsen, 1999). Im Behandlungsverlauf wird dann kokreativ und ressourcenorientiert die Entwicklung alternativer, Selbstwert fördernder Altersbilder unterstützt. Hierzu erweist es sich oft als notwendig, aktuelle oder vergangene reaktivierte Konflikte und Traumata psychotherapeutisch zu bearbeiten (Kruse, 1990), wobei die älteren Patientinnen und Patienten zum Teil ungeahnte Verarbeitungsfähigkeiten entfalten (s. Überblick über Studien zu posttraumatischem Wachstum von Tedeschi & Calhoun, 2004). Zusätzlich werden aber auch soziale Partizipation und Beziehungsnetzwerke gefördert, was sich als Schutz vor Funktionsverlusten zu erweisen scheint (Avlund, et al., 2004, nach Gergen & Gergen, 2004).

Zusammenfassend werden aus systemischer Perspektive als wichtige Bestandteile für eine erfolgreiche Behandlung älterer Menschen in seelischen Krisen folgende Elemente betrachtet:

Respektvolle, wertschätzende und neugierige Grundhaltung

- Offene, gleich berechnigte, dialogische Gesprächsführung
- Beziehungsengagierte und selbstreflexive Therapeutenposition
- Einbeziehung der Familien und wichtigen Bezugspersonen
- Entwicklung eines individuellen Verständnisses der aktuellen Lebenskrise, unter Berücksichtigung des Lebensverlaufs
- Notwendige Aufarbeitung relevanten Krisen und Konflikte, Förderung von entsprechenden Verarbeitungsfähigkeiten
- Entwicklung und Unterstützung sozialer Beziehungsnetzwerke
- Förderung von Selbstwerterleben und Selbstwirksamkeitsempfinden
- Entwicklung neuer Perspektiven mit entsprechenden Lebens-, bzw. Altersbildern

Psychotherapeutische Behandlungen in spezialisierten Tageskliniken für ältere Menschen erweisen sich als sinnvoll und erfolgreich (z.B. Wächtler & Block, 1994). Nicht selten entwickeln sich neue, oder reaktivieren sich verloren geglaubte Fähigkeiten während der tagesklinischen Behandlung und öffnen Türen für hoffnungsvolle Zukünfte. Zum Teil schon für Pflegeheime angemeldete Menschen verlassen die Behandlung wieder selbstständig und zuversichtlich und trotzen damit den gesellschaftlichen Stereotypen.

## 5. Fallbeispiel 1 : Ängste und Träume (Herr Pan)

*Herr Pan, 57 Jahre alt und verheiratet, wurde auf Sri Lanka geboren und kam vor ca. 24 Jahren nach Deutschland, um hier Arbeit zu finden. Er bekam eine Anstellung als Hilfspfleger auf einer geriatrischen Station eines Krankenhauses. Die Ehefrau von Herrn Pan stammt ebenfalls aus Sri Lanka und war als gelernte Hebamme beschäftigt.*

*Herr Pan befand sich nun bereits zum dritten Mal innerhalb von zwei Jahren in Behandlung unserer Tagesklinik, vor unserer ersten Behandlung hatte auch noch eine stationäre Behandlung stattgefunden. Herr Pan war jeweils aufgrund von schweren Depressionen mit ausgeprägten Versagensängsten, Zukunftsorgen und schweren Schlafstörungen in die Behandlung gekommen. Herr Pan hatte sich Monate vor der ersten Aufnahme bereits zunehmend erschöpft, überlastet und immer wertloser gefühlt und schließlich einen Selbstmordversuch unternommen.*

*Während der Behandlungen spielten Ängste vor dem Älterwerden eine große Rolle. In den letzten Jahren waren bei Herrn Pan ein erhöhter Blutdruck (arterielle Hypertonie) sowie Verschleißerscheinungen in den Kniegelenken und im Rücken festgestellt worden. Ängste vor körperlichen Verfallsprozessen und vor einem Schlaganfall wurden für ihn zunehmend zur Gewissheit, er sah sich bereits wie seine Pflegepatienten einsam und verlassen im Rollstuhl dahinvegetieren.*

*Im Rahmen der tagesklinischen Erfahrungen und in verschiedenen Paar- und Familiengesprächen konnte Herr Pan allmählich andere Altersbilder entwickeln. Täglich erlebte er, wie zum Teil deutlich ältere Mitpatienten Lebensfreude wieder fanden, neue Fähigkeiten entdeckten, alte wieder auffrischten und sich neu sozial positionierten. Herr Pan entdeckte mit großem Erstaunen, dass Älterwerden viele Entwicklungsmöglichkeiten beinhaltet und dass selbst körperlich schwer beeinträchtigte Menschen zu neuem Lebensgenuss finden können.*

*Herr Pan selbst entwickelte eine Leidenschaft fürs Malen, worin er tiefe Ruhe fand. Er meldete sich zu Kursen an der VHS an, um seine Fertigkeiten weiter zu vertiefen. Herr Pan kam auf die Idee, eine Versetzung an seiner*

*Arbeitsstelle in den Bereich der Ergotherapie zu beantragen, seiner ursprünglichen Arbeit fühlte er sich nicht mehr gewachsen. Die Pflegedienstleitung lehnte diese ursprünglich zugesagte Idee schließlich ab. Herr Pan war zunächst stark enttäuscht und entwickelte eine erneute Krise mit Selbstmordphantasien, entschloss sich aber nach Abwägung aller Möglichkeiten einen Berentungsantrag zu stellen.*

*Im Rahmen eines systemischen Weiterbildungskurses wurde ein weiteres Paargespräch vor ca. 15 Teilnehmern vom Autor durchgeführt. Nach Betrachtungen wichtiger Lebensstationen entwickelte sich ein Gespräch über Lebensträume und Wünsche. Herr Pan beschrieb eine neue Zukunftsvision, in der er gerne zusammen mit seiner Frau seinen Ruhestand auf Sri Lanka verbringen und dort besser malen lernen und damit in Ruhe und Frieden seine Zeit ausfüllen würde. Herr Pan schätzte die Wahrscheinlichkeit, diese Wünsche umsetzen zu können, aber als sehr gering ein. Es wurde ein offenes Reflektierendes Team gebildet, in dem Erfahrungen und Lebensweg des Ehepaars gewürdigt wurden und in dem auch ein lebhafter Gedankenaustausch über Träume und deren Realisierungschancen, sowie über das Älterwerden entstand.*

*Beide Ehepartner äußerten sich am Ende sehr zufrieden, sie hätten nicht gedacht, dass man soviel positives über sie beide und ihr Leben sagen würde, das Gespräch hätte ihnen sehr gut getan und sie sehr angeregt.*

*Einige Wochen später berichtete Herr Pan freudig von der Bewilligung seines Rentenantrages. Mit etwas verschämtem Stolz erzählte er, dass er und seine Frau, die mittlerweile ebenfalls einen Berentungsantrag gestellt hatte, geplant hatten, für sechs Monate nach Sri Lanka zu verreisen und zukünftig ihr Leben abwechselnd in Deutschland und in ihrem Geburtsland zu verbringen. Kürzlich erhielt der Autor eine Postkarte aus Sri Lanka mit Grüßen von einem dankbaren und glücklichen Ehepaar Pan.*

## **6. Fallbeispiel 2 : Sehnsucht (Frau Lini)**

*Die 76jährige Frau Lini war auf Sizilien geboren worden und in einem kirchlichem Kinderheim aufgewachsen. Seit 47 Jahren verheiratet, hatte Frau Lini mit ihrem Mann abwechselnd auf Sizilien und in Deutschland gelebt. Es gab drei Pflegekinder, wobei nur noch Kontakt zu einer Pflegetochter bestand.*

*Frau Lini kam aufgrund von zunehmender körperlicher Schwäche, Kopfschmerzen, Vergesslichkeit und zeitweiliger Verwirrtheit zur erstmaligen psychiatrischen Behandlung in unsere Tagesklinik. In verschiedenen somatischen Krankenhäusern waren keine hinreichenden Ursachen für die Beschwerden gefunden worden. Frau Lini konnte zu Behandlungsbeginn alleine kaum noch gehen. In Gesprächen schien sie keine Worte zu finden, konnte sich daher kaum mitteilen. Sie wirkte erstarrt und hilflos.*

*Nach einigen Wochen Behandlung veränderte sich Frau Lini deutlich, sie wurde geordneter, begann zaghaft wieder am Leben teilzunehmen und sich zunehmend für das Geschehen in der Tagesklinik zu interessieren. In Gesprächen zeigte sie sich stark von ihrer Ehe enttäuscht, in der sie sich regelmäßig herabgesetzt fühlte. Darüber hinaus schilderte sie schmerzhaft Sehnsucht nach ihrer Heimat.*

*Bei einem Familiengespräch im Rahmen eines Hausbesuches schilderten Ehemann und Pflegetochter folgende Lage: Das Ehepaar hatte über Jahre geplant, den Lebensabend auf Sizilien zu verbringen und dort bereits ein Haus gebaut. Vor vier Jahren hatte der Ehemann jedoch einen schweren Herzinfarkt erlitten, und aus Angst vor mangelnder Qualität der medizinischen Versorgung in Italien den vorherigen Zukunftsplänen eine Absage erteilt. Seitdem hatte er auch keine Reisen mehr unternommen. Frau Lini sah für sich keine Möglichkeit mehr, in ihre Heimat zurückzukehren, vor allem da ihr Mann ihr Reisen alleine nicht zutraute und daher auch nicht erlaubte.*

*Im weiteren Behandlungsverlauf erfuhr Frau Lini in Gesprächsgruppen und Rollenspielübungen zunehmend Unterstützung und Verständnis durch Mitpatienten. Sie wurde selbstbewusster und selbstsicherer, körperliche Einschränkungen verschwanden fast vollständig, ebenso die Gedächtnisprobleme. Sie knüpfte Kontakte zu einer*

*kirchlichen Frauengruppe, entwickelte neue Lebensfreude und neue Zukunftspläne. Sie begann sich ihrem Mann gegenüber zu behaupten und vereinbarte schließlich regelmäßig alleine Urlaub in ihrer Heimat machen zu dürfen. Frau Lini verließ unsere Behandlung mit deutlicher Zuversicht und in jeder Hinsicht stark verändert.*

## 7. Ausblick

### Das Alter ist wundervoll,

*wir dürfen es uns nur nicht vermiesen lassen.*

*Elisabeth Steinmann*

*Studien zeigen, dass Ältere trotz zunehmender körperlicher Beschwerden genauso glücklich und zufrieden sind wie Jüngere, und dass nur 2% der Vorgänge der Lebenszufriedenheit im höheren Alter durch das chronologische Alter ungeklärt werden (s. z.B. Smith & Baltes, 1996). Übereinstimmend wird in der Fachwelt daher gefordert, positive Altersbilder zu fördern und Vorurteilen und Diskriminierungen entgegen zu wirken (s. z.B. die Beiträge in dieser Zeitschrift). Diese Aufgabe wird als ein gewichtiger Brennpunkt einer Zukunft des Alterns betrachtet (Baltes, 1996).*

Baltes & Staudinger (1996) führen dazu aus, dass wir uns gesellschaftlich wie persönlich schwer damit tun, das Potenzial für ein gutes Altern zu aktivieren und angemessene, der Differenziertheit des Alters entsprechende Altersbilder zu entwickeln.

Hier sollte nicht nur die Grundlagenforschung tätig sein (Baltes & Staudinger, 1996), sondern auch Psychotherapeuten könnten und sollten hierzu ihren Beitrag leisten. Es wird als eine spezielle Aufgabe der Psychotherapie im Alter erachtet, die Verwirklichung von Entwicklungspotentialen zu fördern (Kruse, 1990). Die Wahrnehmung der entsprechenden Entwicklungsmöglichkeiten Älterer steckt dabei noch in den Anfängen, aber auch die ältere Bevölkerung hat ein Recht auf Behandlung auf angemessenem Niveau (Heuft & Schneider, 2001).

Da die Qualität der therapeutischen Beziehung unabhängig von der jeweiligen Therapiemethode als wesentlich für die zu erwartende Besserung gilt (Kemper, 1992), könnten systemische Therapiemethoden in der Arbeit mit älteren Menschen wie vorangehend skizziert (s. den Abschnitt: Psychiatrische Erfahrungen aus systemischer Perspektive) gerade hier wichtige Haltungen und Methoden zur Verfügung stellen. Insbesondere Formen der offenen, gleich berechtigten, dialogischen Gesprächsführung, sowie die selbstreflexive therapeutische Haltung und das beziehungsengagierte Reflektieren könnten in Beziehungsgestaltung und therapeutischer Arbeit einen Unterschied machen, der einen Unterschied macht. (Die Möglichkeiten anderer therapeutischer Richtungen werden damit nicht in Abrede gestellt).

Das ältere Menschen weiterhin einer Etikettierungslast ähnlich wie der Schizophrenie unterliegen (Weakland & Herr, 1984), erscheint unangemessen und nicht hinnehmbar. Wenn es aber keine positiven Bilder vom Alter gibt, dann ist auch die Wahrscheinlichkeit gering, dass positive Alternsprozesse überhaupt entstehen (Baltes, 1996). Dabei verdient die Meisterung der Lebensaufgaben des Alters dieselbe gesellschaftliche Anerkennung und Würdigung wie die Meisterung anderer Entwicklungsaufgaben (Montada, 1996).

Es wird Zeit, dass jeder einzelne von uns seine Altersbilder reflektiert und das wir neue Wirklichkeiten mitkonstruieren. Denn wer von uns möchte unter der Last der bestehenden Mythen schon altern?

## **Summary: Positiv Aging – Considerations from a clinical praxis**

Wide distributed negativ pictures of aging seem to support the loss of capabilities of older people and to prevent the development of their potentials. The existing undersupply of elders in the psychotherapeutical area seemed to be the result of therapists, taking the inappropriate position of socially agingmyths, and thinking about elderly people as beeing not curable by psychotherapy, which is in contradiction to scientific results.

Using the authors experinces from psychotherapeutical work with people over age of 50 in a specialised dayclinic, important components for a successfull treatment of elder people should be reflected from a systemic point of view. Psychotherapist are able to support the realisation of more positiv pictures of aging. Systemic therapy can offer important attitudes and methods to this.

## **Literatur**

American Psychological Association APA (2004). *American Psychologist*, 59, S. 236-260.

Andersen, Tom (1990). *Das reflektierende Team*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Anderson, Harlene (2000). *Kollaborative Sprachsysteme und Beziehungen – Ein postmoderner Ansatz für Therapie und Beratungspraxis*. In: Deissler, Klaus G & McNamee, Sheila (Hrsg.), *Phil und Sophie auf der Couch – Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, S. 83-96.

Anderson, Harlene & Goolishian, Harold (1992). *Der Klient ist Experte*. *Zeitschrift für Systemische Therapie* 10: 176-209.

Bachtin, Michail (1971). *Probleme der Poetik Dostojewskis*. München: Hanser.

Baltes, Margret (1996). *Betty Friedan: Vom Feminismus zur Alterskultur*. In: Baltes, Margret & Montada, Leo (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 10-13.

Baltes, Margret & Montada, Leo (1996)(Hrsg.). *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Baltes, Paul B. (1996). *Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor*. In: Baltes, Margret & Montada, Leo (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 29-68.

Baltes, Paul B. & Staudinger, Ursula M. (1996). *Über die Gegenwart und Zukunft des Alterns*. In: Hoppe, Birgit & Wulf, Christoph (Hrsg.), *Altern braucht Zukunft*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt, S. 318-354.

Boszormenyi-Nagy, Ivan & Spark, Geraldine H. (1978). *Invisible Loyalties*. New York: Harper & Row. Deutsch (1993): *Unsichtbare Bindungen*. Stuttgart: Klett Cotta.

- Cecchin, Gianfranco (1988). Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 13: 190-203.
- Deissler, Klaus G. (1997). Einladung zu selbstreflexiven therapeutischen Gesprächen. In: Deissler, Klaus G: *Sich selbst erfinden? Von systemischen Interventionen zu selbstreflexiven Gesprächen*. Münster: Waxmann, S. 158-172.
- Deissler, Klaus G.; Keller, Thomas & Schug, Roswitha (1997). Kooperative Gesprächsmoderation. In: Deissler, Klaus G: *Sich selbst erfinden? Von systemischen Interventionen zu selbstreflexiven Gesprächen*. Münster: Waxmann, S. 173-192.
- Deissler, Klaus G. (2000). Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche – Sich selbst erfinden durch beziehungsengagiertes Reflektieren. In: Deissler, Klaus G & McNamee, Sheila (Hrsg.), *Phil und Sophie auf der Couch – Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, S. 18-36.
- Deissler, Klaus G. (2004). Vorwort zu *Die Wertschätzende Organisation*. In: Deissler, Klaus G & Gergen, Kenneth J. (Hrsg.), *Die Wertschätzende Organisation*. Bielefeld: Transkript Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik, Tiefenpsychologie DGPPT (1988). *Praxisstudie zur Psychotherapeutischen Versorgung*. Hamburg: Eigenverlag.
- Friedan, Betty (1995). *Mythos Alter*. Reinbeck bei Hamburg: Rowolt.
- Gergen, Kenneth J. (2002). *Konstruierte Wirklichkeiten: Eine Hinführung zum sozialen Konstruktivismus*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gergen, Mary M. & Gergen, Kenneth J. (2004). *Positiv Aging Newsletter*, No. 26.
- Gergen, Mary M. & Gergen, Kenneth J. (2005). Positives Altern und die Beziehungsmatrix. In: *Z. f. system. Therapie und Beratung*, 23 (4).
- Gergen, Kenneth J., McNamee, Sheila & Barrett, Frank (2003). Transformativer Dialog. *Z. f. system. Therapie und Beratung*, 21 (2), S. 69-89.
- Helmchen, Hanfried & Kanowski, Siegfried (2001). Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen* (Hrsg.), *Expertise zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Band 4: Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie*. Opladen: Leske und Buderich, S. 11-111.
- Heuft, Gereon & Marschner, Claudia (1994). Psychotherapeutische Behandlung im Alter. *State of the art. Psychotherapeut* 39: 205-219.
- Heuft, Gereon & Schneider, Gudrun (2001). Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen*

(Hrsg.), Expertise zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Band 4: Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie. Opladen: Leske und Buderich, S.201-303.

Hirsch, Rolf D. & Radebold, Hartmut (1994). (Psycho-) Therapeutisches Aufgabenspektrum für die im Altenbereich tätigen Berufsgruppen. In: Radebold, Hartmut & Hirsch, Rolf D. (Hrsg.), Altern und Psychotherapie. Bern: Huber, S. 191-201.

Hoffman, Lynn (1996). Therapeutische Konversation: Von Macht und Einflussnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie – Die Entwicklung systemischer Praxis. Dortmund: Verlag modernes lernen.

Hoffman, Lynn (2002). Family Therapie: An Intimate History. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Johannsen, Johannes (1992). Systemische Therapie mit Älteren. In: Hirsch, Rolf D.; Bruder, Jens; Radebold, Hartmut & Schneider, Holger K. (Hrsg.), Multimorbidität im Alter. Bern: Verlag Hans Huber, S.

Johannsen, Johannes (1999). Systemische Therapie mit Älteren – Quo Vadis? In: Heuft, Gereon & Teising, Martin (Hrsg.), Alterspsychotherapie – Quo Vadis? Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH, S. 48-62.

Karlbauer-Helgenberger, Franziska; Zully, Jürgen & Buttner, Peter (1996). Altersprobleme. In: Margraf, Jürgen (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer, S. 415-447.

Keller, Thomas & Greve, Nils (1996). Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Kemper, Johannes (1992). Psychotherapie. In: Hirsch, Rolf D. (Hrsg.), Altern und Depressivität. Göttingen: Verlag Hans Huber, S. 141-155.

Kemper, Johannes C. (1994). Alterspsychotherapie in der nervenärztlichen Praxis. In: Radebold, Hartmut & Hirsch, Rolf D. (Hrsg.), Altern und Psychotherapie. Bern: Huber, S. 133-142.

Kruse, Andreas (1990). Die Bedeutung von seelischen Entwicklungsprozessen für die Psychotherapie im Alter. In: Hirsch, Rolf D. (Hrsg.), Psychotherapie im Alter. Bern: Verlag Hans Huber, S. 11-28.

Lehr, Ursula (1994). Kompetenz im Alter. In: Lehr, Ursula M. & Reppen, Konrad (Hrsg.), Älterwerden: Chance für Mensch und Gesellschaft. München: Olzog, S.9-28.

Lehr, Ursula (2003). Psychologie des Alterns, 10. A., Wiesbaden-Heidelberg: Quelle & Meyer.

Lehr, Ursula (2005). Alterskultur – ein Phänomen unserer Zeit? In: Z. f. system. Therapie und Beratung, 4.

- Levy, Becca R. ; Slade, Martin D. ; Kunkel, Suzanne R. & Kasl, Stanislov V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality und Social Psychology*, 83, S. 261- 270.
- Montada, Leo (1996). Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern unmöglich? In: Baltes, Margret & Montada, Leo (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 382-392.
- Prahl, Hans-Werner & Schroeter, Klaus R. (1996). *Soziologie des Alterns*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Radebold, Hartmut (1994). Gruppenpsychotherapie. In: Radebold, Hartmut & Hirsch, Rolf D. (Hrsg.), *Altern und Psychotherapie*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 105-112.
- Reimer, Christian (2000). Psychotherapie alter Menschen. In: Reimer, Christian; Eckert, Jochen; Hautzinger, Martin & Wilke, Eberhard (Hrsg.). *Psychotherapie*. 2. Auflage. Berlin: Springer, S. 606-618.
- Riehl-Emde, Astrid (2002, a). Paartherapie – warum nicht auch für ältere Paare? *Familiendynamik*, S. 43-73.
- Riehl-Emde, Astrid (2002, b). Paar- und Familientherapie mit älteren Menschen. In: Wirsching, Michael & Scheib, Peter (Hrsg.). *Paar- und Familientherapie*. Berlin: Springer, S. 581-598.
- Schlesinger-Kipp, Gertraud & Radebold, Hartmut (1982). Familien- und Paartherapie im höheren und hohen Lebensalter – eine Literaturübersicht. In: Radebold, Hartmut & Schlesinger-Kipp, Gertraud (Hrsg.), *Familien- und paartherapeutische Hilfen bei älteren und alten Menschen*. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie, S. 12-41.
- Schlippe, Arist von & Schweitzer, Jochen (1996). *Lehrbuch der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seikkula, Jaakko (1996). Die Kopplung von Familie und Krankenhaus. In: Keller, Thomas & Greve, Nils (Hrsg.), *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 303-321.
- Smith, Jacqui & Baltes, Paul B. (1996). Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In: Mayer, Karl U. & Baltes, Paul B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*, S. 221-250.
- Tedeschi, Richard G & Calhoun, Lawrence G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, S. 1-18.
- Wächtler, Claus & Block, Ulla (1994). Alterspsychotherapie in der Tagesklinik. In: : Radebold, Hartmut & Hirsch, Rolf D. (Hrsg.), *Altern und Psychotherapie*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 143-152.

Weakland, John H. & Herr, John J. (1984). Beratung älterer Menschen und ihrer Familien: Die Praxis der angewandten Gerontologie. Bern: Verlag Hans Huber.

Wulf, Christoph (1996). Anthropologie des Alterns: Historische Relativität und kulturelle Differenz. In: Hoppe, Birgit & Wulf, Christoph (Hrsg.), Altern braucht Zukunft. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt, S. 15-28.

**Anschrift des Verfassers**

Thomas Friedrich-Hett

Linhöferberg 17

45259 Essen

Tel.: 0201/762224

e-Mail: [psychofriedrich@t-online.de](mailto:psychofriedrich@t-online.de)