

Renata Jenny, Yvonne Traber,  
Urs Kalbermatten (Hrsg.)

## **Psychotherapie im Alter**

Bericht zur Fachtagung in Bern  
am 5. November 2005

Organisation:

Schweizer Charta für Psychotherapie  
in Zusammenarbeit mit Pro Senectute Schweiz



## **Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

### **Über die Herausgeber/-innen:**

**Renata Jenny:** dipl. analyt. Psychologin, C.G. Jung-Institut, Psychotherapeutin SPV für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, Mitarbeitende der Fortbildungskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie, arbeitet in Bern und Zürich.

**Yvonne Traber:** Dr. phil. Psychotherapeutin FSP/SVG, Forschung Uni Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie  
Schwerpunkt: Sexualität bei Frauen im Lebenslauf.  
Eigene Praxis in Zürich.

**Kalbermatten Urs:** Prof. Dr. phil. Leiter des Nachdiplomstudiums „Altern: Lebensgestaltung 50+“ Hochschule für Sozialarbeit Bern, Leiter Weiterbildung Pro Senectute Schweiz.

Gedruckt auf holz- und säurefreiem Papier, 100 % chlorfrei gebleicht.

© Weißensee Verlag, Berlin 2006

[www.weissensee-verlag.de](http://www.weissensee-verlag.de)  
e-mail: [mail@weissensee-verlag.de](mailto:mail@weissensee-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

ISSN 1863-4427  
ISBN-10 3-89998-092-1  
ISBN-13 978-3-89998-092-9

# Inhaltsübersicht

**Vorwort** ..... 7

## **Referate:**

### **Urs Kalbermatten**

Altern heute  
– Einleitung zur Tagung *Psychotherapie im Alter* ..... 13

### **Hartmut Radebold**

Psychotherapie mit Älteren  
– Zielsetzungen, Möglichkeiten und Grenzen ..... 23

### **Ingrid Riedel**

Sinnerfahrung, Kreativität und Spiritualität im Alter  
– Erfahrungen aus der Kunsttherapie ..... 35

### **Ursula Schreiter Gasser**

Psychiatrische Erkrankungen im Alter  
– Bedeutung und Besonderheiten ..... 55

## **Workshops:**

### **Arnold Frauenfelder**

Psychotherapie in der stationären psychiatrischen Behandlung  
älterer Menschen – Zwei Verläufe ..... 69

### **Christine Hefti Kraus**

Aktivierung der biographischen Ressourcen  
– Eine Aufgabe der Psychotherapie im Alter ..... 85

**Erhard Olbrich**

Grenzsituationen

– Übergänge zum Abschied und zum Aufbruch im Alter ..... 97

**Marlis Pörtner**

Sieben Grundsätze für den Umgang mit alten Menschen .....113

**Hartmut Radebold**

Jüngere Professionelle und ältere Patienten

– Eine komplizierte Beziehung? .....123

**Elisabeth Schlumpf**

Körperorientierte Psychotherapie bei älteren Menschen .....127

**Italo Simeone**

La psychothérapie et le déprimé âgé.....139

**Yvonne Traber**

Sexualität im Alter

– Die Sexualität verändert sich, die Vielfalt bleibt .....147

**Renata Jenny**

Schlussbetrachtungen und zusammenfassende Reflexionen

über die Podiumsdiskussion .....161

**Kurzbiographien** .....169

## Vorwort

In diesem Tagungsband der Fortbildungstagung der Schweizer Charta für Psychotherapie in Zusammenarbeit mit Pro Senectute Schweiz sind die Referate und die Ergebnisse der Workshops wieder gegeben, die zum Tagungsthema „Psychotherapie im Alter. Sensibilisierung und Tätigkeitsfelder“ erarbeitet worden sind. Bei dieser Tagung ging es letztlich auch darum, der Alters-thematik durch interdisziplinäre Reflektion die ihr zustehende Wichtigkeit zu verleihen.

Der Dialog zwischen den Disziplinen Psychotherapie, Medizin/Psychiatrie und sozialen Arbeitssparten ist gerade heutzutage in der Auseinandersetzung mit dem Älterwerden der Bevölkerung der westlichen Industrienationen gesellschaftlich relevant und individuell unabdingbar. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der daraus sich ergebenden demographischen Zunahme von Seniorinnen und Senioren stehen der Gesellschaft, den älteren Menschen und den diese Pflegenden vielfältige Aufgaben bevor. Heute wird nach der Pensionierung mit einer Lebensdauer von weiteren 20 bis 30 Jahren gerechnet, diese Zeitspanne ist grösser als jene vom Säuglingsalter bis zum jungen Erwachsenen. Welche Inhalte könnte diese Lebensspanne erfordern, was für Handlungs(spiel)räume können sich in dieser noch öffnen?

So sehr die Rollen und Pflichten des heute im Erwerbsleben stehenden Menschen gesellschaftlich festgemauert sind, so wenige Modelle oder Visionen gibt es für Menschen nach der Pensionierung. Wohl werden durch die Medien und durch die Werbung gesunde, schöne und intelligente Senior/-innen, agile Grosseltern oder kaufkräftige sogenannte Silver-Agers propagiert, doch solche Vorbilder haben oft mit der gelebten Realität wenig zu tun. Das Leben gestaltet sich mit dem Älterwerden immer individueller und ist nicht mehr nach Jahren zu messen, sondern nach der individuellen geistig-seelischen Beweglichkeit, die mit der körperlichen eng verbunden ist.

Es geht wohl darum, dass ältere Menschen, aber auch jene, die mit Älteren arbeiten, zu den zentralen Fragen kommen, nämlich jenen nach den Visionen, die im Alter vorhanden sind, so Herr Prof. U. Kalbermatten. Er betont die Wertschätzung sozialen Zusammenlebens und stellt die Frage, wie Beziehungen zu anderen Menschen gestaltet werden können. Wie lassen sich Menschen treffen, die ähnliche Interessen haben, die sich ähnliche Aktivitäten wünschen? Da geht es um die Möglichkeit, sinnvolle Beziehungen zu leben und diese auch pflegen zu können. Die Mobilität älterer Menschen sollte unterstützt werden. Auch optimale Altersversicherungen seien nicht so lebensbereichernd und sinnstiftend wie die Pflege von Beziehungen. Diese Frage könnte auch in der Zieldiskussion über Psychotherapien im Alter von Bedeutung sein, regt er an.

Herr Prof. H. Radebold spezifiziert in seinem Referat weitere Zielsetzungen der Psychotherapie, welche, den Forschungsergebnissen entsprechend, möglich, sinnvoll und notwendig bei langfristig gutem Erfolg seien. In seinem Vortrag führt er vielfältige und übergreifende Aspekte für eine wirksame Psychotherapie mit alternden Menschen auf. Viele Jahre lang haben die von Sigmund Freud vertretenen Theorien, dass ältere Menschen nicht mehr therapiefähig seien, die psychologisch-psychiatrische Fachwelt geprägt. Dies hatte weitreichende Konsequenzen. Heute weiss man, dass sowohl die sich auf psychoanalytische als auch auf lerntheoretische Verfahren stützende Therapieformen für die Behandlung über 60-Jähriger durchaus sinnvoll und wirksam sind. Radebold spricht in seinem Referat darüber, dass „...die Annahme über die Zeitlosigkeit des Unbewussten und damit über die Zeitlosigkeit von ungelösten pathologischen innerpsychischen wie auch intra- und intergenerationalen Konflikten wie auch über die spätere Reaktivierung von Traumatisierungen bzw. über die Auswirkungen von Retraumatisierungen“ keinesfalls durch das bestehende chronologische Lebensalter in Frage gestellt würden. Aus lerntheoretischer Sicht sei „...der Mensch lebenslang lernfähig, d. h. durch entsprechende Kognitionen beeinflussbar und in Konsequenz veränderbar“.

Auch Frau Dr. U. Schreiter sprach aus medizinisch-psychiatrischer Sicht von der Wichtigkeit, den älteren Patient/-innen zu vermitteln, dass eine psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung sinnvoll sein kann. Dies

sowohl für Menschen mit neurogenerativen Erkrankungen wie auch mit Depressionen, deren reaktive Symptome sich meist in einer Umstellungs- oder Verlustsituation entwickeln. Eine Psychotherapie biete die Chance, sagte Frau Schreiter, sich konstruktiv mit der aktuellen Lebenssituation auseinander zu setzen. Sie gebe auch Gelegenheit, frühere unverarbeitete Erlebnisse aufzuarbeiten und in einen Sinn gebenden Kontext zu stellen. Manchmal seien erst im Alter die notwendige Distanz, das Selbstvertrauen und die Stärke vorhanden, um einen solchen Rückblick zu wagen.

Wie dann letztlich die Zielsetzungen der psychotherapeutischen Behandlung erreicht werden können und zwar auch bei älteren Menschen, die zum Teil ihre verbale Ausdrucksfähigkeit verloren haben, zeigte das berührende Referat von Frau Prof. I. Riedel. Maltherapeutische Prozesse, deren Ergebnisse auf Dias gezeigt wurden, illustrierten das Gesagte. Schon Carl Gustav Jung selbst, berichtete sie, habe ältere Menschen, auch innerhalb der Psychiatrie, psychotherapeutisch behandelt. Es komme auf das Therapieziel an, und eines seiner Therapieziele sei gewesen, jeden seiner Patienten wieder dazu fähig zu machen, mit seinem Wesen zu experimentieren, so dass nichts mehr für immer gegeben und hoffnungslos versteinert sei und vielmehr erneut ein Zustand der Flüssigkeit, der Veränderung und des Werdens erreicht werden könne. Kreativität sei für ihn die Gegenkraft zur Versteinertendenz beim Alterungsprozess gewesen, und diese zeigte sich für ihn unter anderem darin, dass der betreffende Mensch seine Situation wieder für veränderbar hielt.

In den Berichten über die Workshops tritt ein Reichtum an vertiefter Auseinandersetzung mit dem Thema zu Tage. Im Folgenden soll darauf näher eingegangen werden.

Herr A. Frauenfelder beschreibt in Verläufen psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen älterer Menschen, dass in vielen Fällen auf eine allfällige Medikation nach einer guten Psychotherapie verzichtet werden könne. Das Absetzen von Psychopharmaka steigere in der Regel die Lebensqualität der Patient/-innen.

Das Aufspüren, Wahrnehmen und Wiederaufleben von Ressourcen aus der Lebensgeschichte stärke und belebe die älteren Klient/-innen, betonte Frau Ch. Hefti-Kraus in ihrem Workshop. Durch deren Stärkung könnten die Klient/

-innen zu aktiver Mitarbeit in der Therapie motiviert werden. Es könne an den Erfahrungsschatz angeknüpft werden, dies helfe Vertrauen zu gewinnen, was sich wiederum auf den therapeutischen Prozess positiv auswirke. Kreative und sinnliche ganzheitliche Erfahrungen in imaginativen Methoden förderten die schöpferische Kraft, wie dies bereits Frau Prof. Riedel in ihrem Referat präsentierte.

Herr Prof. E. Olbrich sprach wichtige Erkenntnisse zu Übergängen, zum Abschied und zum Aufbruch im Alter an. In der Anti-Aging Medizin sei eine deutliche Abwehr des Alterns zu erkennen. Auch die Aktivierungstherapie halte am „Alten“ fest, also an körperlicher und geistiger Aktivierung alter Menschen, was an sich völlig verständlich und gut sei. Jedoch würden auf diese Weise neue und andere Ressourcen des Alters leicht übersehen, nämlich die Fähigkeit, eigene Energien auf andere Art in Anderes zu investieren, in Beziehungen, Geborgenheit, Verbundenheit, Relativierung der üblichen sozialen Skripten, in die Aussöhnung und den Umgang mit Versagen, in ein Nachlassen der Angst vor dem Tod und ein Zurücktreten des Ego.

Praxisbezogene Grundsätze im Umgang mit älteren Menschen stellte Frau M. Pörtner vor. Hier ist von existenzieller Bedeutung, dass die Person mehr als ihr gegenwärtiger Zustand ist, sodass sie nicht auf Beeinträchtigungen reduziert werden sollte. Alte Menschen sollten sich trotz ihrer Einschränkungen als individuell handelnde Personen und nicht als fremdbestimmte Objekte erleben müssen. Nur wer sich in seinem subjektiven, individuellen Erleben verstanden und erkannt fühle, könne sich öffnen und angstfrei andere notwendige Verhaltensmöglichkeiten entwickeln.

Herr Prof. Radebold sprach in seinem Workshop Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in der Psychotherapie mit älteren Menschen an. Oft ergäben sich umgekehrte Übertragungskonstellationen zwischen den meist jüngeren Therapeut/-innen und deren Patient/-innen. Das Herz könne wieder aufblühen, wenn eine jüngere Person sich für die ältere interessiere. So wie sich die jüngere Person geschmeichelt fühlen könne, wenn eine Elternfigur sie um Hilfe bitte.

Eindrücklich beschreibt Frau E. Schlumpf die körperorientierte Psychotherapie bei älteren Menschen. Dabei ging sie auf den biologischen Formwandel nach



Keleman ein, welcher dazu führe, dass in jeder Lebensphase ein neues Selbstverständnis entwickelt werden müsse. Für den älteren Menschen ergebe sich die Notwendigkeit, ihren biologischen Formwandel als Reifeprozess begreifen und nicht dagegen ankämpfen zu wollen. Mit Hilfe von Gruppenübungen wurde das Verständnis der Workshopteilnehmer/-innen für das Gesagte vertieft. Diese umfassten Körperempfindungs-Übungen, das Ausprobieren von Gesten und eine Imaginationsübung. Bei der Arbeit mit älteren Menschen gehe es um Kohärenz, die Verbindung mit dem eigenen Körper, den Nahestehenden, der Lebensgeschichte, aber auch mit dem kosmischen Ganzen, so fasst Frau Schlumpf ihre Darlegungen zusammen.

In seinem französisch gehaltenen Workshop sprach Herr Dr. I. Simeone von Menschen mit sogenannten Altersdepressionen, die seiner Meinung nach immer in erster Linie durch eine Psychotherapie behandelt werden sollten. Der Einsatz der oft durch Hausärzte verschriebenen Medikamente sei nicht immer wirksam, zumal sich Depressionen häufig durch somatische Beschwerden ausdrückten. Diese repräsentierten oft das schmerzhaft erlebte Altern, beanspruchten eine hohe Zahl von ärztlichen Konsultationen, welche letztlich zu keinen Ergebnissen führten.

Frau Dr. Y. Traber hat ihrerseits an einer Studie mitgearbeitet, die vom Schweizer Nationalfonds unterstützt wurde und die Sexualität im Alter erforschte. Ein Ergebnis war, dass sich die Sexualität im Alter zwar verändere, in der Regel als Reduktion der sexuellen Aktivität, die Vielfalt jedoch bleibe. Eine stabile Partnerschaft sei, sowohl für Frauen als auch für Männer, eine der Hauptvoraussetzungen für ein befriedigendes Sexualleben. Insbesondere Frauen wünschten sich oft mehr Zärtlichkeit, während viele Männer noch am Leistungsgedanken der Sexualität festhielten und unter dem Nachlassen ihrer erektilen Funktionen litten. Die Referentin betonte, dass das Tabu, mit welchem Sexualität im höheren Lebensalter bisher belegt war, nicht durch ein neues Dogma ersetzt werden sollte, welches besage, dass alle Menschen bis ins hohe Alter ein reges Sexualleben führen müssten. Auch freiwillige Abstinenz komme vor und solle akzeptiert werden. Ein Ansprechen der Sexualität in Therapien und bei Arztbesuchen hält sie für wünschbar, da sich ältere Klientinnen und Patienten oft nicht von sich aus dazu äusserten.

Grundsätzlich gilt sowohl in der therapeutischen wie auch in der pflegenden Arbeit mit älteren und alten Menschen, dass keine neuen Dogmen an Stelle der alten gesetzt werden sollten. Lebensgestaltung im Alter zeigt sich in dem jeweils individuellen Dasein, jenseits der Erwartungen der Leistungsgesellschaft, jenseits der Erwartungen nach „Fitness im Alter“, jenseits der Frage nach den Besonderheiten, die uns ausmachen.

Renata Jenny, Bern 2006

*Urs Kalbermatten*

## **Altern heute – Einleitung zur Tagung *Psychotherapie im Alter***

### **Zusammenfassung**

Die Reflexion der Einstellung zum eigenen Alter und zum Alter allgemein bildet den Ausgangspunkt für Personen, die mit älteren Menschen arbeiten wollen. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit Lebensaufgaben und der Lebenslage des älteren Menschen erlaubt einen wesentlichen Zugang zu ihm. Die Struktur des Alters hat sich gewandelt und wir benötigen neue Visionen, die – entgegengesetzt der bisherigen Vorstellung von „Ruhestand“ – den Akzent auf eine bewusste Lebensgestaltung einer eigenständigen Lebensphase setzen. Das Eingehen auf die Vergangenheit bildet eine grosse Ressource für die Altersarbeit. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass die Vergangenheitsorientierung im Alter die Sicht auf die aktuelle Sinnfindung und neue Zielsetzungen verdeckt. Menschen, die keine Zukunftsperspektive haben oder die sich längere Zeit über abgelegte Rollen und Funktionen definieren, können psychische Schäden und Störungen entwickeln. Gerade diese Gefahren bestehen im Alter besonders und darum könnte es für die Psychotherapie mit älteren Menschen zentral sein, sich neben der Vergangenheit mit aktuellen Herausforderungen wie Abbauprozessen, Heimeintritt, Identitätsproblemen nach der Pensionierung und Endlichkeit auseinander zu setzen. Der grösste Teil der gerontologischen Ansätze befasst sich mit reaktiven Regulationsprozessen wie Anpassung, Kompensation, Krisen oder Loslassen. Zusätzlich wird in diesem Beitrag der Akzent auf ein Menschenbild gelegt, bei dem die aktive Selbststeuerung (zielbewusstes Handeln und Sinnfindung) bei der Unterstützung älterer Menschen besonders thematisiert werden sollte.

Die diesjährige Fortbildungstagung der Schweizer Charta für Psychotherapie setzt sich mit dem Thema Alter auseinander. Altersarbeit umfasst verschiedenste Arbeitsfelder und Dienstleistungsangebote, in denen gegenwärtig eine

Sensibilisierung und Erweiterung des Fachwissens Alter geschieht. Die Organisierenden haben als Einleitung ein Referat zum Thema „Altern heute“ gewünscht. Zu diesem breiten Thema hat der Schreibende einige Punkte ausgewählt, die aus der Perspektive eines Gerontologen wichtig für die Bildungsarbeit mit älteren Menschen und deren Beratung sind, und die auch für die Psychotherapie mit älteren Menschen von Interesse sein könnten.

## **1. Lebenszeitraum Alter im Wandel**

Die Grunderkenntnis der Gerontologie lautet, dass Alter nicht eine einheitliche menschliche Erscheinungsform darstellt und wir auf jeden Menschen sehr individuell eingehen müssen. Alter lässt sich weder über gewisse körperliche Veränderungen definieren, noch lassen sich psychische oder personelle Veränderungen aufführen, die als Alterscharakteristika gelten können. Folglich definieren wir hier Alter als einen Lebenszeitraum, der durch die gesellschaftliche Altersgrenze, die Pensionierung, gegeben ist.

Vor 50 Jahren war das Alter ein Anhängsel von einigen Jahren an das Berufsleben. Heute geht man früher in Pension und die Lebenserwartung ist stark angestiegen. Man darf heute mit einer Dauer des Alters von 20 bis 30 Jahren rechnen. Alter ist eine normale Lebensphase geworden, die länger als Kindheit und Jugend zusammen dauern kann. Aber nicht die Dauer ist das Zentrale, sondern dass man heute mit anderen Vorstellungen und Handlungsmustern diese Lebensphase angehen muss. Alter charakterisiert sich primär dadurch, dass man von der Erwerbsarbeit entbunden ist und auch die Erziehung der Kinder in den meisten Fällen abgeschlossen ist. Es stellt sich die Frage, wie gestaltet der ältere Mensch nun sinnvoll sein Leben?

Während für die früheren Lebensabschnitte die Gesellschaft verschiedene Vorgaben und Lebensaufgaben wie Schule, Ausbildung, Militär, Familie oder Beruf geliefert hat, sind für das Alter kaum explizit formulierte Vorgaben, Rollen oder Aufgaben vorgesehen. Diesen Freiraum gilt es nun für die älteren Menschen zu nutzen. Dabei kann er sich auch nicht mehr an seine Grosseltern und Eltern als Vorbilder stützen, denn diese befanden sich in einer anderen Zeit, hatten eine deutlich kürzere Lebenserwartung und hatten zum grossen Teil auch nicht jene geistige und körperliche Fitness, wie sie die Senioren

heute haben. Die Aufgabe des 21. Jahrhunderts könnte nun lauten, mit welchen **Inhalten** reichern wir diese Lebensphase an? Da die Gesellschaft Alter sozusagen unterdeterminiert hat und offenbar die älteren Menschen nicht einsetzen will, ist es weitgehend dem Einzelnen überlassen, was er aus seinem Alter macht. Dazu können hier keine Rezepte geliefert werden, doch wollen wir aufzeigen, welche Handlungsspielräume das Altern eröffnen könnte.

## **2. Handlungsleitende Visionen für das Alter sind gefragt**

Verschiedene Studien (s. Filipp & Mayer 1999) zeigen, dass es nicht unwesentlich ist, welche Vorstellungen vom Alter man hat und was man sich folglich fürs Alter vornimmt. Die gängigste Vorstellung vom Alter ist der Ruhestand, seine Freizeit und den Alltag eigenständig zu planen. Damit geht ein Bild von Lebensgenuss, Wohlbefinden und z. T. auch von sehr hohem Aktivismus einher.

Eine zentrale Frage in der Altersarbeit lautet, welche Visionen vom Alter haben die älteren Menschen selber und welche bieten die Gerontologen an? Diese Frage könnte auch von Bedeutung in der Zieldiskussion in der Psychotherapie sein. Vor fünfzig Jahren hiess die gerontologische Vision in der Disengagementtheorie Rückzug vom sozialen Leben. Wahrscheinlich war dies angepasst an die damaligen gesellschaftlichen Gegebenheiten und der allgemeinen gesundheitlichen Verfassung der älteren Menschen dieser Zeit. Es mag erstaunen, dass sich diese Theorie bis heute in der wissenschaftlichen Bezeichnung vom Alter gehalten hat: In Amerika nennt man die Altersphase „retirement“, im französischen Sprachraum „la retraite“ und im deutschen den „Ruhestand“. Diese Vorstellungen von Rückzug sind sowohl für die Senioren eher nicht förderliche Vorgaben, um 20 Jahre aktiv anzugehen, als auch nicht für diejenigen, die mit älteren Menschen arbeiten.

Die Alternative zum „Stehen bleiben und Ruhe geben“ ist nicht ein Aktivismus, sondern eine bewusste Sinnfindung im Leben und dies ist ein individueller Akt. Alter stellt also die persönliche Entscheidung dar, wie nutze ich meine „Talente“ am besten? Für den Einen bedeutet der Genuss des wohlverdienten Ruhestandes die Lebenserfüllung, andere Menschen benötigen zusätzlich gewisse Aufgaben. Diese Vorstellung, dass man bewusst auch etwas Neues unter-

nehmen und dem Alter eine eigene Gestalt verleihen muss, findet sich bereits im folgenden Zitat von Goethe:

*„Älterwerden heisst, ein neues Geschäft antreten:  
Alle Verhältnisse ändern sich.  
Und man muss entweder zu handeln ganz aufhören,  
oder mit Willen und Bewusstsein das neue Rollenfach übernehmen.“*

Heutiges Altern benötigt neue Visionen. Diese Änderung muss im Kopf mit einem Umdenken beginnen und dies ist gar nicht einfach. Der einzelne ältere Mensch wird zur Lebensunternehmerin, zum Lebensunternehmer. Es stehen ihm viele Möglichkeiten offen wie eine persönliche Weiterentwicklung, ein neues Lebensprojekt zu wagen, neue Interessen, Hobbys und Engagements für Familie sowie Gesellschaft aufzubauen.

Doch die Gesellschaft setzt ihm auch Barrieren für verschiedenste Tätigkeiten. Weiter sind die gesellschaftlichen Erwartungen an die Pensionierten und ihr Status eher gering, was hemmend wirken kann. Alter wird oft in der Öffentlichkeit unter den Aspekten von Kosten und Krankheiten diskutiert. In den Medien wird regelmässig eine gewisse Altersfeindlichkeit und ein Generationenkonflikt aufgegriffen. Der Anreiz, in diesen Lebensraum zu treten, wird dadurch gemindert. Wir sollten aber vermehrt den Möglichkeiten der individuellen Entfaltung Aufmerksamkeit schenken und dies in den gesellschaftlichen Diskurs einbringen. Alter ist ein Neuland, um dieses zu erkunden, braucht man Ziele, Lebensentwürfe und Pläne.

### **3. Altersbilder und Zeitperspektive**

Aber nicht nur die gesellschaftlichen und eigenen Altersbilder können hemmend auf das Leben im Alter wirken. Auch die Bilder, Stereotype und Erwartungen, die Berater/-innen und Therapeut/-innen haben, können hinderlich sein. Bei Untersuchungen erfährt man, dass die eigenen Fähigkeiten höher eingeschätzt werden als die von Gleichaltrigen. Mit Personen über 60 zu arbeiten, heisst für viele auch, mit der eigenen Zukunft konfrontiert zu sein. Die Altersbilder der Professionellen können sich auswirken auf die Kommunikation

und einer Unterforderung der älteren Menschen, weil man ihnen weniger zutraut. Die Einstellung zum eigenen Alter und zum Alter allgemein bildet den Ausgangspunkt für Personen, die mit älteren Menschen arbeiten wollen. In den meisten Tätigkeitsfeldern bedarf es für die Arbeit mit älteren Menschen keine spezifischen Methoden, Beratungs- oder Therapieformen. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit Lebensaufgaben und der Lebenslage des älteren Menschen bildet einen wesentlichen Zugang zu ihm.

In Theorie, Praxis und Alltagsbeziehungen im Alter spielt die **Vergangenheit** eine wichtige Rolle. Wir finden beispielsweise bei Bildungsinstitutionen im Alterssektor viele Angebote an Erinnerungsarbeit, Erzählcafés, verschiedenste Formen der Biografiearbeit und des Gedächtnistrainings. In der Praxis bildet die Vergangenheit ein reicher Schatz, eine Ressource, die es zu nutzen gilt für:

- Anamnese
- Einbringung von Erfahrungen
- Kenntnis von Bewältigungsstrategien
- Besseres Verständnis der Lebenslage und Bedürfnisse
- Persönliche Wertschätzung u. a.

Die Vergangenheitsorientierung birgt aber auch Gefahren in der Altersarbeit:

Ältere Menschen werden fast nur auf ihre Vergangenheit hin angesprochen. Man sieht im Alter keine Zukunft. Neuentwicklungen werden abgewehrt. Das Gehirn wird geschädigt, wenn es nicht breit und auch mit neuer Information genährt wird. Der ältere Mensch wird quasi auf seine Erfahrungen und auf seine Vergangenheit reduziert. Wir finden beispielsweise kaum zukunftsgerichtete Bildungsangebote (s. Kalbermatten 2004).

Hier wird die Meinung vertreten, dass im Alter auch der **Gegenwart** und **Zukunft** vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Gründe hierfür liegen in folgenden Punkten: Menschen sind in hohem Ausmass dadurch charakterisiert, dass sie zielbewusste Systeme sind, die sich selber in die Zukunft projizieren können. In jeder Beratung und Therapie ist das Aushandeln von Zielen ein zentraler Punkt. Nun bedeutet Alter oft Verlust von identitätsstiften-

den Tätigkeiten, von Rollen, einem gesellschaftlichen Gebrauchtwerden, von Werten und somit auch von Lebenssinn. Gerade im Aufbau einer Zukunft, bei der Übernahme von neuen Zielen und neuer Sinnfindung kann eine zentrale Unterstützung des älteren Menschen stattfinden. Menschen, die keine Zukunftsperspektive haben oder die sich länger über abgelegte Rollen und Funktionen definieren, können psychische Schäden und Störungen entwickeln.

Gerontologische Theorien gehen mehrheitlich von einem kausalen Menschenbild aus, in denen Reaktionen, Anpassungen, Kompensationen, Regelungsprozesse den zentralen Zugang bilden. Verstehende theoretische Ansätze, die den Menschen in seinen Fähigkeiten der bewussten Handlungsorganisation und -steuerung sehen, werden weniger vertreten. (In neuern Publikationen der Gerontologie beispielsweise Wahl & Heyl (2004) oder Martin & Kliegel (2005) werden Ansätze, in denen der ältere Mensch als selbstaktives System charakterisiert wird, nicht thematisiert.) Einen Menschen verstehen heisst, neben dem Erarbeiten seiner Vergangenheit ihn von seinen Zielen her zu begreifen. Lebenskrisen und Lebensübergänge sind jedoch oft dadurch geprägt, dass gerade wichtige Lebensziele nicht mehr verfolgt werden können. Menschliches Handeln ist gezeichnet durch Sinnggebung und Zielsetzungen. Diese Aspekte thematisiert Schlegel (2006) auch für die Analytische Psychotherapie. So schreibt Jung (1932, zit. nach Schlegel 2006, S. 178): „Die Psychoneurose ist im letzten Verstande ein Leiden der Seele, die ihren Sinn nicht gefunden hat.“ Den Stellenwert der Zukunft betont Schlegel (2006, S.187) wie folgt: „Das ‚Wozu‘ ist in der Jung’schen Psychotherapie wichtiger als das ‚Warum‘.“

Die Vergangenheit bietet zudem einen sicheren Hort, in dem zu verweilen es älteren Menschen ermöglicht, sich nicht den aktuellen Aufgaben des Alters zu stellen.

Bereits Parmenides (geboren 540 v. Chr.) hat festgestellt: „Nicht-ist, ist nicht“. Dies ist eines der frühesten philosophischen Dokumente unserer Kultur. In dieser Aussage spiegelt sich ein uraltes menschliches Problem. Menschen befassen sich gerne mit dem, was nicht ist; sie sind nicht dort in ihrem Dasein, wo sie aktuell sind. Menschen in Pension können sich von ihrem Berufsleben nicht trennen, Menschen im Altersheim träumen vom schönen Leben zu Hause. Im Sinne von Parmenides gilt es im Leben und vielleicht besonders im



Alter, sich mit den aktuellen Aufgaben zu befassen. Wenn Alter in der Gesellschaft keinen hohen Wert besitzt, hat es für den Einzelnen auch wenig Aufforderungscharakter, sich dort wohl zu fühlen. Er sieht sich als nutzloses Mitglied einer Gesellschaft. Es wird in diesem Beitrag keine der drei Zeiten verherrlicht, sondern ein ausgewogenes Befassen mit allen Zeiten scheint sinnvoll. Die Zukunftsgestaltung wird dabei im Alter besonders anspruchsvoll und wichtig, da durch körperliche Abbauprozesse und verschiedene Lebensübergänge die Ziele – und damit verbunden auch der Lebenssinn – in Frage gestellt werden können.

Einen letzten Aspekt aus der Zeitperspektive bildet der Moment des Auftretens von Abbauprozessen und Todesfällen. Bei der heutigen hohen Lebenserwartung rechnen viele erst im höheren Alter damit. Tatsache ist, dass die Hälfte der Menschen unter 80 stirbt und somit früher in eine terminale Phase kommen. Treten Abbauprozesse und Tod früher ein als erwartet, quasi nicht altersnormiert, geht dies oftmals einher mit schwierigen Adaptions- und Verarbeitungsprozessen.

#### **4. Die Lebensgestaltung im Alter ist gekennzeichnet von verschiedenen Aufgaben und Herausforderungen**

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Lebensgestaltung im Alter als eine Mischung aus Musse, Müssen und Herausforderungen verstanden werden kann.

Allein Musse ohne Müssen, also keine Aufgaben zu übernehmen und nicht gebraucht zu werden, bringt nach Opaschowski (1998) wenig Befriedigung.

Eine der Haupterkenntnisse der Gerontologie (Rowe & Kahn 1998) besagt, dass die Wahl des Lebensstils in einem höhern Ausmass als die Vererbung über Lebensdauer, Gesundheit und Vitalität im Alter bestimmen. Der persönliche Anteil der Lebensgestaltung ist also bedeutungsvoller als die Erbanlagen, was den bisherigen Annahmen der Alltagsmenschen widerspricht. Somit wächst auch die Verantwortung für das eigene Leben. Lebensgestaltung in einem umfassenderen Verständnis meint auch, selber das Heft in die Hand nehmen und zum eigenen Lebensunternehmer zu werden. Die Gestaltung unseres Alltags, unser Lebensstil bedingt auch, wie gesund wir sind und wel-

che Gesundheitskosten wir verursachen. Sinnerfüllt zu leben, sich zu engagieren, gebraucht zu werden, in Beziehungen zu stehen, Körper und Geist gezielt zu fordern usw., stellt in diesem Sinne die beste Gesundheitsprävention dar.

Im Folgenden sei eine Auswahl von **Aufgaben** im Alter aufgelistet:

- geistig/körperlich aktiv bleiben
- neue Interessen aufbauen
- sich mit Neuerungen der Technik, des Lebensstils, des Wissens und der Kultur auseinanderzusetzen
- seine Potenziale nutzen
- kreative Wege gehen
- Beziehungen aufrechterhalten und aufbauen.

Das Alter hat neben der Chance einer lustvollen Lebensgestaltung auch eine Reihe von **Herausforderungen** bereit. Verschiedene Lebensübergänge kommen als Herausforderung auf den älteren Menschen zu. Solche Lebensübergänge sind die Pensionierung, Bewältigung von Verwitwung, Abbauprozesse, Abgabe des Führerscheins, Eintritt ins Altersheim oder die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit. Diese Lebensübergänge werden oft verdrängt und man fällt anschliessend in ein Loch. Darum bedürfen gerade Transitionen einer bewussten Auseinandersetzung und einer Planung des weiteren Lebens, damit man nicht die Selbständigkeit verliert. – In diesem Zusammenhang wird heute verstärkt darauf hingewiesen (z. B. Opaschowski 2004), dass wir uns im Alter nicht nur finanziell absichern müssen, sondern vor allem bestrebt sein müssen, uns sozial abzusichern, indem wir gute soziale Netze aufbauen und aktiv unterhalten, damit wir bei Problemen, Krankheit oder Einschränkung der Selbstständigkeit soziale Unterstützung erhalten.

## 5. Schluss

Alter bildet also eine sehr anforderungsreiche Lebensphase. Einerseits gilt es, sein eigener Lebensunternehmer, seine eigene Lebensunternehmerin zu sein und seine Möglichkeiten zu nutzen und andererseits muss man sich verschiedenen Veränderungen wie Abbauprozessen und Verlusten stellen. Für diese

schwierige Aufgabe ist man wahrscheinlich erst im Alter mit genug Lebenserfahrung und Ressourcen ausgerüstet, dass die letzte Lebensphase zum Meisterstück wird. Dabei bewegt sich der ältere Mensch in einem Freiraum, der ihm nach individueller Massgabe eine persönliche Gestaltung bietet. Erleichternd kann dabei wirken, wenn man bereits vor der Pensionierung sich verschiedene Interessensbereiche aneignet und neue Facetten seiner Identität neben der Arbeit entwickelt. Wer sich selber über verschiedene Handlungsbereiche definiert und sich damit ein Stützsystem aufbaut, kann Verluste, die bei Pensionierung oder Abbauprozessen auftreten, besser bewältigen.

## Literatur

- Filipp, S.-H. & Mayer, A.-K. (1999). *Bilder des Alters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kalbermatten, U. (2004). Bildung im Alter. In: Kruse, A. & Martin, M. *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern: Huber.
- Martin, M. & Kliegel, M. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Opaschowski, H. W. (1998). *Leben zwischen Muss und Musse. Die ältere Generation: Gestern. Heute. Morgen*. Hamburg: Ostfildern.
- Opaschowski, H. W. (2004). *Der Generationenpakt. Das soziale Netz der Zukunft*. Darmstadt: Primus.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. New York: Pantheon Books.
- Schlegel, M. (2006). Neue Tendenzen in der Analytischen Psychologie. In: Mattanza, G. et al. *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie*. Basel: Karger.
- Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2004). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.

Hartmut Radebold

## Psychotherapie mit Älteren – Zielsetzungen, Möglichkeiten und Grenzen

*Psychotherapie Älterer ist möglich, sinnvoll und notwendig!*

Diese Feststellung war zunächst ein Widerspruch gegen die von S. Freud lebenslang vertretende Annahme der Unbehandelbarkeit Älterer; sie bezog sich allerdings auf Menschen im 5. Dezennium, also die 40- bis 50-Jährigen! Entsprechend zählen für viele Psychotherapeuten bereits die über 50-Jährigen bereits eindeutig zu den Älteren! (Radebold 1994)

Später war diese Feststellung eine unmissverständliche Aufforderung, psychotherapeutisch aktiv zu werden. Heute belegt sie den inzwischen erreichten Erfahrungs- und Forschungsstand und konnte inzwischen um ein wichtiges Forschungsergebnis ergänzt werden: Psychotherapie Älterer ist möglich, sinnvoll und notwendig bei *(katamnestic nachgewiesen) langfristig gutem Erfolg* (Heuft et al. 2000, 2006).

### Zielsetzungen

Die spezifischen Aspekte von Altern und Altsein verlangen zunächst, dass folgende übergreifende Therapieziele definiert werden (Heuft & Marschner 1994, Heuft et al. 2000):

- Fördern von Selbständigkeit und Eigenverantwortung.
- Verbessern sozialer Fähigkeiten.
- Stärkere Berücksichtigung des Körpers (in Krankheit und auch in Gesundheit).
- Klären intra- und intergenerationeller Schwierigkeiten (d. h. zu noch lebenden Eltern(teilen), zu Partner/Partnerin, Geschwistern wie auch zu Kindern und Enkelkindern).

- Akzeptieren des und Aussöhnen mit dem gelebten Leben (Bilanzziehung und Lebensrückblick).
- Bearbeiten der vielfältigen Verlustthematik (Hilfestellung für das Durchleben eines Trauer- und Befreiungsprozesses).
- Auseinandersetzung mit dem eigenen Älterwerden, mit dem Lebensende sowie Sterben/Tod.
- Fördern des Gegenwartsbezuges.
- Erarbeiten praktischer Lösungen.

Diese schulübergreifenden Therapieziele könnten dazu verführen, unsere Behandlungsangebote als allgemeine Lebenshilfe für Ältere anzusehen. Nach unserem Selbstverständnis dient Psychotherapie jedoch der Behandlung psychischer Störungen/psychischer Erkrankungen. Daher bedürfen diese therapieübergreifenden Zielsetzungen der Ergänzung durch jeweils schulspezifische Zielsetzungen, wie sie für jüngere Altersgruppen selbstverständlich sind. Bei ihrer Festlegung zusammen mit den Patienten zeigt sich immer wieder ein spezifisches Problem: von vorn herein wird ganz selbstverständlich von einer reduzierten Zielsetzung ausgegangen.

## **Möglichkeiten**

Sowohl die sich auf die *psychoanalytische Theorie* als auch auf die *Lerntheorie* stützenden psychotherapeutischen Grundverfahren lassen sich *uneingeschränkt* für die Behandlung über 60-Jähriger nutzbar machen – wenn sie gezielt, gekonnt und systematisch umgesetzt werden:

- Die Annahmen über die Zeitlosigkeit des Unbewussten und damit über die Zeitlosigkeit von ungelösten pathologischen innerpsychischen wie auch intra- und intergenerationellen Konflikten wie auch über die späte Reaktivierung von Traumatisierungen bzw. über die Auswirkungen von Retraumatisierungen werden keinesfalls durch das bestehende chronologische Lebensalter in Frage gestellt. (Heuft et al. 2000, 2006, Radebold 1992)

- Aus lerntheoretischer Sicht ist der Mensch lebenslang lernfähig, d. h. durch entsprechende Kognitionen beeinflussbar und in Konsequenz veränderbar. (Bäurle & Bizzini 2005, Maercker 2002)

Alle von diesen beiden psychotherapeutischen Grundverfahren abgeleiteten Behandlungskonzepte wie auch weitere z. B. die Gesprächspsychotherapie oder die Systemische Therapie erwiesen sich dementsprechend selbstverständlich auch für über 60-Jährige geeignet. Diese Aussage gilt auch für alle übenden, entspannenden (insbesondere Autogenes Training, Muskelrelaxation) wie auch kreativen (Musiktherapie, Kunsttherapie) Verfahren. (Heuft et al. 2000, 2006)

Allerdings fehlen für manche bekannte Verfahren entsprechende Kenntnisse – zumindest wurden sie bisher nicht publiziert!

Bezüglich der angewandten psychotherapeutischen Methoden dominieren unverändert kurzfristige Angebote i. S. von Kurz-/Fokalthherapie und Gruppenverfahren:

- Die größte Anzahl publizierter Einzelbehandlungsberichte bezieht sich auf Kurzbehandlungen von eher 20 bis 30 Stunden in längeren Abständen bei vorbewusster bis bewusster Bearbeitungsebene.
- Längerfristige Psychotherapien (ein bis zwei Wochenstunden, zwischen 50 und 150 Stunden bei ein- bis zweijähriger Dauer und insbesondere Psychoanalysen (drei bis vier Behandlungsstunden bei mehrjähriger Dauer) werden schon kaum bei über 60-Jährigen geschweige denn bei über 70-Jährigen angewandt – wie Auswertungen von Krankenkassenanträgen in Deutschland belegen. (Heuft et al. 2000, 2006)
- Kurzfristige Gruppenangebote (bis maximal 20 Sitzungen) erfolgen fast ausschließlich im stationären/klinischen Bereich (Bäurle et al. 2000), dagegen kaum ambulant. Längerfristige Gruppenpsychotherapien werden ambulant offensichtlich nicht durchgeführt.
- Paartherapien (allgemein oder als Sexualtherapien) werden weiterhin kaum durchgeführt. (Riehl-Emde 2002a, b)
- Familientherapien erfolgen – wenn überhaupt – nach einem systemischen Ansatz. (Riehl-Emde 2002b)

## **Behandelbare Störungen/Erkrankungen**

Die gewonnenen Erfahrungen erfolgten mit neurotischen und psychoreaktiven Erkrankungen mit meist depressiver, aber auch phobisch/ängstlicher Symptomatik, mit funktionellen/psychosomatischen Erkrankungen sowie mit (late-onset) Suchterkrankungen. Hier werden bewusst die früheren Krankheitsbezeichnungen benutzt, da sich die Klassifikationen nach ICD 10 und DSM-IV gerade bei über 60-Jährigen als besonders ungeeignet erweisen. Sie stellen weder ursächliche Zusammenhänge her noch berücksichtigen sie die Krankheitsdauer. Wichtige psychotherapeutische Teilaufgaben bestehen bei demenziellen Erkrankungen, bei Psychosen und bei der Akzeptanz und Bewältigung schwerer/langfristiger und infauster organischer Erkrankungen jeweils für die Erkrankten, ihre Partner und die familiäre Umgebung. Unter dieser Perspektive hat sich das Konzept des *Aktualkonfliktes* (Heuft et al. 2000, S. 107-111) als hilfreich erwiesen, um aktuelle psychische Störungen von lange zurückreichenden zu unterscheiden: gemeint ist hier ein *bewusster* Konflikt, der jedoch die Lösungsmöglichkeiten des Ich subjektiv und/oder objektiv überfordert.

## **Benötigen Ältere Modifikationen?**

Interessanterweise – und zu kritisieren – wurden von Anfang an Modifikationen für die Psychotherapie über 60-Jähriger für notwendig gehalten bzw. empfohlen. Sie bezogen sich auf Behandlungsdauer (kurzfristig), Behandlungsfrequenz (ein bis zwei Stunden im Monat), Behandlungsintensität (lediglich 20 bis 30 Minuten), Bearbeitungsebene (bewusst bis vorbewusst, aber keinesfalls unbewusst) und Zielsetzung (supportive Hilfestellung anstatt Konfliktbearbeitung). Selbstverständlich erfordert auch die Psychotherapie über 60-Jähriger im Einzelfall gewisse Modifikationen. Diese ergeben sich jedoch aus der jeweils spezifischen Lebens- und Krankheitssituation. Für diesen „Vorweg-Vorschlag“ waren offenbar die besonderen Schwierigkeiten der potentiellen Behandler verantwortlich.

## Behandlungserfolge

Bezüglich der (auch langfristigen) *Erfolge* lassen sich diese sowohl eindeutig auf der Symptom- als auch auf der Konfliktebene beschreiben. In der Regel lässt sich eine Symptomminimalisierung bis Symptombefreiheit erreichen. Langfristig (teilweise jahrzehntelang) bestehende innerpsychische wie auch intra- und intergenerationelle Konflikte lassen sich bearbeiten, zufriedenstellend klären und ermöglichen neue Lösungen wie auch veränderte Beziehungen. Häufiger bessern sich auch bestehende körperliche Erkrankungen bzw. stabilisiert sich der körperliche Krankheitszustand. Bisherige Erfahrungen sprechen auch dafür, dass bei Trauma-Reaktivierungen und auch Re-Traumatisierungen eine sichere erneute Stabilität erreicht werden kann (Radebold 2000, 2005). Die wenigen bisher durchgeführten Psychoanalysen verdeutlichen, dass sich Persönlichkeitszüge verändern können und weitere – langanhaltende – Entwicklungsschritte möglich werden (Heuft et al. 2000, 2006, Radebold & Schweizer 1996).

Wichtig erscheint dabei der Hinweis, dass von Seiten aller Krankenkassen in Deutschland bisher keine Altersbegrenzung für Psychotherapie besteht – allerdings werden unverändert auffallend wenig Bewilligungen für eine stationäre Psychotherapie ausgesprochen.

## Versorgungsrealität und Schwierigkeiten

Unser inzwischen durch Erfahrung und Forschung erworbenes Wissen wird jedoch nur in auffallend geringem Umfang zu Gunsten der über 60-Jährigen benutzt. Alle deutschsprachigen Untersuchungen zur Versorgungsrealität aus den letzten 15 Jahren belegen relativ unverändert, dass – nimmt man Krankenkassenanträge und Praxisbefragungen als Indiz – ambulant über 60-Jährige in auffallend geringem Umfang und über 70-Jährige praktisch nicht mehr behandelt werden. Dagegen wurden schon 1994 im stationären Bereich zunehmend über 60-Jährige, und sogar über 70-Jährige behandelt. (Heuft et al. 2000, 2006, Lange et al. 1995).

Für dieses Versorgungsdefizit ist eine häufig *problematische, beunruhigende* (sich teilweise gegenseitig verstärkende) *Interaktion* zwischen den Älteren



(einschließlich ihrer familialen/sozialen Umwelt), den potentiell behandelnden Psychotherapeut/-innen wie auch den überweisenden Hausärzten (Heuft et al. 2000, 2006, Radebold 1992, 2002) verantwortlich. Sie zeigt sich in folgenden Bereichen:

- Bis heute verfügen weder die Älteren einschließlich ihrer Umwelt noch die professionell Tätigen (Psychotherapeuten aller Schulrichtungen, (Haus-)Ärzte, Mitarbeiter von Beratungsstellen, Krankenkassen etc.) über aktuelle Kenntnisse bestehender psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten. Dazu mangelt es den Psychotherapeuten an einer umfassenden spezifischen Fortbildung einschließlich Praxisanleitung und Supervision. Die bisherigen Kohorten Älterer setzten Psychotherapie mit Psychiatrie d. h. Zwangsjacke, geschlossener Unterbringung und Psychopharmakotherapie gleich. Die Professionellen gehen ebenso unverändert von der über ihre frühere Weiterbildung vermittelten Unmöglichkeit der Behandlung Älterer aus. Diese lange Zeit resignativ machende Situation ändert sich allmählich: die heute 60- bis 65-Jährigen kennen bereits (zumindest in Deutschland) aufgrund früherer eigener Erfahrungen um die Möglichkeiten einer Psychotherapie oder aufgrund von Kenntnissen aus dem Familien- und Freundeskreis. Sie fordern daher zunehmend stärker eine erneute bzw. erstmalige Psychotherapie als Krankenkassenleistung ein. Ebenso verändert sich – allerdings nur sehr allmählich – der Kenntnis- und Erfahrungsstand der heutigen Psychotherapeuten. Ein Wissenserwerb ist über Bücher und Tagungen möglich, insbesondere aber über spezifische Fortbildungskurse. Dabei bedarf es der Reflektion eigener Vorstellungen und der höchst individuellen früheren Erfahrungen mit den eigenen Älteren sowie der Behandlungen unter Supervision.
- Bei den Patient/-innen handelt es sich häufiger als in anderen Lebensphasen um *geschickte* mit teilweiser chronifizierter Symptomatik. Sie werden häufiger nicht aufgrund einer schließlich jetzt erkannten und anerkannten Konfliktthematik überwiesen, sondern aufgrund ihres die Hausärzte und die familiale/soziale Umwelt störenden und agierenden

Verhaltens sowie i. S. eines *letzten Versuches* nach zahlreichen, insbesondere auch psychopharmakologischen Vorbehandlungen.

- Die geklagte Symptomatik ist in der Regel unspezifisch; die depressiven Symptome verbergen sich oft (Stichwort *larvierte Depression*) hinter bestehenden vielfältigen körperlichen/ funktionellen Symptomen (als Ausdruck der bekannten Multimorbidität) bzw. lassen sich diesen ohne Schwierigkeiten zuordnen. Im Gegensatz zu Psychotherapiepatienten im jüngeren/mittleren Alter wurden sie häufig nicht ausreichend geriatrisch abgeklärt und behandelt. Aufgrund der häufigen organischen Komorbidität kommt dabei dem Körper zusätzliche wichtige Bedeutung zu – eine Psychotherapeuten nicht sehr vertraute Perspektive!
- Diese Älteren repräsentieren eine den Professionellen *unbekannte Welt*, d. h. unbekannt bezüglich allgemeiner, sexueller und religiöser Erziehung, bezüglich der sich daraus ableitenden ich-syntonen und gesellschaftlichen Normen; bezüglich der früheren Familienstrukturen; unbekannt bezüglich möglicher traumatisierender Einflüsse (Kriegszeiten, Flucht/Vertreibung etc.) sowie unbekannt bezüglich der Alltagsgeschichte (d. h. Mode, Hobbies, Schlager/Filme/Bücher, Versorgung etc.). Die durch die eigenen Älteren vermittelten Kenntnisse – wenn überhaupt jemals für die Jüngeren von Interesse – erweisen sich als hoch individuell und lassen sich keinesfalls generalisieren.
- Dazu kollidieren die (vorbewusst vorhandenen) Menschen- und Selbstbilder mit dem vertrauten Ziel einer Konfliktbearbeitung: d. h. die Älteren sind bisher anscheinend gut mit sich zurecht gekommen, d. h. *sie bissen die Zähne zusammen und machten Konflikte mit sich selbst aus*; dazu möchten sie *ruhiger* und *gelassener* werden. Keinesfalls haben sie erfahren, dass man über Konflikte sprechen und sie dadurch sogar verändern kann. So stellt die Empfehlung einer Psychotherapie oft – insbesondere für Männer – eine kränkende, aber auch beschämende Situation dar, denn sie belegt, dass man aus der Außensicht nicht mehr allein mit sich zurecht kommt.
- Die in der Regel unter 60-jährigen Psychotherapeut/-innen sehen Altern entweder im Sinne eines gefürchteten biologischen Defizitmodells ohne

Handlungsaufforderung oder im Sinne eines erwünschten mit Abgeklärtheit/Weisheit einhergehenden sozialen Rückzugmodells. Beide Seiten sehen weniger über 60-Jährige als psychosexuell und psychosozial erfahrene Erwachsene an, die jetzt in die Entwicklungsphasen des höheren hohen Alters eintreten und die eben unverändert an den Folgen von Konflikten und Traumatisierungen leiden können. Nimmt man die aktuelle durchschnittliche Lebenserwartung über 60-Jähriger, so liegt diese für die Frauen bei 23-24 und für die Männer bei knapp 20 Jahren. Lässt man das Erwachsenenalter mit 20 Jahren beginnen, so umfasst diese Lebenserwartung mindestens ein Drittel der Erwachsenenzeit.

- Für die in der Regel deutlich jüngeren Psychotherapeut/-innen ergeben sich weitere Schwierigkeiten, die nur stichwortartig benannt werden können:
  - Die Behandlung Älterer konfrontiert mit dem eigenen Älterwerden sowie mit den vielfältigen früheren und wahrscheinlich zukünftigen Verlusten (an Beziehungen, an Rollen, an psychischen und physischen Funktionen). Dazu sterben ältere Patienten häufiger als jüngere während einer Therapie.
  - Die bestehende Altersdifferenz führt im Gegensatz zu der wohl vertrauten, eher vorbewussten bis unbewussten regelhaften Übertragungskonstellation im Sinne zu einer zunächst umgekehrten Übertragungskonstellation (Radebold 1992, Heuft et al. 2000, 2006).
  - Die erreichten Behandlungserfolge halten aufgrund von auftretenden Krankheiten, Verlusten von zentralen Bezugspersonen, zunehmender Hilfsbedürftigkeit, teilweise mehrere Jahre, seltener Jahrzehnte an. Dieser Sachverhalt führt häufiger zu narzisstischen Kränkungen der Behandler/-innen insbesondere wenn zusätzlich in ihrer sozialen Umwelt der Behandlung Älterer nur geringe Wertschätzung zukommt (z. B. in einer psychiatrischen Klinik oder im Kollegenkreis).
- Vergegenwärtigt man sich diese Schwierigkeiten, so wird verständlicher, dass über 60-Jährige entweder grundsätzlich nicht zur Behand-

lung angenommen werden, häufiger weggeschickt und Soziotherapie/ Psychopharmakotherapie empfohlen werden oder die Behandlungen zumindest modifiziert (eben bezüglich Behandlungsintensität, -frequenz, -dauer und Bearbeitungstiefe) erfolgen.

## Grenzen

Untersucht man „mislungene“ bzw. „erfolglose“ Psychotherapien über 60-Jähriger, so lassen sich aufgrund der dargestellten Schwierigkeiten und Aufgaben folgende „Grenzen“ beschreiben:

- Die Annahme zur Psychotherapie erfolgte aufgrund einer unreflektierten, zu positiven Übertragungsreaktion auf therapeutischer Seite (teilweise in deutlicher „Verführung“ durch das Beziehungsangebot der Älteren).
- Die jeweiligen Indikationskriterien wurden nicht ausreichend beachtet und dabei insbesondere das *Alter der Erkrankung*. Persönlichkeitsstörungen und jahrzehntelang bestehende neurotische/psychosomatische Erkrankungen mit geringem Leidensdruck und hohem sekundären Krankheitsgewinn erweisen sich selbstverständlich auch während des Alterns als nicht behandelbar; wenn überhaupt bedürfen sie einer supportiven Hilfestellung.
- Differentialdiagnostisch wurde eine beginnende demenzielle Krankheit übersehen: Patienten mit einer Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) bedürfen einer umfassenden soziotherapeutischen/psychopharmakologischen Behandlung; dagegen können Patienten mit einem apoplektischen Syndrom (Multi-Infarkt-Demenz) nach Rehabilitation der körperlichen Beeinträchtigungen durchaus von einer Psychotherapie profitieren.
- Bestehende schwere, fortschreitende, sich chronifizierende oder sogar infauste Erkrankungen wurden übersehen, diagnostisch nicht abgeklärt oder auch von den Patient/-innen nicht in das Erstinterview eingebracht. Später erfolgten dann keine Veränderungen der Zielsetzung der Psychotherapie.

- Die Zielsetzungen der Psychotherapie wurden überhaupt nicht oder nicht eindeutig verabredet. Teilweise wurden sie (wie z. B. abgelehnte Krankenkassenanträge verdeutlichen, Zitat: „Bearbeitung der gesamten Lebensproblematik bei einer 80-Jährigen im Lebensrückblick“) euphorisch zu umfassend gesehen. Umgekehrt wurden die Fähigkeiten/Resourcesen auf Seiten des Patienten zur Konfliktlösung und Mitarbeit unterschätzt (die derzeitigen Kassenregelungen erlauben es in Deutschland, eine zunächst eingeschränkte Zielsetzung zu erweitern und die Therapie zu verlängern!).
- Das Mitagieren von Partner, Familienangehörigen wie auch von Hausärzten und weiteren Professionellen aus dem beratenden, pflegerischen und rehabilitativen Bereich wurde nicht genügend berücksichtigt bzw. angegangen und geklärt. Gerade wenn sich über 60-Jährige in einer abhängigen Situation befinden, erhält die Umwelt entsprechend größeren Einfluss.

Dagegen kommt dem *chronologischen Lebensalter* – wenn nicht in der subjektiven Einschätzung von Behandler, Patient und Umwelt – für die Durchführung einer Psychotherapie nur geringe Bedeutung zu. Das bisher berichtete höchste Alter bei einer Behandlung betrug in der ersten Phase 94 Jahre und in der zweiten 99 bis 103 Jahre (Settlage 1998).

## **Ausblick**

- Psychotherapie über 60-Jähriger ist möglich, sinnvoll und notwendig sowie (inzwischen katamnestisch nachgewiesen) langfristig erfolgreich.
- Die jetzt heranwachsenden Kohorten Älterer kennen bereits Psychotherapie. Wenn wir sie ihnen nicht anbieten, werden sie sie in Kürze von uns einfordern.
- Die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen vom jüngeren bis zum hohen Alter (also aller Lebensphasen) erweitert unsere intergenerationelle Sicht und kann zu besserem und befriedigenderem Umgang mit dem eigenen Altern führen.

## Literatur

- Bäurle, P., Radebold, H., Hirsch, R. D., Studer, K., Schmid-Furstoss, U. & Struwe, B. (Hrsg.) (2000). *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen*. Bern: Huber.
- Bäurle, P. & Bizzini, L. (2005). *Kognitive Therapie mit älteren Menschen*. München: Reinhardt.
- Heuft, G. & Marschner, C. (1994) *Psychotherapeutische Behandlung im Alter. State of the art*. *Psychotherapeut* 39: 205-219
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Reinhardt (2. Auflage 2006).
- Lange, C., Peters, M. & Radebold, H. (1995). Zur Versorgung älterer Patienten in psychosomatischen Kliniken. In: Heuft, G., Kruse, A., Nehen, H. G. & Radebold, H. (Hrsg.) *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik*. München: MMV Medizin Verlag-Vieweg: 243-252.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Radebold, H. (1992). *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Radebold, H. (1994). *Freuds Ansichten über die Behandelbarkeit Älterer*. *Z. psychoanal. Theorie und Praxis*: 247-259.
- Radebold, H. (2000). *Abwesende Väter und Kriegskindheit. Fortbestehende Folgen in Psychoanalysen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (3. Auflage 2004).
- Radebold, H. (2002). *Psychoanalyse und Altern oder: Von den Schwierigkeiten einer Begegnung*. *Psyche-Z Psychoanal.* 56: 1031-1060.
- Radebold, H. (2005). *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege*. Stuttgart: Klett-Cotta (2. Auflage 2005).
- Radebold, H. & Schweizer, R. (1996). *Der mühselige Aufbruch – über Psychoanalyse im Alter*. München: Reinhardt (2. erg. Aufl. 2001).
- Riehl-Emde, A. (2002a). *Paartherapie – warum nicht auch für ältere Paare?* *Familien-dynamik* 27: 43-73.
- Riehl-Emde, A. (2002b). Paar- und Familientherapie mit älteren Menschen. In: Wirsching, M. & Scheib, P. (Hrsg.) *Paar- und Familientherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer: 581-598.
- Settlage, C. F. (1998). Transzendenzerfahrungen im hohen Alter – Kreativität, Entwicklung und Psychoanalyse im Leben einer Hundertjährigen. In: Teising, M. (Hrsg.) *Altern: Äußere Realität, innere Wirklichkeiten*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 243-280.

*Ingrid Riedel*

## **Sinnerfahrung, Kreativität und Spiritualität im Alter – Erfahrungen aus der Kunsttherapie**

Von wem spreche ich, wenn ich von „Kreativität und Spiritualität im Alter“ spreche? Gehe ich von hochaltrigen Menschen aus oder auch schon von den heute so genannten „jungen Alten“, den Menschen im späteren Erwachsenenalter also, das nach der heutigen psychologischen Lebensspannenforschung etwa von Ende sechzig bis Mitte siebzig angesetzt wird?

Mit Sechzig- bis Siebzigjährigen habe ich reichen Kontakt innerhalb von ambulanten Einzeltherapien und stelle immer wieder fest, wie viel gerade ihnen die Anregung zum „Malen aus dem Unbewussten“ bedeutet (so bezeichnet man das spontane Malen innerhalb einer Analyse nach C. G. Jung in dem sich der emotionale Impuls aus dem Unbewussten mit dem bewussten Gestaltungsvermögen des Patienten verbindet, wobei das entstandene Bild, meist zuhause gemalt, anschließend im therapeutischen Setting und Gespräch auch dem bewussten Verstehen von Patient/-in und Therapeut/-in zugänglich gemacht wird).

Unvergesslich ist mir in diesem Zusammenhang die Erfahrung mit einer Krankenschwester, die während ihrer letzten Berufsjahre, schon jenseits der Sechzig, mit einer schweren Erschöpfungsdepression zu mir in die Therapie kam.

Als ich ihr vorschlug, zuhause vielleicht einmal etwas zu malen, und sei's ihre momentane Stimmung – ich suchte ihre Kreativität wieder zu wecken – da antwortete sie zunächst nur mit einem trockenen Lachen: „Ausgerechnet etwas malen! Wo ich doch nicht einmal einen Apfel hinkriege!“

Äpfel aber waren es, sogar fünf pralle rote Äpfel, die in den schwarzen, blätterlosen, sperrigen Ästen ihres Winter-Baums hingen, als sie mir ihr Bild zur nächsten Therapiestunde mitbrachte. Sie hatte eben doch gemalt, hatte wild, stark und expressiv gemalt. Das Malen mit unvermischten Farbpasten hatte zugleich ihre Wut frei gesetzt, die hinter der Depression versteckt gewe-

sen war; Wut vor allem über so viel Ausbeutung und Ausgenutzt-Sein wie sie es in ihrem aufopfernden Beruf bisher erfahren und sich auch selber zugemutet hatte – eine Wut, die, jedenfalls für die Dauer des Malens, so stark geworden war, dass sie Resignation und Erschöpfung wegzufegen vermochte, zugunsten eines kraftvollen Emotions-Ausbruchs.

Wut hatte sie zunächst aber auch über meine Zumutung empfunden, die sie zum Malen aufforderte. Aus Wut drüber hatte sie das nächstbeste Papier zum Malen genommen, das sie zuhause vorfand, nämlich Butterbrot-Papier. Auf das Baumsymbol aber, das Apfelbaum-Motiv, war sie ganz von sich aus gekommen, ich hatte ihr kein Thema vorgegeben, damit das Motiv frei aus dem Unbewussten, aus ihrer Emotion heraus entstehen konnte.

Keine Frage: dieses zunächst so ungestüme und ungestaltete schöpferische Tun bahnte den Weg für sie, aus ihrer Depression heraus zu gelangen und vielleicht die vitale Persönlichkeit wieder zu entdecken, auf die sie im Kern ihres Wesens angelegt war.

Der schwere Winterbaum in seiner sperrigen Dürre zeigt dagegen in diagnostischer Deutlichkeit an, wie ihre momentane Verfassung, ihre Stimmung und ihr Selbstbild waren. Die widerborstig-trotzige Gestalt ihres Baumes ließ auch in dieser Situation noch eine Ressource, ihre ursprüngliche Vitalität, erahnen, was prognostisch nicht ungünstig erschien.

Und die fünf roten Äpfel? Sie musste unwillkürlich lachen, als ich sie danach fragte, auch das kein schlechtes Zeichen.

Ja, solche Äpfel hätte ihr eine ihrer Patient/-innen aus dem Alten-Krankenhaus, in dem sie derzeit arbeitete, mitgebracht, als kleine Aufmerksamkeit und einen Dank für die gute Pflege, die sie bei ihr genossen habe. Eine besonders bockige Patientin sei dies zwar gewesen, so die Krankenschwester, doch auch wieder gut zu haben und gern zu haben, weil sie immerhin noch lebendiger war als manche andere auf der Station.

Beim Gespräch über das Bild konnten wir uns klar machen, dass die fünf roten Äpfel ein bisschen Aufmerksamkeit, ein bisschen Dankbarkeit bedeuteten, ein wenig Ernte nach aller Arbeit des Jahres – und dass die Schwester sich darüber freute, nicht ganz leer ausgegangen zu sein. Die Äpfel bedeuteten eine



kleine Aufhellung in ihrem winterlichen Lebensgefühl, eine kleine Gabe, die ihr in Gestalt jener bockigen Patientin gegeben worden war, genau so bockig und widerständig wie sie selbst, die ihr deshalb auch wie ein Stück von ihr selbst erschien, ein nicht unsympathisches.

Die fünf roten Äpfel erwiesen sich für jene Krankenschwester weit über jenen kleinen Anlass des Bedachtwerdens hinaus als eine echte Ressource an Vitalität, an Hoffnung, die winterliche Verfassung, in der sie sich noch befand, überwinden zu können. Schon alleine dies, dass sie diese Verfassung in Gestalt eines Winterbaumes gemalt hatte, der den jahreszeitlichen Wandel kennt, zeigt, dass sie im Grund ihrer Psyche noch an Veränderung glaubte. Hoffnungslosigkeit hätte sie anders malen können!

Am Bild als solchem beobachteten wir im gemeinsamen Betrachten und Austausch darüber, dass die kleinen runden Rot-Felder, die die Äpfel darstellen, ein so starkes Gegengewicht gegen das Schwarz des Baumes setzen, dass sie die eigentlichen Energiezentren des Bildes werden.

Um es kurz zu machen: Jene Krankenschwester entdeckte das Malen für sich selber derart intensiv, dass sie nicht nur ihre damalige Depression mit Hilfe des Malens hinter sich lassen, sondern das Malen nach ihrer Berufszeit zum eigentlichen Lebensinhalt machen konnte. In einem ihrer späteren Bilder erscheint ein lichter Regenbogen, der das ganze Land, symbolisch gesehen also auch ihre Lebenslandschaft, samt deren Beschädigungen nach einer Art Sintflut, sanft überwölbt, als ein Zeichen wohl, dass sie sich mit dem Verlauf ihres Lebens und mit sich selbst ausgesöhnt hat. Darauf aber kommt es in den späteren Lebensabschnitten vor allem anderen an.

Ein anderes Bild einer solchen Aussöhnung, in dem Fall mit den beiden Partnern ihres Lebens, malte eine Zweiundsiebzigjährige, die ich nur in einem Einführungskurs in das „Malen aus dem Unbewussten“ während einer Tagung kennen gelernt hatte und nur durch wenige Tage bei ihrem Malen begleiten konnte. Als Schwimmende im Meer imaginierte und malte sie die beiden wichtigsten Männer ihres Lebens. Sie waren also, symbolisch verstanden, in das große Reservoir des Unbewussten, in ihre psychische Tiefe eingegangen, die aufnimmt und wieder gebiert, in das große Wandlungselement, das das Meer darstellt. Der Jüngere der beiden, ein sehr viel jüngerer Mensch als sie selbst,

der sie einst verlassen hatte, erhob sich nun jedoch auf dem Bild wie ein Wassermann, ein Wassergeist, aus dem Meer und kam auf sie zu. Ruhig erwartete sie ihn, während sie auf dem Kieselrand der Küste, auffallend schön geschliffenen, farbenfrohen Steinen, ihren festen Stand hatte.

Bei der Besprechung des Bildes erzählte sie von einer späten Liebesbegegnung mit diesem jungen Freund, lang nach dem Tode ihres Mannes, und wie sie den jungen Geliebten schließlich an eine Partnerin seiner Generation freigeben musste. Im Malen des Bildes habe sie jene Begegnung noch einmal durchgeföhlt und durchgearbeitet, so sagt sie, und einer der beiden Schwimmenden sei dieser Geliebte, der andere ihr verstorbener Mann. Der auferstehende Wassergeist aber, er sei wohl das, so fühle sie, was die Liebe dieser beiden Männer und ihre Liebe zu ihnen in ihr geweckt habe, was sie nicht mehr verlieren könne, einen Teil ihrer Geistigkeit, ihrer Kreativität wohl auch, die jetzt wie übers Meer auf sie zukomme, wie eine Inspiration. Jetzt, in ihrem fortgeschrittenen Alter, ist sie versöhnt mit den Begegnungserfahrungen all ihrer Lebensstationen, auch wenn diese seinerzeit sehr schmerzhaft waren. Im Malen kann sie sich dessen vergewissern.

Eine weitere Möglichkeit, die Kreativität der sog. „Jungen Alten“ anzuregen, bot mir meine langjährige Seminartätigkeit im Rahmen der „Universität des dritten Lebensalters“, die der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main angeschlossen ist.

Ist doch das „Malen aus dem Unbewussten“ keineswegs nur als psychotherapeutische Methode zu verstehen und zu gebrauchen, sondern vielmehr als Medium zur Freisetzung von Kreativität überhaupt, die allerdings von der Jungschen Psychologie als ein heilender und sinnstiftender Faktor schlechthin betrachtet wird, und die darüber hinaus gerade im Alter zur Belebung der Psyche in ihrer symbol- und sinnstiftenden Funktion dient.

Vor allem ist kreatives Tun geeignet, eine gewisse Zuwendung zum tieferen Selbst anzuregen – ein Impuls, der dem Alter gemäß zu sein scheint.

In einem Seminar über Goethes Farbenlehre wiederum, die auch die Lehre von den Komplementärfarben enthält, entstanden spontane Farb-Kompositionen, in denen gerade auch Männer die oft harten Kontraste ihres Lebens

in komplementärer Farbigkeit ausdrücken und miteinander verbinden konnten. Das Zusammenfügen und Verbinden von bisher Disparatem, Unvereinbarem und Unversöhnlichem, wenigstens als Versuch, scheint ebenfalls ein Grundbedürfnis des alten Menschen zu sein. Im Anschluss an ein Seminar zum späteren Werk Paul Klees, zu dem auch seine eigenartig kargen Engelzeichnungen gehören, entstand das Bedürfnis in jener Gruppe von Sechzig- und Siebzigjährigen, selbst Engel-Skizzen zu entwerfen, aus freier Inspiration heraus, als behutsame Annäherung vielleicht an die Dimension der Transzendenz.

Mit den Hochbetagten habe ich nur in Einzelfällen therapeutisch gearbeitet und habe nur begrenzte Erfahrungen, wohl aber diejenige, dass es sich sehr lohnt, diese Altersgruppe zum Malen, auch zum symbolischen Gestalten anzuregen, wobei es natürlich auch unter ihnen große Unterschiede zwischen den schon Beeinträchtigten und den wach Gebliebenen, lebendig Gebliebenen, den Malbegabten und gar den entsprechend Ausgebildeten gibt. Ein passionierter Maler wie Chagall oder auch eine Künstlerin wie Louise Bourgeois wird malen können, solange überhaupt die geistige Substanz erhalten bleibt. Da sich aber Altern ab Ende siebzig, in den Achtziger- und Neunzigerjahren immer individueller gestaltet und nicht mehr nach Jahren zu messen ist, sondern nach der individuellen geistig-seelischen Beweglichkeit, die meist mit der körperlichen eng verbunden ist, so kann es uns nicht verwundern, auch von Menschen in ihren Achtziger- und Neunzigerjahren noch hervorragend differenzierte Bilder zu bekommen. Die Regel ist es natürlich nicht mehr. Aber unter den Menschen in Alters- und Pflegeheimen, die sich überhaupt zum Malen aufschwingen, sind erstaunlich viele, die mit großer Kreativität gelegentlich auch spirituelle Motive aufgreifen und sie zu Sinnsymbolen gestalten.

So beobachtete ich es vor allem bei den Bildern, die mir aus der kunsttherapeutischen Arbeit von *Claudia Hund* mit ihrem „mobilen Seniorenatelier“ vorlagen, einer originellen kunsttherapeutischen Arbeit, bei der Claudia Hund Alters- und Pflegeheime aufsucht und die dort Wohnenden zum Malen motiviert. In den Bilderreihen, die in ihrer Arbeit mit den Alten entstanden, fiel mir besonders der lebhafteste Gebrauch intensiver Farben auf, die reiche Farbigkeit, die für die Bilder vieler Hochbetagter typisch war. Ich frage mich, ob die blü-

hende, ja glühende Farbigkeit, die im Umfeld des „mobilen Seniorenateliers“ auf den Bildern der alten Menschen erscheint, mit der intensiven Begleitung eines jeden Einzelnen, einer jeden Einzelnen durch diese engagierte Kunsttherapeutin zusammenhängt, vielleicht auch mit der besonders liebevollen und appetitanregenden Aufbereitung und Bereitstellung der verschiedenen Farbtöpfe, Farbkästen, der Wachskreiden und Bleistifte sowie der großformatigen Zeichenblätter. Vielleicht ist es aber auch der Lebenssituation und Kondition hoch betagter Menschen, die in Heimen leben, zu verdanken, dass sie sich kompensatorisch nach manchem Verzicht und Verlust an Lebensqualität auf anderen Gebieten buchstäblich nach Farben sehnen, auf Farben zurückgreifen, Farben in ihr Leben und ihre Bilder hereinholen. So äußerte sich eine Pflegeheimbewohnerin gegenüber der Maltherapeutin: „... Wenn das Leben nicht mehr so bunt ist, muss ich es eben bunt malen ...“ Die anregende, oft auch heitere Atmosphäre des gemeinsamen Malens, das doch individuell begleitet und besprochen wird, mag ein Übriges dazu tun, dass dieses Empfinden von Farbigkeit im anregenden Miteinander dann auch auf den Bildern in Farbe umgesetzt wird. Der Umgang mit dem Naturphänomen der Farbe wirkt auf manche selbst wie ein Lebenselixier.

So war die Bewohnerin eines Pflegeheims, die zur Zeit des Malens im neunzigsten Jahr stand, selbst überrascht, dass sie das Papier mit glühendem Rot bemalt hatte. Das Rot nimmt eine große Fläche rechts unten in ihrem Bild ein, an einem symbolischen Ort, der sich beim Vergleich vieler Bilder immer wieder als der Bereich zeigt, in dem Fragen der Geborgenheit dargestellt werden. Eher bescheiden, zurückhaltend, hatte diese Frau während des Malens manchmal sogar geweint, aus dem Empfinden heraus, nicht so gut malen zu können wie die anderen, dabei wollte sie unbedingt dazulernen und sich weiter entfalten.

Die Sinnerfahrung alter Menschen scheint sich vor allem in folgenden Motiven auszudrücken: in einer tief empfundenen Beziehung zu Landschaft, Blume und Tier, einer durchaus auch religiös zu verstehenden Beziehung zu Natur und Kosmos. Dazu einige Beispiele:

Eine innige Beziehung zu Bienen hatte ein 91-jähriger Mann entwickelt, als er nach seiner Berufstätigkeit als Maschinenschlosser in Rente gegangen war.

Bis zu seinem Einzug ins Pflegeheim, wegen demenzieller Erkrankung erforderlich geworden, war die Imkerei sein intensivstes Hobby gewesen. Seine Tochter erzählte, er habe einen Bienengarten gehabt, in dem er sich von morgens bis abends aufzuhalten pflegte. Mit den Bienen sei er auch zu den jeweiligen Blütenständen, aus denen sie Nektar holten, gewandert, zur Tannenblüte bis in den Schwarzwald. Die Tochter, die seit seinem Tod viele seiner Bilder bei sich aufbewahrt, erkennt darauf immer wieder die Bienen und den Bienengarten. Er selbst konnte sich zu der Zeit, als er die Bilder malte, nicht mehr verständlich äußern. Aber er nahm nach dem Malen, wie Claudia Hund berichtet: „... oft sein Bild in beide Hände, hielt es weiter von sich weg, um es dann sehr bedächtig und konzentriert betrachten zu können. Dabei hat er manches Mal gesprochen, für mich leider nicht verstehbar. Er wirkte bei seinen Betrachtungen zufrieden. Beim Malen konnte er sich ungewöhnlich gut konzentrieren. Er hatte eine ganz eigene Hingabe an sein Tun.“ Er soll sehr genau und vorsichtig gewesen sein, wenn er kleinere Details malte.

Die beiden Bilder von ihm, die ich hier vorstelle, erinnern auch mich an einen Bienengarten. Im ersten Bild, dessen Bodenlinie schwebend ansteigt, wie es bei vielen Bildern alter Menschen charakteristisch ist, sind die verschiedenen baum- und blumenähnlichen Figurationen wie von einem Bienenschwarm überflogen, dessen Fluglinie die Bodenlinie wiederholt und die Darstellung nach oben abschließt (Abb. 1). Enthält dieses Bild eine Tendenz zur Reihung – ebenfalls ein Charakteristikum vieler Altersbilder –, so stellt das zweite eine Konzentration auf eine die Mitte füllende gebogene Baumgestalt dar, in Rot gemalt, die gänzlich von Blüten oder auch von Bienen umhüllt scheint, ein Lichtbaum gleichsam, ein Bienenbaum, der auch Symbol eines in Blüte und Befruchtung eingehüllten Lebensbaums sein könnte, ein Selbstsymbol und damit ein Sinnsymbol (Abb. 2).

Die Bilder dieses 91-jährigen Mannes wurden für Claudia Hund zu einem Schlüsselerebnis für ihre Einstellung zu den Hochbetagten: „Es geht um einen alten Mann, der heute nicht mehr lebt. Er war hochgradig verwirrt und konnte sich zeitlich und räumlich nicht mehr orientieren, sich auch sprachlich nicht mehr verständlich ausdrücken (...). Aber dieser Mann malte die schönsten Bäume und Pflanzen, die man sich vorstellen kann. Solch ein Baum drückte in

den Proportionen größte Harmonie aus, war sehr fein und differenziert gestaltet und zeugte von einem sehr sensiblen Menschen. Diese Bäume sahen gesund aus.“ Die Kunsttherapeutin betont: „Ich erzähle dies, weil es für mich ein Schlüsselerlebnis war: nämlich, egal in welchem Zustand uns ein Mensch entgegentritt, immer an sein tiefstes innerstes Heilsein zu glauben – und ihm die Möglichkeit zu geben, dies auf ureigenste Weise auszudrücken.“

Auch das „Höhlentier“ einer Frau (Abb. 3), derzeit 94 Jahre alt, gehört in diesen Zusammenhang: „Das ist ja ein Höhlentier“, sagte die Malerin ganz spontan, als ihr Bild fertig war. Das in elementarer Form, aber ausdrucksstark gemalte Tier könnte auch etwas von der Frau selbst charakterisieren: dass sie sich nämlich jetzt, im Pflegeheim, wie ein Höhlentier zwar in einer elementaren Situation, aber doch auch geborgen fühlt. Sie litt allerdings immer auch ein wenig darunter, dass es im Heim zu wenig gelebte Gemeinschaft gäbe. Doch am Malen, an der gesamten gemeinschaftlichen Malsituation hatte sie größte Freude, war beim Malen immer sehr vertieft und mochte ihre eigenen Bilder gerne: „Sie hatte eine sehr wohltuende Selbstakzeptanz“, sagt Frau Hund, auch die Formen ihres Tieres in seinen runden Formen, das nach rechts in die Kontaktrichtung blickt, passten gut zu ihrem Wesen.

Ein frei gestalteter Baum in herbstlichem Laub (Abb. 4), der besonders schöne Proportionen aufweist und noch immer voll Spannkraft ist, wurde von einer leidenschaftlichen Natur- und Tierfreundin, 1925 geboren, gemalt. Sie hatte einst Bauernmalerei erlernt und fünf Jahre lang beruflich auf diesem Gebiet gearbeitet. Wie ihr Baumbild, auch ein Selbstbild, schon erahnen lässt, ist sie eine Frau von auffallender Zufriedenheit, sehr ausgeglichen und ruhig, mit einem guten Beobachtungsvermögen, vor allem für die Natur: „Langweilig ist mir nie“, ist ihr meist gesprochener Satz.

Die Bilder einer 1915 geborenen Berlinerin haben etwas Musikalisches, so als würde sie beim Malen mit dem Pinsel über das Papier tanzen. Oft beginnt sie tatsächlich während des Malens mit kräftiger Stimme zu singen, auch spricht sie beim Malen, unterstreicht ihre Pinselbewegung mit Worten, manchmal ausgesprochen humorvoll, mit Berliner Witz. Beim Malen kommt ihr ganzes Temperament zum Vorschein. In ihrem Bild stehen zwei mit den Stämmen einander zugeneigte Bäume in herbstlichen Farben im Vordergrund, ein Be-