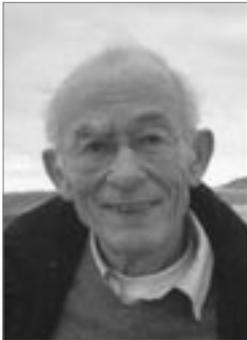


Hans Swildens

Personzentrierte Psychotherapie mit älteren Menschen



Hans Swildens

geb. 1924, Psychiater und Psychotherapeut und seit 1962 Mitglied, später Ausbilder, Lehrtherapeut und Supervisor der damaligen „Vereniging voor Rogeriaanse Therapie“, später „Vereniging voor clientgerichte Psychotherapie“ genannt. Er hat über die Themen Differenzierung in der Gesprächstherapie und störungsspezifische Anwendung der Rogers'schen Therapieprinzipien publiziert – auch in deutscher Sprache.

Er hat immer wieder versucht, die phänomenologischen und existenziellen Grundlagen der Gesprächspsychotherapie auch in Diagnostik und Behandlung praktisch anzuwenden.

Anschrift des Autors:

Dr. med. Hans Swildens
Putterstraat 28
5256 Heusden dem. Heusden
Niederlande

Vorwort

Bevor der Autor auf die Rahmenbedingungen und Besonderheiten Personzentrierter Psychotherapie mit älteren Menschen eingeht, schlägt er eine Brücke von der Antike zur Postmoderne. Er fasst zusammen, welche Wertigkeit Alter aus seiner subjektiven Sicht in unterschiedlichen Epochen hatte. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass heute, wie schon einmal in der Antike, Alter sich im Hedonismus spiegelt. Swildens betrachtet darüber hinaus das Altwerden phänomenologisch-existenziell, beginnt mit den körperlichen Begleiterscheinungen, leitet über zum sich ändernden Zeit-Raum-Erleben, dem Bewusstsein und Selbstwertgefühl des alten Menschen. Er reflektiert nicht nur theoretisch, sondern nimmt pointiert kritische Haltungen ein. Weiter bilanziert er, wie der Zeitgeist der Postmoderne der Depersonalisierung des alten Menschen zuarbeitet und wenig Vertrautes bleibt. Schließlich geht es in dem Beitrag um Endlichkeit und Fragilität, um Werte und um das, was Alter für die „Mitwelt“ bedeutet und umgekehrt. Swildens führt auf, welche Chancen und besonderen Bedingungen Psychotherapie mit alten Menschen zu berücksichtigen hat. Zum Schluss beleuchtet er die spirituelle Dimension, die er anhand der Entwicklungen Sigmund Freuds und Carl R. Rogers' beispielhaft darstellt.

Einführung

Es scheint mir notwendig, zuerst einmal die basalen Begriffe zu verdeutlichen oder zumindest unsere Position diesbezüglich genauer zu bestimmen, denn beide Begriffe: „Personzentriert“ und „Alter“ sind reichlich unklar.

Zuerst die Breite des Begriffes „personzentriert“: Ich schlage vor, „personzentriert“ als das aufzufassen, das jetzt daraus geworden ist – die breite Anwendung der Roger'schen Therapieprinzipien und Grundhaltungen in verschiedenen „Settings“ und bei unterschiedlichen Klientengruppen. Das ist eine praxeologische Ortsbestimmung, die, wie wir weitersehen werden, vor allem praktische Folgen und in diesem Fall auch Vorteile haben wird, nämlich: ein breit gegliedertes Interventionsrepertoire. Diese Breite kommt der Unterschiedlichkeit der heutigen Zielgruppe entgegen.

Und was sind die Älteren? Dieser Begriff umfasst an sich eine Alterskategorie, und es dürfte nicht schwierig sein, diese exakt abzugrenzen. Trotzdem

zeigt sich die Gruppe sehr unterschiedlich: in Bezug auf Krankheitsbilder, prä-morbide Strukturen, biologisch-organische Prozesse, existenzielle Aufgaben, Situationen und Alltagsproblematik, Art und Weise der Einbettung in soziale Bezüge und in religiösen Überzeugungen. Es wird klar, dass man bei einer derart vielfältigen und vielförmigen Symptomatik, Kausalität und andersartigen Konditionierung nicht mit einer einzigen Therapietheorie auskommt, sondern manchmal Subzielen begegnen wird, die unterschiedliche Zusammenhänge implizieren und auch zum Teil entsprechend unterschiedliche theoretische Hypothesenbildungen fordern. Das einzige verbindende Kriterium der Gruppe der Älteren ist, dass sie alle älter sind. Aber auch das ist kein stichfestes Kriterium, denn was nennt man rein altersmäßig alt? Wie schnell wird man in einer konkreten Gesellschaft als alt abgeschrieben beispielsweise aus wirtschaftlichen oder politischen Gründen? Wenn wir den wirtschaftlich sozialen Kräften in unseren beiden Ländern (Holland und Deutschland) Raum geben würden, wäre man in der näheren Zukunft schon mit 55 Jahren alt.

Geschichte

Altertum

Es lohnt sich, sich einmal sehr kurz die Geschichte der Würdigung des Alters anzusehen. Wie hat man in unserer Vergangenheit über das Alter und über die Älteren geurteilt?

Die großen indo-europäischen und semitischen Kulturen in Nahost und die germanischen und keltischen Kulturen in Europa ehrten das Alter und die Alten. Die Alten waren weise, und sie waren Berater: Man fragte sie um Rat. Oder sie waren böse und gefährlich und wurden gefürchtet. Letzteres spiegelte sich in der Mythologie wider. Die älteren Götter galten als die Ranghöchsten: Sie waren öfter auch die Schöpfer. Manchmal möchte man sie auch als Schöpfer im Ruhestand bezeichnen, denn ihre Schöpfung war bereits fertig und so beschäftigten sich niedrigere Götter, Halbgötter, Gottessöhne, Helden und Propheten mit den Problemen des Alltags.

In der griechischen Antike änderte sich das: Der Akzent verschob sich – wie im Himmel also auch auf Erden – in Richtung der jüngeren, kräftigeren und schöneren Götter und Göttinnen. Parallel dazu waren auch in der Menschenwelt nicht länger die Alten die wichtigsten, sondern die jungen Helden, Heerführer, Dichter, Künstler und Demagogen. Die Schwachen und die Alten zählten weniger. Der Früh-Humanismus meldete sich und zeigte sich weniger ehrfürchtig dem Alter gegenüber. Es ist ein Missverständnis zu meinen, dass Humanismus immer mit Ehrfurcht für Menschen und Menschlichkeit einhergeht: Er hatte anfangs viel mehr mit Verehrung des idealen Menschen zu tun! Hippokrates versuchte im Rahmen dieses ersten Humanismus das Altern als medizinisches Problem zu verstehen und führte sogar ein erstes Präventionsmodell ein: Der Ältere sollte länger arbeiten und sich verantwortlich für das fühlen, was er machte. Durch längere Lebensleistung verdiene er Respekt und bliebe auch länger jung.

Mittelalter

In der mittelalterlichen, christlichen Kultur ist die Autorität der Alten wieder hergestellt. Der Alte ist wieder der Weise, der Berater, der Ehrwürdige.

Aber mit der Renaissance und später auch mit der Aufklärung ändert sich dies: Der griechisch-römische Humanismus kehrt zurück, und auch jetzt wird das Alter wieder als Krankheit betrachtet. Van Zwieten, ein niederländischer Arzt aus dem 17. Jahrhundert, nennt das Alter sogar eine unheilbare Krankheit. Im 18. und 19. Jahrhundert, vor allem in der Periode der Industrialisierung, wird der alte Mensch mit einer abgenutzten Maschine verglichen, die man möglichst schnell ersetzen sollte.

Zwischen 1900 und 1950 werden die ersten Ansätze einer Gerontologie sichtbar. Aber erst in den sechziger und siebziger Jahren hat das systematische Studium der Phänomene des Alterns festen Fuß gefasst, vor allem durch die Arbeit der ehemaligen Gesundheitsministerin Ursula Lehr. Sie benötigte aber in der 1972er Ausgabe ihres Standardwerkes „Psychologie des Altern“ nur vier Seiten für das Thema Psychotherapie.

In der jüngsten Zeit entsteht, mehr oder weniger unabhängig von der Gerontologie, auch eine ganz andere Würdigung des Alters und des Alten. Nach dem Zweiten Weltkrieg war der Alte eine Respektperson, und das Alter wurde geachtet. In der Restaurationsperiode, 1945–1965, waren die neue Führer eben die Alten: de Gaulle, Adenauer, usw. Allerdings hat die Studentenrevolte am Ende der sechziger Jahre dies schnell geändert.

Neuzeit

Nachdem die „Ikone der Restauration“, Charles de Gaulle, ruhmlos abserviert worden war, endete mit der Restauration auch die Altersverehrung, und die Jugend wurde endlich und endgültig grenzenlos frei. Dieser dritte Humanismus drohte zum massenhaften Vätermord zu führen, indem die alten

Eliten als alte Tyrannen beiseite geschoben wurden. Aber manchen Jüngeren war diese Freiheit zu groß und zu beängstigend. Sie suchten sich neue Berater und natürlich klopfen sie wieder bei den Alten an, aber dann bei alten „Exoten“: Der weiße, europäische Alte, der Vater, war im Krieg gefallen, vertrieben, oder er musste weithin den Mund halten – aber die farbigen Alten wie Baghwan, Maharishi usw. schienen zumindest in intellektuellen Kreisen vielfach die guten Führer der Zukunft zu sein.

Postmoderne

Diese Generation wurde von der ersten postmodernen Generation abgelöst, der der Achtziger, und inzwischen folgen immer mehr narzisstische Züge aufweisende Generationen. Wie in der Antike wird auch in Europa jetzt wieder der junge, kräftige, intelligente, schöne, schnelle und sexuell verheißungsvolle Mann oder die Frau das verehrte Modell des Menschen. Der Alte hat dabei nicht mehr viele Chancen, nicht die, als Berater gefragt zu werden und auch wohl kaum die, mit Ehrfurcht behandelt und gepflegt zu werden. Nur seine Zahl wächst bedrohlich und bedauerlicherweise: Er lebt länger. Inzwischen vollzieht sich hier, wie damals in Rom in einer ähnlichen Phase, ein von uns selber hervorgerufenes Schicksal. Die hedonistischen Generationen ab 1970, gewappnet mit Kontrazeption und Abortuspraxis, haben es versäumt, Kinder zu erzeugen. Die einheimische Bevölkerung geht zurück, und Einwanderer, häufig aufgewachsen in einer Jahrhunderte hinter uns liegenden Schamkultur, übernehmen geräuschlos die Macht.

Phänomenologie

Die Phänomenologie des Alterns wird sich etwas anders gestalten als bei psychopathologischen Themen wie Depression und „Borderline“-Syndrom. Das hat zwei Ursachen: Erstens: Die Reihenfolge, in der die Symptome auftreten, ist eine andere, und gerade der Verlauf ist für das Verständnis des Alterns wichtig. Und zweitens bin ich selber als

alter Mann beteiligt als Erfahrungssachverständiger.

Konfrontation mit dem Leiblichen

Ich beginne mit dem Umgang mit dem Leibe, weil genau das, was wir am Leibe spüren, phänomenologisch den anderen Entwicklungen vorausgeht. Am Anfang hat sie mich nicht gestört, meine erste Lesebrille: Ich empfand sie vielmehr als interessant und als ein Zeichen fortgeschrittener Reife. Ich manipuliere sie mit Freude, koste sie sogar ab und zu regelrecht aus. Ich nahm die Brille schnell in mein Selbstbild und in mein Leibbild auf. Das war so ganz anders als 20 Jahre später mit dem gehassten Hörgerät. Später kamen dann die erste vorsichtige Kommentare des Frisörs: „Ihre Haare werden jetzt wohl dünner, oben drauf werde ich nur ganz wenig weg-schneiden, nur auf den Seiten, da ist es noch recht schön dick.“ Das neue Passbild ist enthüllender. Kann man zum Frisör noch sagen „Na und! Schneiden Sie bitte“, so zeigt das neue Passbild deutlich einen anderen, einen älteren Mann. Und wenn einmal das neue Bild dieses anderen, älteren Mannes sich festgesetzt hat, dann bekommt die tägliche Spiegelkontrolle eine peinliche und entfremdende Rolle.

Der Spiegel enthüllt allmählich mehr: Man fühlt sich noch jung und kräftig, sicher nicht alt, aber man entdeckt immer mehr Falten im Gesicht, die weichende Stirn, die breite Ader am Handrücken, Xanthelasma, später auch Leberflecken und wachsende Haare, wo die nicht hingehören. Der Mensch verhält sich zu sich selber: Das gehört zu seiner Konstitution; er beurteilt und verurteilt u. U. auch sich selber.

Depersonalisierung

Diese leibliche Konfrontation mit ihrem Rückgang verschärft die exzentrische Position des Menschen, was nicht ohne Folge bleibt: Es entwickelt sich eine Depersonalisierung. Das Subjekt-Ich, das beurteilende und handelnde Ich depersonalisiert sozusagen das Kör-

per-Ich, verurteilt den Körper zum Status des Nicht-Ich, zum Teil der Welt und sogar Teil der Umwelt. Das rächt sich aber wenn Leiden, Gebrechen und vor allem Schmerz sich melden. Dann, z. B. bei einer Kolik, ist das Körper-Ich auf einmal wieder ganz da und füllt das ganze Ich. Der zuvor tragende, wenn auch ältere Leib, wird dann lastender Leib, so sehr lastend, dass man nicht mehr umhin kann, ihn anzuerkennen. Mit zunehmendem Alter wächst dieser lastende Leib oft und nimmt dem Subjekt-Ich Teile seiner Freiheit. Aber es bleibt nicht bei dieser Zweiteilung. Auch die Vergangenheit wächst, und die ältere Person ist auch immer gleichzeitig Erinnerung und Vergangenheit. Diese wachsende Gestalt, die das Erinnerungs-Ich ist, hängt mit anderen wichtigen Gestalten wie dem Selbst, dem Selbstkonzept und der Identität zusammen.

Es bleibt für das Subjekt-Ich nur wenig Raum übrig, denn sowohl Körper-Ich (als lastender Leib), als auch Erinnerungs-Ich wachsen dauernd, nehmen materiell und substanzial zu, verlieren aber ihre energetische Potenz, werden Massa. Der Altersprozess ist im Wesen auch Materialisierung und Substantialisierung auf Kosten der Freiheit (Amery 1968).

Erlebte Zeit wird zu gelebter Zeit

Wir begegnen hier bei der Besprechung dieser depersonalisierenden Dreiteilung des Ichs auch Raum und Zeit, und wir sehen, dass in diesen beiden existenziellen Dimensionen spezifische Änderungen auftreten. Das Leben der Alten spielt sich überwiegend in der Gegenwart ab. Die Zukunft wird immer kürzer und oft fehlen weitere Ziele. Das Leben der Alten wird immer mehr passiv als Zeit erlebt, wird selber Zeit, und der alte Mensch scheint öfter darüber nicht mehr disponieren zu können: In der Gegenwart wird die erlebte Zeit automatisch als gelebte Zeit in die Erinnerung, in die Vergangenheit weiter geschoben. Zeit und Raum, obwohl sehr verschiedene Dimensionen, hängen doch eng miteinander zusammen. Das zeigt sich zum Beispiel wenn man das Raum-Zeit-Erle-

ben des jungen Mannes mit dem des Alten vergleicht. Der junge Mann hat Zeit genug. Er erlebt die Zeit kaum, er weiß oft nicht einmal, was Zeit in dieser Hinsicht bedeutet. Sie bedeutet für ihn keine Beschränkung; gierig wirft er sich hinaus in den Raum und füllt diesen (Amery, 1968). Der Alte dagegen lebt mit der Zeit, ist selber Zeit und erlebt einen immer mehr schrumpfenden Handlungsraum. Das macht es für den Alten schwer zu improvisieren und vor allem auch zu antizipieren, vor allem weil dabei neben Raum auch Zeit in Anspruch genommen wird. Man sollte im Umgang mit Alten diese phänomenologisch zu verstehenden Beschränkungen Rechnung tragen, und diese nicht als ihm vorzuwerfenden Mangel an Flexibilität oder als störende Starre verurteilen.

Phänomenologisch-existenzielle Sicht

Die phänomenologisch-existenzielle Sicht auf das Alter bekommt eine tiefere Bedeutung, wenn man Fragilität und Verwundbarkeit als Aspekte der Endlichkeit mit in Betracht zieht. Diese Qualitäten des Alters werden öfter als Abbau-Phänomene gesehen, aber sie sind wesentliche gemeinschaftsbildende Konstituenten der menschlichen Verfassung: Sie gehören zum menschlichen Leben als das „von sich selber bewusste Leben“. Und ohne die dazu gehörige Unvorhersagbarkeit, Fragilität und Unsicherheit wären Fürsorge, Freundschaft, Ethik, Solidarität, Moralität und Recht nicht denkbar. Sie spielen ihre Rolle auf jeder Altersstufe, aber zugespitzt im Alter. Der niederländische Gerontologe Baars meint, dass man das auch therapeutisch nutzen könne, indem man Kontakte zwischen den Alten und der jüngeren Generation fördere: Es solle wieder in der Weise auf den Alten gehört werden, dass die Reflexion auf Fragilitäts- und Solidaritätsaspekte der menschlichen Existenz von Alten mit jungen Menschen geteilt wird (Baars 2003).

Das sich verändernde Selbstbild

Wir begegnen jetzt einem anderen Existenzial, nämlich dem Miteinandersein und der „Mitwelt“, den Anderen. Diese Mitwelt hat mehrere Aspekte. Als erster Aspekt fällt die von der Mitwelt abhängige soziale Bewertung des Alten ins Auge. Natürlich überschneidet sie sich mit der leiblichen Bewertung insofern beide mit dem Blick des Anderen, dem Erblickt-werden und dem Blick des Alten auf sich selber zu tun haben. Aber es handelt sich doch um unterschiedliche Entwicklungen. Der alte Mensch wird sich seines abnehmenden sozialen Ansehens und der abnehmenden sozialen Anerkennung allmählich bewusst. Diese Erfahrung machen diejenigen, die keinen Anspruch auf Status und Karriere erheben, erst später: Sie bleiben in bestimmten Hinsichten länger jung. Aber sie greift verwüstend in das Selbstbild des Karrieristen, Mann und Frau, ein. Der Mensch strebt danach, auch für den Anderen, für die Augen des Anderen, für den Blick des Anderen, zu existieren. Und Anerkennung ist eine absolute Bedingung für gesundes menschliches Leben. Dies gilt nicht nur für Männer und Karrieristen, sondern selbstverständlich auch für Frauen. Die Oma, die zuerst nahezu unentbehrlich im Haushalt ihrer Kinder war, darf sich auf einmal nicht mehr um die Erziehung der Enkel bemühen, weil ihre Ideen längst überholt sind, sie nichts von Computer versteht, nicht weiß wie Kinder sich jetzt gerne kleiden usw. Die Frau fühlt sich abserviert und ihrer weiblichen Rollen beraubt. Das Selbstbild steht zur Diskussion, und es ist eine peinliche Diskussion, umso peinlicher wenn dazu noch ein leiblicher Ekel die Abneigung verstärkt. Diese Erfahrung des körperlichen und sozialen Rückgangs macht die ältere Person empfänglich für eine im breiteren Sinne narzisstische Entwicklung: Der oder die Geschädigte erfährt sehr primäre Gefühle der Scham, der Eifersucht und der Wut und schließlich auch der Depression als Reaktion auf die Erfahrung der Abweisung und Geringschätzung. Natürlich sind stärker narzisstische Personen für diese Erfahrungen am empfänglichsten, aber hier droht ohnehin eine ernsthafte Beziehungsstörung.

Gleichzeitig bejahen und revoltieren

Es ist eine wichtige Aufgabe des alten Menschen, sich mit diesen Beurteilungen auseinander zu setzen, bejahend und revoltierend und zugleich akzeptierend, dass diese Revolte schlussendlich zum Misslingen verurteilt ist, und dass man am Ende doch Verlierer ist. Natürlich bedeutet Mitwelt auch für alte Menschen mehr als nur körperliche und soziale Beurteilung und Abwertung. Zum Beispiel gibt es auch die Erfahrung der legitimen Abhängigkeit von einer Sicherheit und Vertrautheit bietenden wohlwollenden Umgebung. Der alte Mensch erlebt aber auch in der wohlgemeinten Fürsorge u. U. sein Altern als Rückgang und Statusverlust. Er fühlt, dass er zur Last für die anderen wird.

Aufgabe der Psychotherapie: Soziales Gleichgewicht und Selbstwert unterstützen

Es ist seine Aufgabe, auch in der Psychotherapie, sich mit dieser Entwicklung im sozialen Gleichgewicht auseinander zu setzen, sich nicht davor zu verschließen und dabei auch mit den eigenen Schuldgefühlen abzurechnen. Wie abhängig muss und möchte der alte Mensch sein? Wie kann er auch in seiner körperlichen Abhängigkeit und Hilflosigkeit dennoch sein Selbstwertgefühl wahren?

Anders als nur Abhängigkeit und Autonomie als polare Gegensätze gibt es im Alter auch Raum für Freundschaft und Intimität, und die Liebesfähigkeit ist in mancher Hinsicht intakt. Auch in diesem Kontext kann der Psychotherapeut sowohl psycho-edukativ als auch psychotherapeutisch im engeren Sinne sehr nützlich und hilfreich sein. Hinzu kommt, dass diese Formen von Umgang und Begegnung (im Sinne von Binswanger) den Kontakt mit der individuellen Vergangenheit aufwerten.

Wie die Aufarbeitung der Probleme und Konflikte, die direkt mit den phänomenologischen Verschiebungen im Alter zu tun haben, in konkreten Fällen aussieht oder aussehen sollte, ist schwer

in allgemeinen Richtlinien fest zu legen. Eine wichtige Frage dabei ist: Ist diese Person im Stande, sich auch im Alter als derjenige oder diejenige zu erfahren, der oder die sie immer war? Und gelingt es ihr, sich weiter auch als sich noch im Alter entwickelnde Person mit ihren mitweltlichen Erfahrungen der vergangenen Jahren verbunden zu fühlen und sich als verantwortlich für die Qualität der mitweltlichen Beziehungen zu betrachten? Wer hat dabei das letzte Wort: Der Körper, der mich hat oder der Körper, den ich habe? Der Körper, der dem Altern eine neue Selbstvertrautheit gibt oder doch die Gesellschaft, die ihn zwingt, gesund und operationell zu bleiben (Amery 1968). Die verschiedenen Dissoziationen, die ich vorher beim Thema Entfremdung beschrieben habe, sollten in der Therapie jeweils durch neue Assoziationen wieder aufgehoben werden können. Kontinuität wieder her zu stellen ist dabei etwas Wesentliches, denn dies berührt unsere Identität und unser Selbstwertgefühl.

Im Bereich des Kontingenten, des Zufälligen und des Umweltbedingten ist doch immer die Kontinuität des eigenen Handelns das Entscheidende, eben unser eigener Anteil in den Verwicklungen, in die wir geraten sind... Unsere eigene Verantwortlichkeit ist wichtiger, als die Brüchigkeit unseres Curriculums. Wenn der Mensch sich mit seiner Vergangenheit auseinandersetzt, ist es gut und richtig, dass er im Stande ist, sein Leben als Ganzheit in einem Bedeutungszusammenhang zu erfahren. Dieses Ergebnis ist nicht ohne weiteres von einer schriftlichen Autobiografie zu erwarten. Eine Ganzheitsgeschichte dieser Art setzt eine dialogische Beziehung voraus, und eine gute Therapie müsse diese bieten.

Die narrative Identität, die Mythe, wie man sich selbst und sein Sosein erklärt, wird Thema in dem Dialog mit dem Hörer, der zu dieser Erzählung passt, der dafür ausgesucht und gebeten worden ist. In unserem Fall: der sachverständige Therapeut, der die Erzählung hört und hinterfragt, erkundend, bestätigend, empathisch, bisweilen korrigierend. Dieser Dialog wird nicht immer

einfach und unkompliziert verlaufen, denn es ist möglich dass der Therapeut die Absichten des Alten und seine Normen missversteht, und der ältere Klient ist in dieser Hinsicht öfter allergisch. Da gibt es einiges zu klären. Übertragung im breiteren Sinne kann dabei eine Rolle spielen, sollte aber in der personenzentrierten Therapie nie eine zentrale Helfefunktion haben.

Der sich ändernde Zeitgeist. Bevor wir das Thema Psychotherapie näher betrachten, schauen wir erst noch einmal auf den sich schnell ändernden, sich verschiebenden und zum großen Teil schon von spätmodernen zum postmodern verschoben Zeitgeist. Dieser andere Zeitgeist macht es für den alten Menschen schwer, sich zu Hause zu fühlen: Sein Alter vollzieht sich in einer folgenschwere Wendeperiode: Eine kulturelle Alienation ist dabei, sich zu vollziehen. Und es ist für alte Menschen schwer, diese vor ihren Augen entstandene, jedoch wenig durch sie disponierte Epoche, in der sie altern, zu verstehen. Die Alten befindet sich, so Wilhelm Schmid, (Schmid, W. 2004) außerhalb der linearen Zeit der (Post)moderne, also eigentlich außerhalb der heutigen Menschheit, in einer Art Wartesaal-Situation. Das Netz der Gewohnheiten, das vertraut war, wird abgebrochen. Die postmoderne Mentalität ist ausgesprochen gewohnheitsfeindlich, aber die Älteren brauchen Gewohnheiten und sind existenziell sogar auf sie angewiesen, um nicht, so auch Schmid, unentwegt neue mühsame Entscheidungen treffen zu müssen (Schmid 2004).

Das hat auch Folgen für eine stationäre oder ambulante Behandlung von Alten. Obwohl die alten Menschen selber nicht diesen narzisstischen postmodernen Generationen angehören, sind sie von deren Umgang mit dem Alter abhängig; abhängig von dem, was unsere Gesellschaft, in Westeuropa eine globalistische, neokapitalistische und narzisstisch-individualistische, ihnen anbietet. Ich meine damit: gehetzte, oberflächliche und beiläufige Aufmerksamkeit von Menschen, die selber kaum noch wissen, was Gemeinschaft bedeutet, und die meistens in der Fürsorge nur

noch vorübergehend ihren „Job“ erfüllen. Die technische Entwicklung trägt zu dieser kulturellen Alienation bei. Das Fernsehen ist von den Alten dankbar akzeptiert, ist sogar eine Rettung für die sehr Alten, jedoch für die meisten eine gefährliche Verführung. Aber die weiteren Kommunikationsmittel – und auch ein Teil der Küchengeräte – sind von den Alten nicht mehr zu gebrauchen.

So ist neben der Mitwelt auch die Umwelt bald unerkennbar: Was vorhanden war, ist kaum noch zuhanden. Das konfrontiert den alten Menschen mit einem anderen Paradox: Er soll – u. a. weil zu wenig Arbeitskräfte zur Verfügung stehen – so lange wie möglich, selbständig bleiben. Er soll eigene Verantwortlichkeit tragen, aber er kennt sich beispielsweise mit dem „Internet“ nicht aus, und sogar der neue Telefonapparat ist kaum noch ohne Hilfe zu bedienen. Auch dadurch ist die ur-menschliche Balance zwischen Abhängigkeit und Autonomie endgültig gestört: Die Abhängigkeiten, mit denen Alte rechnen mussten, gelten nicht länger, und für die jetzt gewünschte Selbständigkeit fehlen oft die Mittel. Es gäbe über die Phänomenologie des Alterns noch viel mehr zu sagen. Aber jetzt möchte ich zum Thema Psychotherapie zurückkehren, ein Thema, das allerdings ohne diese phänomenologische Vorbetrachtung nicht zu behandeln ist. Psychotherapie ist wohl zu unterscheiden von Betreuung und auch von psychologischer Begleitung.

Auch Marlis Pörtner machte in ihrem aktuellen Büchlein „Alt sein ist anders“ diesen Unterscheid zwischen diesen beiden Formen der Fürsorge (Pörtner 2005). Das bedeutet nicht, dass psychische Begleitung einerseits und Psychotherapie andererseits im Sinne des Aufarbeitens ungelöster Konflikte und Probleme oder unbewältigter biographischer Ereignissen nicht manches gemeinsam hätten. So ist die Betonung der Rogers'schen Grundhaltungen (Achtung und Wertschätzung, Zuhören und empathisches Verstehen) für beide Formen professioneller Fürsorge sehr wichtig. Auch der Nachdruck darauf, den Klienten ernst zu nehmen, und die Betonung des eigenen Anteils der Klienten

in die Verwicklungen, in die sie geraten, sowie auf die eigene Verantwortlichkeit, verbindet psychische Begleitung im Rahmen der Betreuung mit Psychotherapie. Psychotherapie im engeren Sinne ist aber auch anders und mehr. Erst etwas zur Vorgeschichte.

Zur Vorgeschichte der Psychotherapie mit alten Menschen

Die Psychoanalyse hat bis vor kurzem psychoanalytische Behandlung von Alten als unmöglich zurückgewiesen, wegen angenommener Ich-Defekte und wegen der zu langen Biografie, die aufgearbeitet werden müsse. Sie hat sie als nicht lohnend betrachtet, weil der benötigte Zeitaufwand für Menschen, die nur noch kurz zu leben haben, nicht passend wäre. Das hat sich geändert: Differenzierung und Entwicklungsorientierung, Dekonstruktion pathologischer Fixierungen und Neukonstruktion einer bejahenden Identität (Peters 2004) kommen unseren Auffassungen näher. Rogers hat sich nicht explizit mit dem Thema beschäftigt, dagegen aber implizit manches darüber ausgesagt. In „Counseling and Psychotherapy“ (1942) schreibt er: „a clientcentered approach has been used with two years old children and adults of sixty-five“. Später, 1951, korrigiert er das: „The client should be of suitable age, old enough to deal somewhat independently with life, young enough to retain some elasticity of adjustment. In terms of chronological age this might mean roughly from ten to sixty“. Aber im Mai 1976 begann er selber, 74 Jahre alt, als Klient eine Psychotherapie bei einem Kollegen. Anlass waren die Krankheit seiner Frau und die eheliche Krise, in die er durch diese Krankheit und durch eine nicht beantwortete Verliebtheit geraten war. Eine wichtige Thematik für alte Menschen der Spätmoderne! Die Therapie hat ihm anscheinend auch weiter geholfen (siehe Groddeck 2002, S. 169–172) und in 1977 schreibt er (A way of being 1980): „I feel as sexual in my interests as I was at thirty five, though I can't say the same about my ability to perform“.

Growing older but growing

Auch die spätere Klientenzentrierte Psychotherapie hat dem Thema Psychotherapie bei alten Menschen übrigens nur sehr beiläufig und gelegentlich einige Aufmerksamkeit geschenkt. Linstner (1994) meinte, und ich denke zu Recht, dass es sich bei alten Menschen um zwei, zwar nicht von einander isolierte, aber doch separate Prozesse handelt. Einerseits der organische Abbauprozess, der seinen eigenen Weg nimmt, und andererseits der psychische Prozess, bei dem es sich klassisch nach Rogers um die Offenheit des Erlebnisfeldes für neue Erfahrungen handelt, externe sowohl als organismische. Wenn die Offenheit da ist, keine Verbote oder Zensuren von Seiten des Selbstkonzepts blockierend wirken, dann bleibt der psychische Prozess ein Prozess des Wachsens, so wie Rogers dies ausdrückte mit seiner Aussage: „Growing older but growing“. Natürlich sind die Beschränkungen des psychischen Prozesses oft mehr Folgen organischer Prozesse und nicht so sehr nur abhängig von den „Conditions of worth“ im Selbstkonzept, aber nehmen wir den „normal“ verlaufenden Abbau als Modell und nicht die ohnehin ziemlich seltene progressive Demenzen (nur 1,5 % der Alten in den Niederlanden zwischen 55 und 85 zeigt ernsthafte kognitive Störungen). Also: der psychische Prozess wird weniger von zerebralen Störungen als solche behindert, aber der Alte muss sich mit den veränderten psychosozialen Verhältnissen und den allgemeinen Alterungserscheinungen (Gehör, Sicht, Motorik, Ermüdbarkeit) auseinander setzen und sucht öfter dafür Hilfe.

Indikationen für Psychotherapie

Das führt zu einer Reihe von Indikationen für Psychotherapie: Konflikte in der Ehe, mit den Kindern und Enkelkindern, mit dem Pflegepersonal oder mit anderen Bewohnern derselben Residenz oder mit den Nachbarn; Trauer über Verluste: Freunde oder Familienmitglieder sterben. Narzisstische Verluste können zu heftigen Trauerreaktionen und zu depressiven Störungen führen. Unter Um-

ständen können auch direkt existenzielle Problemen der Schuld und der Sinnlosigkeit dazu führen, Hilfe zu suchen.

In allen diesen Fällen ist Personzentrierte Psychotherapie indiziert: Es handelt sich schließlich um emotionale Blockaden, die die Möglichkeit zu erfahren, einschränken, um überzogene Forderungen des idealen Selbst (Depression), um polare Gegensätze innerhalb des Selbst (narzisstische Problematik) usw. Die einzige Kontraindikation wäre die Unmöglichkeit zu erfahren. Aber hier sollte der Alte den Vorteil des Zweifels erhalten, und im Zweifelsfall sollte zu seinen Gunsten entschieden werden.

Aufarbeitung von alter Schuld oder ernsthafte und weiterwirkende Erfahrungen z. B. im Jugendalter sind immer nur beschränkt behandelbar. Die Methode der Behandlung sollte überwiegend klassisch personzentriert sein, aber mit ständiger Aufmerksamkeit für den Prozessgang. Der Alte braucht in der Regel etwas mehr Zeit, er wiederholt sich öfter, ist manchmal beim Themenwechsel weniger flexibel, aber weitere spezifische Alterswiderstände kenne ich nicht. Der Prozessverlauf, so wie ich das für Neurosen beschrieben habe (Swildens, 1991), trifft auch hier zu. Die spezifischen Widerstände, Abwehrhaltungen, denen wir bei der Neurosenbehandlung begegnen, treffen wir auch hier an: Angstabwehr, zwanghaftes Verhalten, Depression, Neigung zur Hysteriformen oder somatisierender Abwehr usw. Die jeweilige Abwehr verlangt von uns ähnliche Strategien und Interventionen wie bei anderen Erwachsenen. Die Dauer der Behandlung kann beschränkt bleiben, wenn überwiegend fokale Konflikte oder isolierte Probleme das Thema bestimmen. Therapien sollten nicht länger als etwa ein Jahr dauern. Es sollte keine Begleitung werden. Einsame und abhängige Alte könnten dadurch in Schwierigkeiten geraten: Die Abhängigkeit kann zum Problem werden.

Rollenwechsel betrachten

Etwas Spezifisches zur Thematik:

1. Es ist fokal arbeitenden I.P.T. (interpersonal therapists) Therapeuten aufgefallen, dass es nicht nützlich ist, bei Verlusten zu sehr in der Trauer mit zu gehen. Besser ist es, das Thema Trauer dann als Teilaspekt des Themas Rollenwechsel zu betrachten, und sie auch so aufzuarbeiten. Ich glaube, sie haben Recht. Trauer führt im Alter, wo es schon so vieles zu bedauern gibt, leicht zu einer endlosen und aussichtslosen Therapie, während Rollenwechsel auch eine Zukunft öffnet: Die neue Rolle wird dann wichtig, die der Witwe oder des Witwers.
2. Beim Aufarbeiten von „unfinished business“: Jugenderfahrungen, Kriegs-, Gefangenschafts- und Vertreibungserfahrungen und dergleichen mehr soll man immer dem Klienten die Initiative lassen. Das passt auch zu der wichtigsten Behandlungskondition nach Pörtner: dem Ernstnehmen des älteren Menschen. Der Klient selber bestimmt, worüber er sprechen will und auch, wo er nicht weiter will, und das soll man ohne Kommentar respektieren. Bohrend weiter zu fragen und inquisitorisch zu explorieren ist respektlos und führt zum Verdacht auf unsauberen Voyeurismus.

Spirituelle Dimension

Und schließlich ist öfter das Thema „spirituelle Dimension“ von großer Bedeutung für die Älteren. Wo die irdische Perspektive sich einschränkt, meldet sich öfter die Frage nach einer spirituellen Perspektive. Das bedeutet nicht ohne weiteres den Weg zurück in die Kirche. Es bedeutet wohl die Sicht auf das, was das Selbst übersteigt, Selbsttranszendenz. Alte, die ihr Leben überschauen oder die dies mit psychotherapeutischer Hilfe versuchen, fragen sich öfter, ob und wie ihr Leben als Ganzes in einem größeren Ganzen eine sinnvolle Stelle, einen bedeutungsvollen Ort hat

oder haben kann. Sie denken über diese selbstübersteigende Perspektive sehr verschieden: historische und kosmologische, ökologische und politische, religiöse und esoterische, philosophische und buddhistische Formen der Perspektive kommen vor. Reifere Formen wie z. B. eine mehr persönliche, ökologische oder gesellschaftliche Stellungnahme sind von primitiveren Formen wie z. B. dem Zusammenstellen eines Familienstammbaumes zu unterscheiden.

Wie soll der Therapeut mit diesen Fragen umgehen? Spirituelle Fragen sind sehr ernst zu nehmen und sollten nicht einfach als sekundäre Alterserscheinung marginalisiert werden. Wichtig ist es, weiter mit dem Klienten mit zu denken und ihn auf der Linie, auf der er sich in seinem eigenen Denken schon bewegt, zu begleiten. Unterstützend ist, ihm einfach zuzuhören, wenn er nur seine Hoffnungslosigkeit teilen will und ihm dann vor allem keine Lösungen aufzudrängen. Es handelt sich manchmal um ein persönliches Grundanliegen, das der Klient längere Zeit beiseite geschoben hat, weil zu viele andere Bereiche seine Aufmerksamkeit forderten. Er braucht jetzt die Zeit dafür.

Zwei Beispiele, für Psychotherapeuten aus nächster Nähe, können das erläutern. Freuds letztes Buch, „Der Mann Moses und die monotheistische Religion“ war kein psychoanalytischer Angriff auf die Religion, sondern seine Antwort auf die Frage nach dem Sinn seiner Existenz. Er beantwortete diese Frage, indem er sich mit dem von ihm

sehr bewunderten Moses identifizierte. Er überschritt die Grenzen der analytischen Theoriebildung und die des traditionellen Judentums. Er transzendierte sich selbst und bekannte sich implizit zu den universellen Ideen des ägyptischen Adligen, von dem er annahm, dass Moses dieser eigentlich gewesen sei (siehe auch Ernest Jones: the life and work of Sigmund Freud, Teil 3).

Und Rogers? Bei Rogers verlief es anders, aber auch hier war die spirituelle Dimension, eine transpersonale, deutlich erkennbar. Es war nicht nur die späte Auseinandersetzung mit seiner Sexualität, die sein letztes Buch „A way of being“ kennzeichnete, sondern vor allem die manifeste Wiederentdeckung der Spiritualität, nicht in der fundamentalistisch-christlichen Form, in der er erzogen wurde, sondern in einer mystisch-esoterischen Form. Der kanadische Psychologe niederländischer Herkunft Van Belle beschrieb schon 1980 eine Wende bei Rogers: von der Wissenschaft zu einer Mystik des Werdens. In 1990 stellt er fest, dass Rogers schon ab 1970 (durch seine Encounter-Erfahrungen?) Züge eines transpersonalen mystischen Universalismus aufwies, bis er schließlich in seinem letzten Buch, „A way of being“, deutlich esoterische Tendenzen zeigte. Die Wissenschaft wurde verlassen. Van Belle hat das bedauert. Thorne und bei uns Van Kalmthout haben sich darüber gefreut. Darüber kann man sich streiten. Aber sicher ist, dass sowohl Freuds als auch Rogers' letzte im hohen Alter geschriebene Arbeit von einer Perspektivenänderung zeugte, und dass das

bei der Behandlung von alten Menschen auch für uns Bedeutung haben soll.

Literatur

- Améry, Jean (1968): Über das Altern: Revolte und Resignation. Klett-Cotta: Stuttgart
- Baars, J. (2003): De waarde van het ouder worden. *Filosofie* 12-4; 45-49
- Van Belle, H. (1990): „Rogers' later move toward mysticism“, in: G. Lietaer, J. Rombauts en R. van Balen (eds.): *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven University Press: Leuven
- Groddeck, Norbert (2002): Carl Rogers, Wegbereiter der modernen Psychotherapie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt
- Jones, Ernest (1957): *Life and Work of Sigmund Freud: Part III*. Basic Books: New York
- Van Kalmthout, M. (2005): *Psychotherapie en de zin van het bestaan*. De Tijdstroom: Utrecht
- Lehr, Ursula (1972): *Psychologie des Alterns*. Quelle und Meyer: Heidelberg
- Linster, Hans (1994): „Behandlungskonzept der Gesprächspsychotherapie“, in: H. Radebold und R. D. Hirsch (Hrsg.): *Altern und Psychotherapie*. Huber: Bern
- Peters, Meinolf (2004): *Klinische Entwicklungspsychologie des Alters*. Vanderhoeck und Ruprecht: Göttingen
- Pörtner, Marlis (2005): *Alt sein ist anders*. Klett-Cotta: Stuttgart
- Rogers, C. R. (1942): *Counseling and psychotherapy*. Houghton Mifflin Company: Boston
- Rogers, C. R. (1951): *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin Company: Boston
- Rogers, C. R. (1980): *A way of being*. Houghton Mifflin Company: Boston
- Schmid, Wilhelm (2004): *Mit sich selbst befreundet sein*. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main
- Thorne, Brian (1992): *Carl Rogers*. Sage Publications: London
- Swildens, Hans (1991): *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. GwG Verlag: Köln