

Alterungsprozesse im Wandel – Kreativität und Grenzerfahrungen im Alter aus individueller, gesellschaftlicher und ethischer Perspektive

Andreas Kruse

1. Das Alter unterliegt einem Wandel

In einem Briefwechsel zwischen dem Philosophen und Psychiater *Karl Jaspers* und der Politikwissenschaftlerin *Hannah Arendt* anlässlich des 80. Geburtstags von Karl Jaspers finden sich Aussagen, die besonders anschaulich drei Aspekte des Alters charakterisieren¹: Erstens das subjektive Erleben des Alters, welches interindividuell sehr unterschiedlich ausfallen kann, zweitens den qualitativen Wandel des Alters in aufeinander folgenden Kohorten und drittens die Mehrdimensionalität des Alterns, also die Verschiedenartigkeit von Alternsprozessen auf der körperlichen Dimension einerseits, der seelisch-geistigen Dimension andererseits.

Karl Jaspers schreibt:

„Auch war die Feier anders als am 70. Geburtstag. Man kann nicht wiederholen. Es gibt nur einen Altersgeburtstag und das ist der 70. Der 80. ist für die, die ihn erleben, ein stiller Nachzügler, da ist man fast schon nicht mehr da, für die Welt allenfalls eine Erinnerung. Es gilt doch das Bibelwort: Das Leben währet siebenzig Jahr. Das ist eine qualitative, nicht eine quantitative Aussage.“

Hannah Arendt antwortet auf diesen Brief:

„Ich will versuchen, Sie zu überzeugen, dass Sie über das Alter irren. (Jetzt sagt Ihre Frau: Die Hannah wird frech!) Das Bibelwort stimmt zwar, aber es hat sich rein faktisch alles um ca. 10 Jahre verschoben – denken Sie an die vielen 80-Jährigen, die heute aktiver sind als die 70-Jährigen vor 30 Jahren. Außerdem soll man in solchen Dingen keine Vorurteile haben, sondern es nehmen, wie es gegeben wird. Sie sind unverändert, nicht nur in dem, was man geistige Frische nennt, sondern auch in dem Aufnehmen, in der Wachheit, in der Weltoffenheit. Das ist kein Zurechtrücken, sondern es ist einfach so.“

Die von *Hannah Arendt* angesprochene Verschiedenartigkeit der Alternsprozesse auf der körperlichen Dimension einerseits, auf der seelisch-geistigen Dimension andererseits ist durch empirische Befunde gerontologischer Forschung belegt: Während auf der körperlichen Dimension bereits ab dem vierten Lebensjahrzehnt – allerdings mit hoher Variabilität zwischen den einzelnen Organen – eine natürliche, altersbedingte Verringerung der Leistungskapazität zu beobachten ist², lässt sich in Bezug auf Wissenssysteme, Handlungsstrategien und An-

passungsfähigkeit – somit in zentralen Merkmalen der seelisch-geistigen Dimension – keine oder nur eine vergleichsweise geringe Abnahme der Leistungskapazität feststellen³. Zudem ist der von *Hannah Arendt* genannte qualitative Wandel des Alters in nachfolgenden Kohorten bereits empirisch belegt, wie nachfolgend am Beispiel des Konzepts der Morbiditätskompression aufgezeigt werden soll.

Dieses Konzept wurde von *James Fries* Anfang der 1980er Jahre vorgestellt. Es geht von der Erkenntnis aus, dass die meisten Erkrankungen chronischer Art sind und im späten Lebensalter auftreten. Fries postuliert, dass die Lebenszeitbelastung durch Erkrankung dann reduziert werden kann, wenn der Beginn der chronischen Erkrankungen hinausgezögert wird und wenn diese Verzögerung größer ist als der Anstieg in der Lebenserwartung⁴. Das Konzept der Morbiditätskompression wurde in den 1980er Jahren als Gegenentwurf zu der von vielen Demografen und Sozialpolitikwissenschaftlern vertretenen Ansicht entwickelt, die durch den medizinischen Fortschritt gewonnenen Monate und Jahre würden in schlechterer Gesundheit verbracht, sodass der demografische Wandel entsprechend fatale Auswirkungen auf die Entwicklung der Kosten im Gesundheitssystem habe. Der damit angenommene Prozess wurde mit dem Begriff des *Failure of Success*, also des Scheiterns oder Versagens des Erfolgs belegt⁵. Das Konzept der Morbiditätskompression stellt demgegenüber ein positives Konzept dar, indem es sich am Ideal eines langen Lebens mit einer relativ kurzen Krankheitsphase vor dem Tod orientiert. Dieses Ideal soll insbesondere durch einen Rückgang der chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel der kardiovaskulären Erkrankungen, erreicht werden. Dieses Konzept postuliert zudem, dass die aufgrund der steigenden Anzahl älterer Menschen zu erwartende Zunahme der Krankheitslast wenigstens in Teilen dadurch aufgehalten werden kann, dass auf individueller Ebene eine im Durchschnitt geringere Krankheitsbelastung gegeben ist – woraus sich positive Effekte für die Stabilität des Gesundheitssystems ergeben. Eine Kompression der Morbidität lässt sich für die beiden vergangenen Dekaden eindeutig nachweisen, und dies sogar mit einer hohen Geschwindigkeit. Wie aus epidemiologischen Befunden, die in den USA gewonnen wurden⁶, hervorgeht,

sind die Fähigkeitseinbußen in der über 65-jährigen Bevölkerung von 1982 bis 1999 von 26.2 Prozent auf 19.7 Prozent zurückgegangen; dies entspricht einer Abnahme um 2 Prozent im Jahr. Diese Abnahme ist deutlich größer als der Rückgang der Mortalität in dieser Periode mit 1 Prozent im Jahr. Dabei ließ sich der Rückgang sowohl in den basalen wie auch in den komplexeren instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens nachweisen. Die Gründe für den Rückgang in den Fähigkeitseinbußen scheinen dabei multifaktoriell zu sein; von einer einfachen Ursache kann nicht ausgegangen werden. Genannt werden als Gründe: Abnahme des Zigarettenkonsums, medizinische Fortschritte, zum Beispiel verbesserte Behandlung des Bluthochdrucks, des Diabetes, der koronaren Herzerkrankung, sowie Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen. Und schließlich wird als potenzieller Grund die Überzeugung der Selbstwirksamkeit angeführt:

„It might be that rising expectations for healthier aging became self-fulfilling, perhaps through a mechanism of perceived self-efficacy. The association between level of education and health is strong, and self-efficacy might at least partly explain this association; education levels in the elderly rose substantially over the past two decades.“⁷

2. Kreative Potenziale im Alter

Als Begründer der modernen Kreativitätsforschung wird *Joy Paul Guilford* angesehen. Diesem kommt nicht nur das Verdienst zu, in einer 1950 vor der American Psychological Association gegebenen Presidential Address für den nicht gedeckten Bedarf an kreativen Personen in der US-amerikanischen Wissenschaft und Wirtschaft sensibilisiert zu haben, was zusammen mit dem Sputnik-Schock von 1957 gemeinhin als Ausgangspunkt der modernen Kreativitätsforschung bezeichnet wird. Auch die im Arbeitskreis von *Guilford* – ausgehend von dessen Intelligenzstrukturmodell⁸ – entwickelten Tests zum divergenten Denken haben die spätere Kreativitätsforschung nachhaltig geprägt. Der genannten Rede von *Guilford* ist folgende Definition von Kreativität entnommen:

„Kreativität ist der Prozess der flüssigen, flexiblen, ursprünglichen Erzeugung von Konzepten zur Lösung von neuartigen Problemen.“

Im Unterschied zum konvergenten Denken, das durch logische Schlussfolgerungen zu einer einzigen oder besten Lösung gelangt (wobei das Ergebnis mehr oder weniger vollständig durch die vorhandene Information determiniert ist), liefert das divergente Denken nach *Guilford* mehrere alternative Lösungen, die jeweils den gegebenen Anforderungen entsprechen. Dabei gelten die Anzahl der generierten Lösungen und deren Qualität als Maß für die Ausprägung des divergenten Denkens. Mit der Verwendung der Guilford-Tests zum divergenten Denken treten sechs Aspekte von kreativem Denken in den Vordergrund: (1) Problemsensitivität, (2) Flüssigkeit in der Produktion von Lösungsansätzen, (3) Flexibilität von Denkschemata, Bezugssystemen etc., (4) Redefinition von Objekten und Funktionen, (5) Elaboration im Sinne von Realisierbarkeit und Praktikabilität, (6) Originalität.

Da ein neues Produkt nur dann ein *kreatives Produkt* darstellt, wenn es von einer Gruppe zu irgendeinem Zeitpunkt als brauchbar oder befriedigend angesehen werden kann, und Leistungen nur dann als kreativ gelten, wenn sie dazu beitragen, ein Problem zu lösen, einen Zustand zu verbessern oder ein vorhandenes Ziel zu vollenden, liegt es nahe, ein hohes Maß an Intelligenz als eine Voraussetzung von Kreativität anzusehen. Entsprechend wird die Gültigkeit eines bereits auf *Guilford* zurückgehenden Schwellenmodells unterstellt, demzufolge hohe Intelligenz zwar keine hinreichende, aber eine notwendige Voraussetzung für Kreativität ist. Als Ressourcen für Kreativität werden synthetisches und dialektisches Denken, hoch organisierte Wissenssysteme, Offenheit für neue Erfahrungen, Toleranz gegenüber Vieldeutigkeit, Risikobereitschaft, zielorientierte Motivation sowie eine anregende und fordernde sozialkulturelle Umwelt genannt.

Legt man ein Zwei-Komponenten-Modell der Intelligenz zugrunde (das zwischen *kristalliner* und *fluiden* Intelligenz differenziert, wobei erstere für die Lösung vertrauter und letztere für die Lösung neuartiger kognitiver Probleme verantwortlich ist), so zeigt sich, dass Kreativität stärker mit der kristallinen als mit der fluiden Intelligenz korreliert. Damit lässt sich aus den durch zahlreiche Studien belegten altersgebundenen Verlusten in der flüssigen Intelligenz nicht auf eine im hohen Erwachsenenalter verminderte Kreativität schließen. Vielmehr legt der Zusammenhang zwischen Kreativität und kristalliner Intelligenz die Annahme nahe, dass kreative Potenziale bis ins Alter erhalten bleiben.

Ausgehend von *Hannah Arendts* Differenzierung menschlicher Grundtätigkeiten lässt sich Kreativität als eine Form des Handelns beschreiben⁹. Der von ihr herausgestellte Aspekt der *Gebürtlichkeit* – zu verstehen als das Potenzial des Menschen, in Kommunikation mit anderen Neues zu

schaffen – ist für die Kreativität in besonderem Maße kennzeichnend, beruht doch Kreativität auf einer kommunizierbaren Originalität, die sowohl auf einen Überblick über die prinzipiell verfügbaren Optionen als auch auf eine fundierte Entscheidung für eine im konkreten Fall *gerade nicht* nahe liegende, eher untypische, selten gewählte Option zurückgeht. Kreativität kann sich auf sehr unterschiedliche Akte und Produkte beziehen und in sehr unterschiedlichen Bereichen entwickeln; Menschen können Kreativität im Umgang mit Dilemmata, die mit zwischenmenschlichen Beziehungen zu tun haben, ebenso entfalten wie in künstlerisch-gestaltenden oder technologischen Bereichen. Unabhängig davon bewähren sich kreative Lösungen häufig in breiteren sozialen und kulturellen Kontexten, sodass Personen durch die Entfaltung von Kreativität auch zum sozialen und kulturellen Wandel und damit zur weiteren Entwicklung der Gesellschaft beitragen.

Das Interesse an kreativen Potenzialen älterer Menschen hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. In diesem Zusammenhang haben sich auch neue theoretische Ansätze entwickelt, die davon ausgehen, dass Alternsprozesse prinzipiell auch die Entwicklung von Kreativität begünstigen können.

Leopold Rosenmayr stellt die Frage, ob und in welchen Feldern speziell für ältere Menschen Möglichkeiten zur Verwirklichung kreativer Potenziale bestehen¹⁰. Inwieweit liegt es nahe, dass ältere Handwerker, Therapeuten, Wissenschaftler oder Künstler über in hohem Maße elaborierte Wissenssysteme und ein Urteilsvermögen verfügen, das jenes jüngerer Menschen übersteigt? *Rosenmayr* argumentiert hier, dass für jüngere Menschen ein deutlich höherer Druck besteht, sich an berufliche Anforderungen anzupassen und sich auf den „mainstream“ des jeweiligen Fach- und Arbeitsgebietes zu konzentrieren. Das Risiko einer Originalität, deren Vermarktungsmöglichkeiten ungewiss sind, könne zumindest am Anfang der beruflichen Karriere nicht eingegangen werden. Kreativität in späteren Lebensabschnitten bedeute vor allem eine Reduktion von Komplexität und gerade hier sei Lebenserfahrung in besonderem Maße nützlich. Des Weiteren sei eine „integrierte Kreativität“ eng mit dem Empfinden von Verantwortung und Selbstkontrolle verbunden: ein adäquater Umgang mit eigenen Unsicherheiten und Ängsten wird als wesentliche Voraussetzung einer Offenheit für Kreativität angesehen.

3. Offenheit für neue Entwicklungsanforderungen im Alter

Grundlegend für das *psychologische* Verständnis des Alternsprozesses ist die Aussage, wonach Entwicklungsprozesse im Le-

benslauf Einfluss auf die Dynamik der Persönlichkeit im Alter ausüben – somit Erleben und Verhalten älterer Menschen nicht im Sinne alterstypischer Erlebens- und Verhaltensstile gedeutet werden dürfen, sondern im Sinne einer Kontinuität von Erleben und Verhalten. Dies heißt nicht, dass im Alter keine Veränderungen des Erlebens und Verhaltens mehr erkennbar wären, mithin Erleben und Verhalten durch die Biographie determiniert wären. Vielmehr erfordert die gelingende Auseinandersetzung mit neuen Aufgaben und Anforderungen im höheren Lebensalter eine weitere Differenzierung des Erlebens und Verhaltens. Jedoch erfolgt diese nicht in einer abrupten, qualitativ neuen Art und Weise, sondern vielmehr in einer Art und Weise, die Bezüge zu früheren Lebensaltern aufweist¹¹.

Vor diesem Hintergrund hat sich auch die Diskussion um die lebenslaufbezogene Stabilität von Persönlichkeitseigenschaften dahingehend verändert, dass es auf Grund neuerer Längsschnittbefunde geradezu als ein Charakteristikum menschlichen Alterns betrachtet werden kann, Kontinuität und Wandel zu erfahren¹². Auf der einen Seite bleiben *Strukturen* im Bereich von grundlegenden Persönlichkeitsmerkmalen wie Extraversion bis ins hohe Alter relativ stabil; auf der anderen Seite stellt sich dem Individuum gerade im Alter die Aufgabe, persönlichkeitsnahe Prozesse wie Selbstdefinitionen und autobiografische Konstruktionen des eigenen Lebens zu fokussieren, und hier können sich bis in das höchste Alter bemerkenswerte Veränderungen einstellen.

In diesem Kontext ist das Konstrukt der *Offenheit* des Menschen, wie dieses von *Hans Thomae* eingeführt wurde¹³, bedeutsam. Mit dem Begriff der Offenheit umschreibt Thomae die Bereitschaft des Menschen, sich mit neuen Erlebnissen und Erfahrungen, neuen Anregungen und Anforderungen bewusst auseinanderzusetzen. In Bezug auf die psychische Reife im Alter hebt er hervor:

„Güte, Abgeklärtheit und Gefasstheit sind nicht einfach Gesinnungen oder Haltungen, die man diesen oder jenen Anliegen oder Umweltbedingungen zufolge erhält. Sie sind auch Anzeichen für das Maß, in dem eine Existenz geöffnet blieb, für das Maß also, in dem sie nicht zu Zielen, Absichten, Spuren von Erfolgen oder Misserfolgen gerann, sondern so plastisch und beeindruckbar blieb, dass sie selbst in der Bedrängnis und noch in der äußersten Düsternis den Anreiz zu neuer Entwicklung empfindet.“¹⁴

Offenheit schließt auch die Fähigkeit des Menschen ein, Belastungen zu bewältigen und trotz eingetretener, bleibender Verluste neue Anregungen wahrzunehmen und zu nutzen. Dieses Verständnis von Offenheit stimmt überein mit dem erstmals von *William Stern* verwendeten – und später noch ausführlicher darzustellenden – Begriff der

Plastik der Person; dieser beschreibt als Formbarkeit oder Veränderbarkeit des Menschen auch unter hoch belastenden Bedingungen.

Bei der Analyse möglicher seelisch-geistiger Prozesse, die den Kern der Offenheit bilden, ist der Rekurs auf *Robert Peck*¹⁵ hilfreich, der – in Ausdifferenzierung der späten psychosozialen Krisen im epigenetischen Diagramm von *Erik Homburger Erikson*¹⁶ – den Begriff des *Transzendierens* verwendet. *Peck* sieht als Kern der Entwicklungsaufgaben des hohen Erwachsenenalters die Lösung von bestimmten Lebensbereichen zugunsten der Entwicklung einer neuen Lebensperspektive, die sowohl die neuen Möglichkeiten als auch die neuen Anforderungen des Alters anerkennt und nutzt. Diesen Prozess umschreibt er mit dem Begriff des „*Transzendierens*“ und macht damit deutlich, dass die Lösung von bestimmten Lebensbereichen mit einer umfassenderen Lebensperspektive verbunden sein kann¹⁷. Das hohe Erwachsenenalter richtet nach *Peck* die folgenden drei Entwicklungsaufgaben an den Menschen: Transzendierung der Interessen (vs. Fixierung auf berufliche Interessen), Transzendierung des Körpers (vs. überstarke Beschäftigung mit dem Körper) und Transzendierung der eigenen Person (vs. Beschäftigung mit sich selbst). In dem Maße, in dem es dem Menschen gelingt, einzelne Begrenzungen innerlich zu überwinden, ist er schließlich auch in der Lage, die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit zu akzeptieren – diese Aussage bildet auch den Kern der von *Erikson* beschriebenen, letzten Entwicklungsaufgabe des Menschen: der Ausbildung von Integrität (gegen Verzweiflung). Dabei schließt Integrität die Fähigkeit des Menschen ein, den eigenen Tod zu akzeptieren, sowie das Bedürfnis, sich auf das Sterben vorzubereiten und dieses (soweit dies die körperliche und kognitive Situation zulässt) selbstverantwortlich zu gestalten¹⁸.

Im Kontext von Theorien zur Gerotranszendenz wird der Übergang von einer zuvor eher materialistisch und rationalistisch definierten Weltansicht hin zu einer mehr kosmischen und transzendenzbezogenen Welt- und Lebensperspektive betont¹⁹. Nach *Tornstam*²⁰ sind mit dieser Entwicklung die folgenden Elemente verknüpft: Eine weniger selbstzentrierte Ausrichtung, eine verstärkte Selektion sozialer Aktivitäten, eine intensive Verbundenheit mit früheren Generationen sowie ein größeres Bedürfnis nach spirituellen und kosmischen Werten. Im Kontext dieser persönlichen Entwicklung wird *Tornstam* zufolge eine positive „*Solitude*“ (Einsamkeit) wichtiger wie auch das Bedürfnis nach Meditation und Erinnerung²¹. Dabei erwiesen sich in den Interviews drei Entwicklungsprozesse als zentral: Erstens die vermehrte Auseinandersetzung mit den früheren Generationen, das gelassene Verhältnis zu Leben und Tod

wie auch die erhöhte Akzeptanz der geheimnisvollen Seiten des Lebens, zweitens eine Neudefinition des Selbst – und zwar im Sinne der Akzeptanz bisher nicht wirklich gelebter positiver wie negativer Seiten des Ichs, und drittens die soziale Neuorientierung – und zwar im Sinne des Aufgebens von oberflächlichen sozialen Beziehungen und der Pflege von Beziehungen, die subjektiv als bedeutsam gewertet werden.

Der zuletzt genannte Entwicklungsprozess wird auch mit dem Begriff der *Generativität* umschrieben²². Mit diesem Begriff ist die Erwartung verbunden, „dass ältere Menschen sich in ihren sozialen Beziehungen als weise erweisen, kooperativ, kontaktfähig und ihren Sozialpartnern zugewandt“²³. Dabei werden drei Formen der *Generativität* im Alter unterschieden: (a) die Schaffung von überdauernden Werten, was eine Entscheidung für bestimmte Lebensziele und Sozialkontakte einschließt, (b) die Wahrung kultureller Identität und damit eine Optimierung der Verknüpfung von Wandel und Kontinuität, (c) Selbstbescheidung und Selbstverantwortlichkeit. In einem anderen theoretischen Entwurf wird *Generativität*²⁴ im hohen Alter mit Prozessen der Verlustverarbeitung verknüpft: „Spätestens jetzt geht es darum zu erkennen, dass wir nicht ständig schöner, stärker oder sonst wie besser werden“²⁵.

Diese konzeptionellen Ansätze weisen zum einen eine empirische Fundierung, zum anderen ein normatives Element auf. Doch können gerade solche konzeptionellen Ansätze dazu dienen, einer rein defizientorientierten Sicht des hohen Alters eine potenzialorientierte Sicht entgegenzusetzen, die durchaus auch im Sinne einer kritischen Reflexion bestehender gesellschaftlicher Altersbilder verstanden werden kann. Die Tatsache, dass die hier genannten Ansätze in empirischen Arbeiten ermittelte wurden, lässt den Schluss zu, dass damit *Entwicklungsmöglichkeiten* beschrieben wurden, die nicht von jedem Menschen umgesetzt werden können und umgesetzt werden müssen, die jedoch eine durchaus „gelingende“ Form der Auseinandersetzung mit den Entwicklungsanforderungen und Grenzsituationen im hohen Alter darstellen.

4. Grenzsituationen im Alter

Angesichts der Verluste, mit denen das hohe und sehr hohe Alter konfrontiert, stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Bewältigung von Belastungen sowie nach jenen Faktoren, die die Bewältigung positiv oder negativ beeinflussen. Damit ist auch das Thema der Resilienz, das heißt, der psychischen Widerstandsfähigkeit angesprochen. Resilienz bezeichnet die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des früheren psychischen Anpassungs- und Funktionsniveaus nach einem eingetre-

ten Trauma oder bei bestehenden Einschränkungen und Verlusten. Wie bereits dargestellt, lässt sie sich im Sinne eines „*Beeinträchtigungs-Ressourcen-System*“²⁶ interpretieren²⁶: Zum einen ist nach objektiv gegebenen und subjektiv erlebten Einschränkungen und Verlusten (also nach Beeinträchtigungen), zum anderen nach Mitteln (also nach Ressourcen) zu fragen, mit denen das Individuum die bestehenden Beeinträchtigungen zu bewältigen versucht. Diese Mittel lassen sich dabei in psychologische Ressourcen (zu denen vor allem die Persönlichkeit, das Bewältigungsverhalten, Wissenssysteme, Erfahrungen, kognitive Fähigkeiten gehören) und nicht-psychologische Ressourcen (zu denen vor allem der Bildungsstand, finanzielle Ressourcen sowie Merkmale der sozialen, infrastrukturellen und räumlichen Umwelt zu rechnen sind) unterteilen. Empirische Arbeiten deuten auf die auch im hohen und sehr hohen Alter gegebene Resilienz hin: Trotz der Verluste in dieser Lebensphase ist die Lebenszufriedenheit der betreffenden Menschen im Durchschnitt nicht geringer und treten Belastungsstörungen und somatoforme Störungen nicht häufiger auf als bei jüngeren Menschen. Bei der Analyse des *Beeinträchtigungs-Ressourcen-Systems* im hohen Alter ist zu berücksichtigen, dass gerade im vierten Lebensalter nicht nur die Einschränkungen, Verluste und Belastungen zunehmen, sondern gleichzeitig die psychologischen, zum Teil auch die nicht-psychologischen Ressourcen abnehmen.

In Bezug auf die psychischen Ressourcen der Person ist eine Aussage des Psychologen *William Stern* aus dem Jahre 1918 von Interesse, mit der dieser die „*Plastik*“ des Menschen umschreibt:

„Das, was wir die *Bildsamkeit* oder *Plastik* der Person nennen, ist nicht ein beliebiges *Sichkneten-* oder *Umformenlassen*, sondern ist *wirkliche Eigendisposition* mit aller inneren *Aktivität*, ist ein *Gerichtet-* oder *Gerüstetsein*, welches die *Nachwirkungen* aller empfangenen *Eindrücke* selbst *zielmäßig* auswählt, lenkt und gestaltet.“²⁷

In Untersuchungen zur Bewältigung von Belastungen im hohen Erwachsenenalter wurde übereinstimmend ein hohes psychisches Anpassungsniveau beobachtet, das jenem im frühen oder mittleren Erwachsenenalter vergleichbar ist. Es zeigten sich jedoch Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Menschen in der Art und Weise ihres Umgangs mit Belastungen. Einige empirische Beispiele seien angeführt: In Studien zum Umgang mit Problemen im Alltag²⁸ fand sich bei den älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Durchschnittsalter: 68 Jahre) eine stärkere Tendenz zur „*passiven, intrapersonal orientierten und emotionsregulierenden Bewältigung*“ (dominante Techniken: Akzeptieren, Distanzieren, Neubewertung), bei den jüngeren

(Durchschnittsalter: 40 Jahre) hingegen zur „aktiven, interpersonal orientierten, handlungsorientierten Bewältigung“ (dominante Techniken: Planvolle Problemlösung, Suche nach sozialer Unterstützung, Konfrontation). Diese Befunde legen eine Wachstumshypothese nahe, die postuliert, dass sich die kognitive und emotionale Differenzierung des Menschen im Lebenslauf auch in der Entwicklung von Bewältigungsstrategien widerspiegelt: die Fähigkeit zur Neubewertung einer Situation, zu deren Akzeptanz sowie zur Impulskontrolle wird im Sinne von Wachstumsprozessen gedeutet. In einer Studie zum Umgang mit Konfliktsituationen, an der Personen aus unterschiedlichen Altersgruppen teilnahmen (Altersspanne: 10–87 Jahre), zeigte sich, dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren auf Konfliktsituationen eher mit Techniken kognitiver Umstrukturierung (dominante Techniken: positive Bewertung, Orientierung an allgemeinen Leitbildern und Prinzipien) und vermehrter Impulskontrolle antworten²⁹. Die Autoren interpretieren diesen Befund sowohl im Sinne der Wachstumshypothese als auch im Sinne der Situationshypothese, die besagt, dass Altersunterschiede in der Bewältigung von Belastungen vorwiegend auf Unterschiede in der Art der Belastungen zurückzuführen seien, mit denen Menschen konfrontiert werden. Hier ist eine von *Richard McCrae*³⁰ vorgenommene Unterscheidung zwischen den in früheren und späteren Lebensaltern erfahrenen Anforderungen hilfreich: „Older people must deal with a disproportionate number of exit events, in contrast to the entrance events of younger people“³¹. „Entrance events“ seien eher im Sinne von Herausforderungen, „exit events“ eher im Sinne von Bedrohung und Verlust zu deuten.

Dem Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung³² zufolge dominieren im Alter *akkommodative* Prozesse (diese beschreiben die Anpassung persönlicher Ziele und Neigungen an situative Gegebenheiten) gegenüber *assimilativen* Prozessen (diese beschreiben Veränderungen situativer Gegebenheiten entsprechend persönlicher Ziele und Neigungen), da in dieser Lebensphase unkontrollierbare Ereignisse und nicht veränderbare Entwicklungen an Bedeutung gewinnen. Es wird angenommen, dass diese Dominanz durch die veränderten Anforderungen im hohen Lebensalter bedingt ist; zugleich wird davon ausgegangen, dass erst die im Lebenslauf gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse den Menschen in die Lage versetzen, in nicht veränderbaren Situationen seine persönlichen Ziele und Präferenzen den gegebenen Bedingungen anzupassen.

*Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen
die sich über die Dinge ziehn.
Ich werde den letzten vielleicht nicht
vollbringen,
aber versuchen will ich ihn.*

*Ich kreise um Gott, um den uralten Turm
und ich kreise jahrtausendlang;
und ich weiß noch nicht: bin ich ein Falke, ein
Sturm
oder ein großer Gesang.*

Dieses von Rainer Maria Rilke verfasste Gedicht eignet sich zur Veranschaulichung eines bedeutenden Erlebensaspekts im hohen Alter: der Grenzen, an die das eigene Handeln angesichts zunehmender Verletzlichkeit und der sich darin widerspiegelnden Vergänglichkeit stößt. Aus der im hohen Alter deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit chronischer Erkrankungen und funktioneller Einbußen lassen sich besondere emotional-geistige Anforderungen an die Person ableiten. In welchem Maße es gelingt, derartige Anforderungen zu bewältigen und psychisch zu verarbeiten, ist auch beeinflusst von deren Fähigkeit und Bereitschaft, zu einer Neudefinition einzelner Aufgaben im Alltag zu gelangen. Große Bedeutung für diese gelingende Neudefinition ist dabei einer Haltung beizumessen, die mit dem Begriff der *bewusst angenommenen Abhängigkeit* umschrieben werden kann³³. Gemeint ist damit die Fähigkeit des Hilfe empfangenden Menschen, nicht mehr veränderbare Einschränkungen zu akzeptieren sowie notwendige Hilfen einzufordern und anzunehmen – bei dieser Fähigkeit handelt es sich um das Ergebnis eines zum Teil langen emotional-geistigen Entwicklungsprozesses. Gemeint ist weiterhin die Fähigkeit der nächsten Bezugspersonen, den Hilfebedarf zu erkennen und Hilfen zu geben, ohne die Selbstverantwortung des Hilfeempfangenden in Frage zu stellen.

„Tage gehen hin und manchmal höre ich das Leben gehen. Und noch ist nichts geschehn, noch ist nichts Wirkliches um mich; und ich teile mich immer wieder und fließe auseinander, – und möchte doch so gerne in *einem* Bette gehen und groß werden. Denn, nicht wahr, Lou, es soll so sein; wir sollen wie ein Strom sein und nicht in Kanäle treten und Wasser zu den Weiden führen? Nichtwahr, wir sollen uns zusammenhalten und rauschen? Vielleicht dürfen wir, wenn wir sehr alt werden, einmal, ganz zum Schluss, nachgeben, uns ausbreiten, und in einem Delta münden.“

In diesem von Rainer Maria Rilke am 8. August 1903 an Lou Andreas-Salomé gerichteten Brief³⁴ wird ein Aspekt angesprochen, der in einer anthropologischen Reflexion der Auseinandersetzung des Menschen mit Aufgaben und Belastungen nicht übersehen werden darf: Es ist dies die objektiv gegebene und subjektiv erlebte Grenze der seelisch-geistigen Anpassungsfähigkeit und Umstellungsfähigkeit, die Grenze der Bewältigungs- und Verarbeitungskapazität. Gerade im hohen Alter, und zwar dann, wenn Menschen mit chronischen, auszehrenden Erkrankungen konfrontiert sind, kann sich eine körperliche wie auch see-

lisch-geistige *Müdigkeit* (als Synonym für einen bleibenden Antriebsverlust) einstellen, deren Erleben dazu führt, dass die reflektierte Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen nach und nach aufgegeben wird, dass sich die Person „fallen lässt“. Ein solches Fallenlassen darf nun nicht gleichgesetzt werden mit Niedergeschlagenheit oder Resignation. Es kann genauso gut ein „Loslassen“ bedeuten, und zwar von früher gezeigten Reaktionsformen und Handlungsansätzen, die halfen, eine eingetretenen Belastung, Krise oder Grenzsituation zu bewältigen oder nach und nach psychisch zu verarbeiten. Wenn diese Person losgelassen, wenn sie früher eingesetzte Reaktionsformen und Handlungsansätze aufgegeben hat, so ist es durchaus möglich, dass sie einen Teil ihrer früheren Spannkraft einbüßt und auf den ersten Blick als reduziert erscheint. „Reduziert“ sind die körperlichen und seelisch-geistigen Kräfte, was aber nicht heißt, dass die betreffende Person ihre Kompetenz weitgehend eingebüßt hätte. Eine bemerkenswerte seelisch-geistige, vielleicht auch existenzielle Kompetenz kann darin bestehen, dass die Person die letzten Grenzen ihres Lebens wahrnimmt und sich auf diese einstellt, dass sie Abhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen (nicht von institutionellen Praktiken) bewusst anzunehmen vermag. In einem solchen Falle kann sie es zulassen, loszulassen³⁵ oder nachzugeben, und in einem solchen Falle stellt die reflektierte Auseinandersetzung mit der bestehenden Lebenssituation bestehenden Aufgaben und Belastungen möglicherweise nicht mehr den besten Handlungsansatz dar.

Bei dem Versuch, zu einem tieferen und umfassenderen Verständnis der Lebenssituation eines Menschen zu gelangen, der mit einer Belastung oder Krise konfrontiert ist, sollte man sich von einer Aussage leiten lassen, die Baruch de Spinoza in seinem im Jahre 1670 (anonym) veröffentlichten „Tractatus theologico-politicus“ getroffen hat: „Sedulo curavi neque actiones non ridere, non lugere neque detestari, sed intellegere“ (I, 4): Ich habe mich stets bemüht, das Tun der Menschen weder zu belachen noch zu beweinen, auch es nicht zu verabscheuen, sondern es zu begreifen.

Zudem darf bei einem Menschen, der aufgrund hoher Belastungen mit Niedergeschlagenheit und Resignation antwortet, nicht ein Schlussstrich unter diesen gezogen und ihm die Lebensqualität sowie die Fähigkeit, wieder glückliche Stunden zu erleben, abgesprochen werden. Vielmehr ist der Mensch – wie dies Karl Jaspers in seiner Schrift *Allgemeine Psychopathologie* ausgedrückt hat – immer auch als *offene Möglichkeit* zu verstehen: „Im Leben gilt alles nur bis so weit, noch ist Möglichkeit, noch ein Leben in die Zukunft, aus der neue Wirklichkeit, neue Tat auch das Zurückliegende neu und anders deuten kann.“³⁶

5. Perspektiven einer altersfreundlichen Kultur

Der Begriff der altersfreundlichen Kultur kann in dreifacher Weise bestimmt werden:

Erstens: Unter einer altersfreundlichen Kultur verstehen wir einen sozialkulturellen Kontext, der ältere Menschen – deren Ressourcen ebenso wie deren Werte, Bedürfnisse und Interessen – in gleicher Weise in die Mitte des öffentlichen Raumes stellt wie jüngere Menschen. Dieser Kontext eröffnet älteren Menschen in gleicher Weise wie jüngeren Menschen die Möglichkeit zur Übernahme von Mitverantwortung sowie zur sozialen Teilhabe. Dabei wird mit dem Begriff des öffentlichen Raumes in Anlehnung an *Hannah Arendt* ausdrücklich auf die Polis (= Burg, Stadt, Stadtstaat) Bezug genommen, eine seit dem 8. Jahrhundert vor Christus bestehende Organisationsform des antiken Stadtstaats. Diese umfasste das gesamte öffentliche Leben eines von einer Burg beschützten Territoriums. Der Höhepunkt der Polis-Bildung datiert auf das 5. Jahrhundert vor Christus; als Vorbild der Polis galt Athen. Deren vier zentrale Leitbilder waren (a) politische Autonomie, (b) demokratische Verfassung, (c) wirtschaftliche Unabhängigkeit, (d) Verehrung einer eigenen Gottheit. An dieser Stelle sei erwähnt, dass der Begriff der Politik etymologisch seinen Ursprung zum einen in der Polis hat, zum anderen in der Politeia, die die Verfassung und Struktur einer Polis sowie die Teilnahme des Bürgers an der Gesetzgebung, der Rechtsprechung und der Verwaltung beschreibt.

Zweitens: Unter altersfreundlicher Kultur wird darüber hinaus ein sozialkultureller Kontext verstanden, in dem die Entwicklungs- und Handlungsmöglichkeiten des Menschen in gleicher Weise repräsentiert sind und bejaht werden wie die Entwicklungs- und Handlungsgrenzen – so zum Beispiel die Fragilität, die Endlichkeit, die Unvollkommenheit der individuellen Existenz. Menschen werden in einer altersfreundlichen Kultur nicht wegen dieser Grenzen abgewertet, diskriminiert oder ausgegrenzt.

Drittens: Unter altersfreundlicher Kultur ist auch die Balance zwischen Selbstverantwortung des Einzelnen, Mitverantwortung des Einzelnen für die Gemeinschaft und Verantwortung der Gemeinschaft für den Einzelnen zu verstehen. Auf der einen Seite ist hier das Vorhaltprinzip zu thematisieren, zum anderen das Selbstverantwortungsprinzip: Diese Balance ist konstitutiv für die Subsidiarität. Die Subsidiarität muss dabei, wenn sie aus der Perspektive des Alters betrachtet wird, heute in einer veränderten Weise betrachtet werden: Heute sind Ältere nur vergleichsweise selten die Bedürftigen und vergleichsweise häufig jene, die Bedürftige in den nachfolgenden Generationen wie auch

in ihrer eigenen Generation unterstützen (oder unterstützen könnten). Wandlungen im Verständnis von Subsidiarität speziell mit Blick auf die ältere Generation sind auch vor dem Hintergrund der Solidarität zwischen den Generationen zentral. Dieses gewandelte Verständnis ist heute – wenn überhaupt – nur in Ansätzen erkennbar.

Welche Ansätze zur Entwicklung einer altersfreundlichen Kultur lassen sich erkennen?

Zur Beantwortung dieser Frage sei zunächst auf die von *Hannah Arendt* vorgelegte Analyse der Entwicklung westlicher Gesellschaften eingegangen, ehe das Konzept des Aktiven Alterns und der Fünfte Altenbericht der Bundesregierung als programmatische Entwürfe der Entwicklung einer altersfreundlichen Kultur behandelt werden.

Unter dem Begriff der *Vita Activa* fasst *Hannah Arendt* Arbeit, Herstellen und Handeln als drei menschliche Grundtätigkeiten zusammen, die ihrerseits mit spezifischen Formen der Produktivität verbunden sind:

„Die Arbeit erzeugt und bereitet Naturdinge zu, die der menschliche Körper für sein Wachstum und seinen Stoffwechsel benötigt. Das Herstellen produziert eine künstliche Welt von Dingen, die sich den Naturdingen nicht einfach zugesellen, sondern die der Natur bis zum gewissen Grade widerstehen und von den lebendigen Prozessen nicht einfach zerrieben werden. Das Handeln ist die Tätigkeit der *Vita activa*, die sich ohne die Vermittlung von Materie, Material und Dingen direkt zwischen Menschen abspielt.“³⁷

Hannah Arendt stellt kritisch fest, dass sich die Gesellschaft des 20. Jahrhunderts in eine Arbeitsgesellschaft verwandelt und dabei ein sehr eingegengtes Produktivitätsverständnis entwickelt hat: der Begriff der Produktivität werde fast ausschließlich im Sinne des Herstellens verwendet, hingegen nicht im Sinne des Arbeitens – also des Schaffens von Bedingungen, die der menschliche Körper für sein Wachstum und seinen Stoffwechsel benötige –, und schon gar nicht im Sinn des Handelns, das heißt, der Beziehung zwischen Menschen. Doch drohe der Arbeitsgesellschaft die Arbeit auszugehen – diese Entwicklung sei vor allem durch die Automation bedingt. Vor diesem Hintergrund stelle sich dann die Frage, ob und wie es dieser Gesellschaft gelinge, zu einem erweiterten Verständnis von Produktivität zu gelangen. Eine konstruktive Antwort auf diese Frage wird durch die vermehrte Besinnung auf jene Tätigkeitsform nahe gelegt, die mit dem Begriff des Handelns umschrieben wird. Diese Tätigkeitsform betont die Existenz des Menschen in ihrem Umgang mit anderen Personen. – Für das Verständnis möglicher Produktivitätsformen im Alter ist gerade diese Tätigkeitsform von großer Bedeutung. Sie führt vor Augen, wie wichtig

das Mit-Sein – die soziale Partizipation – für das menschliche Leben überhaupt und somit für das Leben im Alter ist.

Alan Walker sieht im Konzept des aktiven Alterns eine Grundlage für die Überwindung der bislang für westliche Industrienationen charakteristischen Tendenz, auf Herausforderungen des demografischen Wandels lediglich bruchstückhaft und isoliert für traditionelle Politikbereiche zu reagieren³⁸. Während das Konzept des aktiven Alterns in Europa erst in den letzten Jahren, insbesondere durch die Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation³⁹, populär geworden ist, erlebt es in den Vereinigten Staaten bereits seine zweite Renaissance. Bereits in den 1960er Jahren wurde unter dem Einfluss der Aktivitätstheorie die Beibehaltung von Rollen des mittleren Erwachsenenalters und – wo dies nicht möglich schien – die Suche nach neuen Aktivitäten im Alter als *via regia* zu Lebenszufriedenheit und erfolgreichem Alter propagiert. Auch wenn Einigkeit darüber besteht, dass eine in dieser Weise pointierte theoretische Position zum einen die Bedeutung ökonomischer, politischer und sozialer Strukturen verfehlt und ältere Menschen in unzulässiger Weise homogenisiert, sind die in der entsprechenden Tradition nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen Aktivität und Wohlbefinden bis heute gültig. Nachdem sich in den 1980er Jahren der Fokus gerontologischer Forschung zunehmend von Fragen des Alters auf Fragen des Alterns verlagerte, wobei Altern zugleich als lebenslanger Prozess konzeptualisiert wurde, wurde zunehmend deutlich, dass sich Leistungsfähigkeit auf der Grundlage des chronologischen Alters nicht prognostizieren lässt. Gleichzeitig wurde von immer größeren Teilen der älteren US-amerikanischen Bevölkerung immer deutlicher artikuliert, dass Freizeit und familiäre Verpflichtungen allein die Menschen im traditionellen Ruhestand nicht befriedigen können: „Productive ageing became a rallying for elder advocates and others looking for a more positive approach to ageing“⁴⁰.

Die Förderung aktiven Alterns steht unter dem übergeordneten Ziel, eine Gesellschaft für alle Lebensalter zu verwirklichen. Während die Gesellschaft geeignete Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Entfaltung der Potenziale älterer Menschen zu schaffen hat, werden diese als verpflichtet angesehen, von der Gesellschaft bereitgestellte Möglichkeiten zu nutzen und vorhandene Potenziale im Sinne einer mitverantwortlichen Lebensführung zu verwirklichen. Neben dem Kernelement der Produktivität betont das Konzept des aktiven Alterns auch Aspekte von Lebensqualität sowie geistigem und körperlichem Wohlbefinden im Alter.

Die Sachverständigenkommission des Fünften Altenberichts der Bundesregierung, der unter der Überschrift *Potenziale des Alters* in

Wirtschaft und Gesellschaft steht⁴¹, geht im Einleitungskapitel des Berichts von fünf Leitbildern im Hinblick auf die Entwicklung, die Aufrechterhaltung und die gesellschaftliche Nutzung von Potenzialen im Alter aus.

Erstens: *Alter als Motor für Innovation*. Die Kommission hebt hervor, dass sich die Innovationsfähigkeit der deutschen Wirtschaft nur dann erhalten lässt, wenn es gelingt, künftig das Beschäftigungspotenzial älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer besser auszuschöpfen. Die Wachstumsmöglichkeiten der deutschen Wirtschaft werden in Zukunft stark davon abhängen, inwieweit es gelingt, bei der Entwicklung und dem Angebot von Produkten und Dienstleistungen die Interessen und Bedürfnisse älterer Menschen gezielt anzusprechen.

Zweitens: *Recht auf lebenslanges Lernen und Verpflichtung zum lebenslangen Lernen*. Das geforderte Recht auf lebenslanges Lernen wird sofort Konsens in unserer Gesellschaft finden, hingegen weniger die Pflicht zum lebenslangen Lernen. Die Verpflichtung zum lebenslangen Lernen ergibt sich aus der Tatsache des sozialen, des kulturellen und des technischen Fortschritts, an dem ältere Menschen – im Hinblick auf die Erhaltung von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung wie im Hinblick auf erhaltene soziale Teilhabe – in gleichen Maße partizipieren sollten wie jüngere Menschen. Dies erfordert Bildungsinteressen und Bildungsaktivitäten auf Seiten des älteren Menschen sowie entsprechende Angebote der verschiedenen Einrichtungen der Erwachsenenbildung⁴².

Drittens: *Prävention in allen Phasen des Lebenslaufs*. Diesem Leitbild liegt ein Verständnis von Prävention zugrunde, das sich nicht auf medizinische Aspekte beschränkt, sondern auch soziologische und psychologische Perspektiven berücksichtigt⁴³. Es geht zum einen um die Vermeidung von Krankheiten und funktionellen Einschränkungen, zum anderen um die Verringerungen bestehender sozialer Ungleichheiten im Hinblick auf materielle Ressourcen, Bildungsressourcen, gesundheitliche Versorgung, Wohnsituation etc. Eine zentrale Komponente der Prävention ist die Vermittlung von Kompetenzen, die für die selbstständige und selbstverantwortliche Lebensführung wie auch für die soziale Integration und Kommunikation im Alter bedeutsam sind. Im Hinblick auf dieses Leitbild – wie auch des Leitbilds des lebenslangen Lernens – sind empirische Befunde von Bedeutung, die auf die neuronale Plastizität (die Anpassungsfähigkeit der Nervenzellen) und damit auf die Lern- und Veränderungskapazität des Menschen über den gesamten Lebenslauf deuten. Aus diesem Grunde sind Generationen übergreifende Bildungsangebote wichtig, die ausdrücklich auch die Bildungsinteressen älterer Menschen ansprechen.

Viertens: *Nachhaltigkeit und Generationensolidarität*. Die Förderung der Lebensbedin-

gungen älterer Menschen darf die Entwicklungschancen nachfolgender Generationen nicht beeinträchtigen. Aus diesem Grunde werden Fragen des Alters grundsätzlich in Generationen übergreifenden Kontexten behandelt. Dabei spielt auch die Frage, inwieweit die mittlere und junge Generation von den Potenzialen des Alters profitieren kann (zum Beispiel durch Beteiligung älterer Menschen an Erziehung und Bildung), eine wichtige Rolle.

Fünftens: *Mitverantwortung*. Ältere Menschen verfügen über kognitive, lebenspraktische, sozialkommunikative Kompetenzen, die sie befähigen, innerhalb unserer Gesellschaft ein mitverantwortliches Leben zu führen – zum Beispiel im Sinne des Engagements in Kommune, Verein, in der Nachbarschaft. Damit die Kompetenzen für mitverantwortliches Handeln genutzt werden, ist es notwendig, dass unsere Gesellschaft ältere Menschen in viel stärkerem Maße als mitverantwortlich handelnde Staatsbürgerinnen und Staatsbürger anspricht. Dabei ist zu bedenken, dass – wie bereits die altgriechische Philosophie des Aristoteles sehr klar beschreibt – der Mensch im Kern ein *zoon politikon*, das heißt, ein politisch denkendes und handelndes Wesen ist. In der Sprache von *Hannah Arendt* lässt sich dieser Sachverhalt wie folgt ausdrücken: Es geht darum, dass wir das Alter in die Mitte der Gesellschaft (polis) holen und nicht an den Rand der Gesellschaft drängen.

6. Das vierte Lebensalter als besondere Herausforderung an die Entwicklung einer altersfreundlichen Kultur – ethische Überlegungen

Die erhöhte Verletzbarkeit des Menschen im vierten Lebensalter stellt nicht nur für diesen selbst eine Anforderung dar, sondern sie bedeutet auch für unsere Gesellschaft eine Anforderung. Inwieweit unterstützt sie den einzelnen Menschen in seinem Bemühen um Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung eines selbständigen und selbstverantwortlichen Lebens? Wie stark ist in unserer Gesellschaft die Bereitschaft ausgeprägt, die verfügbaren Ressourcen des sozialen Sicherungssystems (zum Beispiel der Krankenversicherung) auch für die Unterstützung hoch betagter Menschen zu nutzen? Und mit Blick auf die demographische Entwicklung: Wie sehr werden sich Entscheidungsträger in unserer Gesellschaft und in der Politik auch dann für hoch betagte Menschen einsetzen, wenn – aufgrund einer veränderten quantitativen Relation zwischen mittlerer und älterer Generation – die Ressourcen des sozialen Sicherungssystems noch stärker begrenzt sind, als dies heute der Fall ist? Werden auch dann die Bedürfnisse jener alten Menschen, die auf eine umfassende medizinische Be-

handlung sowie auf Pflege angewiesen sind, in der Öffentlichkeit ausreichend vertreten und wahrgenommen? In unserer Gesellschaft besteht hoher Konsens hinsichtlich des Prinzips der Subsidiarität und der intra- wie intergenerationellen Solidarität.

Allerdings finden sich unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich des notwendigen Umfangs der Unterstützung durch das soziale Sicherungssystem. Diese Unterschiede werden in Zukunft möglicherweise weiter zunehmen, wenn sich aufgrund begrenzter Ressourcen vermehrt Verteilungsfragen stellen. Dann ist auch damit zu rechnen, dass die im hohen Lebensalter zunehmende Bedeutung der medizinischen Versorgung, der Rehabilitation, der Pflege sowie der sozialen Hilfen für die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines selbständigen und selbstverantwortlichen Lebens in der Öffentlichkeit verstärkt diskutiert werden wird. Dabei wird in dieser Diskussion hervorgehoben werden müssen, dass sich die Würde menschlichen Lebens aus dem Faktum des Lebens ergibt und eben nicht von anderen Menschen definiert wird. Es wird weiterhin betont werden müssen, dass in allen Fällen, in denen Menschen auf Hilfe angewiesen sind und diese aus eigener Kraft nicht erbringen können, die Notwendigkeit der Bereitstellung gesellschaftlicher Ressourcen besteht – und dass hier nicht Unterschiede in Bezug auf den „Wert“ oder die „Würde“ des menschlichen Lebens gemacht werden dürfen. Und schließlich muss geprüft werden, ob nicht gerade im Hinblick auf das hohe Lebensalter oftmals Entscheidungen getroffen werden, die zwar als „Entscheidungszwänge“ oder als „Tatsachenentscheidungen“ dargestellt werden, die aber im Grunde ‚Wertentscheidungen‘ sind. Gemeint ist hier der Aspekt der Wahrfähigkeit. Um dies an einem Beispiel zu veranschaulichen: Nicht selten wird in einem Begutachtungsverfahren zu einem Rehabilitationsantrag für einen alten Menschen die Aussage getroffen, dass sich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen eine Rehabilitation nicht mehr lohne, obwohl die wissenschaftlichen Befunde eigentlich eine ganz andere Aussage nahe legen würden. Die hier unter Rückgriff auf wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen getroffene Entscheidung gründet in diesen Fällen entweder auf mangelnden Kenntnissen oder aber auf einer – allerdings nicht explizierten, vielleicht nicht einmal voll bewussten – Wertentscheidung. Es wird implizit angenommen, dass sich eine Rehabilitation für den alten Menschen nicht mehr lohne – nicht, weil wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen darauf hindeuten würden, sondern weil der Wiedererlangung von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung im hohen Alter nicht jene Bedeutung beigemessen wird wie in früheren Lebensaltern.

Diese – im Kern als Werturteile zu bezeichnenden – Entscheidungen verweisen auf ein zu enges Verständnis von Produktivität, das Produktivität im Sinne der Erfüllung einer individuellen Sinngestalt oder im Sinne des Mitseins ausschließt und nicht berücksichtigt, dass es neben der manuellen und geistigen auch die emotionale und motivationale Produktivität gibt. Wir lernen in Studien, in denen Grenzsituationen des Alters angesprochen sind, viel über die emotionale und motivationale Produktivität. Etwa in der Hinsicht, wie dies *L. Annaeus Seneca* in seiner Schrift *De tranquillitate animi* (dt.: *Von der Seelenruhe*) ausgedrückt hat:

„Die Mühen eines rechtschaffenen Bürgers sind nie ganz nutzlos. Er hilft schon dadurch, dass man von ihm hört und sieht, durch seine Blicke, seine Winke, seine wortlose Widersetzlichkeit und durch seine ganze Art des Auftretens. Wie gewisse Heilkräuter, die – ohne dass man sie kostet oder berührt – schon durch ihren bloßen Geruch Heilung bewirken, so entfaltet die Tugend ihre heilsame Wirkung auch aus der Ferne und im Verborgenen“.⁴⁴

Literatur:

- 1 Abgedruckt in L. Köhler & H. Saner (Hg.), Briefwechsel 1926-1969 von Hannah Arendt und Karl Jaspers. München 2001.
- 2 Siehe dazu Ch. Ding-Greiner & E.E. Lang, Altersprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen, in A. Kruse & M. Martin (Hg.), Enzyklopädie der Gerontologie, Bern 2004, 182-206. – Siehe auch A. Kruse, E. Gaber, G. Heuft u.a., Gesundheit im Alter, in Robert Koch Institut (Hg.), Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Berlin 2005.
- 3 Siehe dazu R.T. Krampe & P.B. Baltes, Intelligence as adaptive resource development and resource allocation : a new look through the lenses of SOC and expertise, in R.J. Sternberg & E.L. Grigorenko (Hg.), Perspectives on the psychology of abilities, competencies, and expertise, New York 2003, 31-69.
- 4 Siehe dazu J.F. Fries, Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, 139, 2003, 455-459. – J.F. Fries, The compression of morbidity, *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 2005, 801-823.
- 5 Siehe dazu E.M. Gruenberg, The failure of success. *Milbank Memorial Funds Quarterly Health Sociology*, 55, 1977, 3-24.
- 6 Siehe dazu K.G. Manton & X. Gu, X., Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 98, 2002, 66354-6359.
- 7 J.F. Fries, Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, 139, 2003, S. 457.
- 8 J. P. Guilford, *The nature of human intelligence*. New York 1967.
- 9 H. Arendt, *Vita activa oder vom tätigen Leben*, Stuttgart 1960.
- 10 L. Rosenmayr. Productivity and creativity in later life, in: S. Pohlmann (Hg.), *Facing an ageing world – recommendations and perspectives*. Regensburg 2002, 119-126.
- 11 Ausführlich in A. Kruse. Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität. In S.-H. Filipp & U. Staudinger (Hg.), *Enzyklopädie der Psychologie – Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*. Göttingen 2005, 1-38.
- 12 D.K. Mroczek, A. Spiro A. & P.W. Griffin, Personality and aging, in: J. E. Birren & K. W. Schaie (Hg.), *Handbook of the psychology of aging*, San Diego, 2006, 363-377.
- 13 H. Thomae. *Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation*. Bonn, 1966.
- 14 H. Thomae, H. , *Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation*. Bonn 1966.
- 15 R. Peck, *Psychologische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*, in: H. Thomae & U. Lehr (Hg.), *Altern – Probleme und Tatsachen*. Wiesbaden, 1977, 530-544.
- 16 E.H. Erikson, *The life-cycle completed: A review*. New York 1982.
- 17 Siehe dazu A. Freund & P.B. Baltes, Entwicklungsaufgaben als Organisationsstrukturen von Entwicklung und Entwicklungsoptimierung, in: S.-H. Filipp & U. Staudinger (Hg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*. Göttingen 2005, 37-78.
- 18 Ausführlich dazu in A. Kruse, *Das letzte Lebensjahr. Die körperliche, seelische und soziale Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. Stuttgart 2007
- 19 F. Höpflinger, Gerotranszendenz und Generativität im höheren Lebensalter – neue Konzepte für alte Fragen. In P. Bäurle, H. Förstl, D. Hell, H. Radebold, I. Riedel, K. Studer (Hg.), *Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen*, Bern 2005, 156-162
- 20 L. Tornstam, Gero-Transcendence: A meta-theoretical reformulation of the disengagement theory. *Aging: Clinical and Experimental Research* 1, 1989, 55-63.
- 21 L. Tornstam, Gerotranscendence – a theory about maturing in old age. *Journal of Aging and Identity*, 1, 1996, 37-50.
- 22 F. Lang, M. Baltes, Brauchen alte Menschen junge Menschen? Überlegungen zu den Entwicklungsaufgaben im hohen Lebensalter. In L. Krappmann, A. Lepenies (Hg.), *Alt und jung. Spannung und Solidarität zwischen den Generationen*, Frankfurt 1997, 161-184
- 23 F. Lang, M. Baltes, a.a.O., S. 161.
- 24 E. Olbrich, Das Alter: Generationen auf dem Weg zu einer „neuen Altenkultur“? In E. Liebau (Hg.), *Das Generationenverhältnis*, Weinheim 1997, 175-194
- 25 E. Olbrich, a.a.O., S. 191.
- 26 U. Staudinger, M. Marsiske, P.B. Baltes, P.B., Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In D. Cicchetti & D. Cohen (Hg.), *Developmental psychopathology*, Vol. II: Risk, disorder and adaptation, New York 1995, 801-847.
- 27 W. L. Stern, *Allgemeine Psychologie auf Personalistischer Grundlage*, Den Haag 1918, S. 68
- 28 S. Folkman, R. Lazarus, S. Pimley, J. Novacek, Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 1987, 171-184.
- 29 M. Diehl, N. Coyle, G. Labouvie-Vief, Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, 11, 1996, 127-139.
- 30 R.R. McCrae, Age differences in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 4, 1982, 454-460.
- 31 Ebd., S. 456
- 32 J. Brandtstädter, Sources of resilience in the aging self: Toward integrating perspectives, in: T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (Hg.), *Social cognition and aging*, San Diego 1999 , 123-141.
- 33 A. Kruse, Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 2005, 273-286
- 34 H. Nalewski (Hg.), *Rainer Maria Rilke: Briefe in zwei Bänden*, Frankfurt 1991
- 35 Ausführlich dazu: R. Verres, Vom Handlungsdruck zur inneren Ruhe. In R. Verres, D. Klusmann (Hg.), *Strahlentherapie im Erleben der Patienten*, Heidelberg 1997, 111-116
- 36 K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie* (9. Auflage), Heidelberg 1975, S.17.
- 37 H. Arendt, *Vita activa oder vom tätigen Leben*, Stuttgart 1960, S. 23
- 38 A. Walker, The principals and potential of active ageing. In S. Pohlmann (Ed.), *Facing an ageing world – recommendations and perspectives*, Regensburg 2002, 113-118
- 39 World Health Organization, *Active Ageing. A policy framework*. Geneva 2002
- 40 A. Walker, a.a.O., S. 14
- 41 *Altenberichtskommission der Bundesregierung, „Potenziale des Alters für Wirtschaft und Gesellschaft“ – Fünfter Altenbericht der Bundesregierung*, Berlin 2005.
- 42 Siehe dazu: U. Staudinger, Baumert, J., *Bildung und Lernen jenseits der 50: Plastizität und Realität*. In P. Gruss (Hg.), *Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft*, München 2007, 240-257. Siehe auch: *Zweiter Nationaler Bildungsbericht, Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I*. Bielefeld 2008
- 43 Ausführlich: A. Kruse, *Gesundheit im Alter*, Baden-Baden 2008.
- 44 L. A. Seneca, *Von der Seelenruhe des Menschen*, Frankfurt 1980, S. 43

Autor:
*Univ.-Prof. Dr. Andreas Kruse
 Ordinarius, Direktor des Instituts für Gerontologie
 Dekan der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
 Universität Heidelberg*

„Brauchen ältere Menschen eine spezifische Psychotherapie?“ – Erkenntnisse aus der Alterspsychotherapie

Meinolf Peters

Zusammenfassung: Die psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen führt bislang ein Schattendasein. Unterschiedliche, aber zusammenwirkende Einflüsse verhindern eine stärkere Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Ältere. Zukünftig wird jedoch eine deutliche Steigerung der Behandlungszahlen zu erwarten sein. Zu klären, wie die Rahmenbedingungen für den zu erwartenden Anstieg verbessert werden können, um den Besonderheiten dieser klinischen Gruppe gerecht zu werden, und wie die Psychotherapeuten selbst ihre bisherige Zurückhaltung überwinden können, ist das Anliegen der vorliegenden Arbeit.

Abstract:

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Alter, Versorgungsepidemiologie.

Keywords:

1. Zur Einführung – Klinische Impressionen

Auch wenn man ältere Menschen nicht unter einer Defizitperspektive betrachtet, sondern als lebenserfahrene Erwachsene, die sich bei psychischen Erkrankungen einer Psychotherapie unterziehen können wie Patienten anderer Altersgruppen auch, so hängt eine erfolgreiche Behandlung dieser Patientengruppe doch auch von der Berücksichtigung ihrer Besonderheiten ab. Bevor diese genauer beleuchtet werden, sollen klinische Fallvignetten einführend einige dieser Besonderheiten veranschaulichen.

- Eine 72jährige Patientin wurde mir von einer Psychiaterin in einem Telefonat angekündigt. Dennoch hörte ich in den nächsten Wochen nichts von ihr. Als ich wieder mit der Psychiaterin telefonierte und sie nach dem Verbleib der angekündigten Patientin fragte, versprach sie, sich mit dieser in Verbindung zu setzen. Etwa eine Stunde später rief die Patientin bei mir an und bat um einen Termin. Es hatte des erneuten Anstoßes durch die Kollegin bedurft, damit sie den Schritt tun konnte, in einer psychotherapeutischen Praxis um einen Termin nachzusuchen.
- Eine 70jährige Patientin kam in die Therapie, weil sie immer wieder unter De-

pression litt. Sie wollte eigentlich zu einem renommierten Professor, der sie an mich weiter verwies. Gleich zu Beginn schilderte sie ihre bisherigen, überwiegend enttäuschenden Therapieerfahrungen, zumeist mit männlichen Therapeuten. Das weitere Gespräch verlief stockend, und als sie schließlich über die enttäuschenden Kinder sprach und den Sohn erwähnte und, als ob dieser anwesend wäre, mit dem Finger auf ihn zeigte, um ihre Verachtung auszudrücken, fühlte ich mich mit dem Sohn solidarisch. Dieser Sohn arbeitete in einem Fitnesscenter – sie selbst war Gymnasiallehrerin gewesen – und lebe in einem von seiner Frau gesponnenen Kokon, aus dem er sich nicht zu befreien vermöge. Die Handbewegung schien auch mir, dem Therapeuten zu gelten, als ob sie von mir enttäuscht sei und auch mir ihre Verachtung gelte. Sie kam noch zu einem zweiten Gespräch, doch dann brach sie die noch gar nicht begonnene Behandlung ab.

- Eine 64jährige Patientin war nach einem Suizidversuch zwei Wochen in der Psychiatrie behandelt worden und kam dann auf eine gerontopsychosomatische Station. Sie hatte immer wieder depressive Phasen durchlebt und zahlreiche körperliche Erkrankungen (unter anderem einen Schlaganfall vor einigen Jahren), auch hatte sie in erheblichem Maße getrunken. Der Suizidversuch war unmittelbar nach einem Streit mit der Tochter erfolgt, die ihre große Stütze war; von den drei anderen Kindern war eines verstorben, eines drogenabhängig und eines behindert. Die Lebenssituation war dramatisch: Ihr Ehemann, der sie häufig geschlagen hatte, war nach einem Schlaganfall in ein Pflegeheim eingewiesen worden; ihr war gerichtlich die Betreuung übertragen worden, mit der sie aufgrund der zerrütteten Beziehung völlig überfordert war. Der große Bauernhof, den sie bewirtschaftet hatte, stand zum Verkauf, doch auch damit war sie überfordert. Zudem fielen im Rahmen des engen Kontaktes auf der Station kognitive Defizite auf, die testpsychologisch bestätigt werden konnte. Eine solche komplexe Situation erfordert ein multimodales Angebot, wie es nur in einer stationären Behandlung vorgehalten werden kann.

2. Derzeitige Versorgungssituation und zu erwartende Entwicklungen

Alle Erhebungen aus den 90er Jahren weisen nach, dass Ältere in psychotherapeutischen Praxen in eklatanter Weise unterrepräsentiert sind (zus. Heuft et al. 2006). In keiner der Untersuchungen ist der Anteil der über 60- bzw. 65jährigen größer als 1 bzw. 1,5%, wobei die Frage, ob es sich um Verhaltenstherapeuten oder Psychoanalytiker handelte kaum von Belang war. In Psychosomatischen Kliniken ist der Anteil Älterer bei den 60 bis 69 jährigen zwar höher, der Anteil über 70jähriger geht aber ebenfalls nicht über 2% hinaus, was eine im Jahre 2001 durchgeführte Wiederholung einer Befragung aus dem Jahre 1993 bestätigt hat (zus. Peters 2006). Auch in Suchtkliniken wie in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe insgesamt sind ältere Abhängige deutlich unterrepräsentiert (Wächtler 2000). Diesen Inanspruchnahmezahlen steht die Tatsache entgegen, dass weder der Anteil psychischer Störungen insgesamt noch die Prävalenz alkoholbezogener Störungen im Alter im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich rückläufig ist; die Anzahl Medikamentenabhängiger steigt sogar deutlich an. Schließlich ist zu bedenken, dass der Anteil über 60jähriger an der Gesamtbevölkerung inzwischen annähernd 25% beträgt. Somit entsteht ein Bild, dass durch eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem vermutendem Behandlungsbedarf und tatsächlicher Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote geprägt ist (Peters 2006). Stattdessen werden 90% dieser Gruppe in den Hausarztpraxen behandelt, mit der Folge, dass die Erkrankungen oft lange Zeit unerkannt bleiben und viel zu spät oder gar nicht diagnostiziert werden und die Patienten dort kein adäquates Behandlungsangebot vorfinden. Was sind nun die Gründe für diese unbefriedigende Situation:

1. Negatives Altersbild: Ein negatives gesellschaftliches Altersbild gestand Älteren bislang kaum Entwicklungsmöglichkeiten zu, vielmehr wurden sie als erstarrt, rigide, asexuell und vereinsamt gesehen. Auch wenn sich dieses Bild allmählich wandelt, besteht es doch in der Psychotherapie bis in die heutige Zeit hinein fort. In einer Befragung waren Personen allen Alters der Auffassung, dass

Psychotherapie bei Älteren weniger erfolgreich sei; auch die Älteren selbst schlossen sich dieser Meinung an. (Zivian et al. 1994).

2. Negative Einstellung der Patienten: Ältere Menschen sind nicht nur uninformativer, sondern auch skeptischer in ihrer Einstellung zur Psychotherapie. Sie vertreten eher die Auffassung, es sei eine Frage des Willens und der Selbstdisziplin, mit den eigenen Problemen fertig zu werden. Zwar ist diese Auffassung keineswegs bei allen Älteren anzutreffen, doch der Anteil der Skeptiker ist größer als bei Jüngeren (Peters 2006).
3. Negative Einstellung der Therapeuten: Freud war sehr skeptisch gegenüber der Behandlung Älterer, weil diese seiner Meinung nach zu unflexibel seien und im Laufe des Lebens zu viel Material angefallen sei, als das dieses noch sinnvoll durchgearbeitet werden könne. Diese negative Haltung wirkt bis in heutige Therapeutengenerationen nach (Radebold 1992).
4. Negative Einstellung der Kostenträger: Schließlich sind auch die Kostenträger Teil dieser Gesellschaft, in der eine negative Einstellung zum Alter vorherrscht. So besteht eine deutlich größere und vielfach allein von Unwissen und Vorurteilen getragene Zurückhaltung bei der Bewilligung stationärer Behandlungsmaßnahmen für Ältere.

Bis heute besteht die unausgesprochene gemeinsame Einstellung dieser vier Gruppen fort und verhindert eine größere Anzahl ambulanter und stationärer Behandlungen. Erst allmählich ist ein Aufbrechen dieses Vermeidungsbündnisses festzustellen. Damit wächst das Bewusstsein dafür, dass der Behandlungsbedarf bereits jetzt bei weitem nicht abgedeckt ist und in Zukunft weiter ansteigen wird. Verantwortlich für den zu erwartenden weiteren Anstieg ist zunächst einmal die demografische Entwicklung, in deren Folge sich der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung deutlich erhöhen wird, allerdings vornehmlich in der Gruppe der betagten Älteren. In der Gruppe der jungen Senioren (60 – 69 Jahre), die bislang die größte Gruppe der psychotherapeutisch behandelten Älteren stellt, ist mit einem vorübergehenden Anstieg von ca. 9 Mill. auf 12,7 Mill. im Jahre 2030 zu rechnen, d.h. einem Anstieg von 28%, der danach wieder abflacht. In der Gruppe der mittleren Senioren (70 – 79 Jahre) wird eine ähnliche Tendenz vorausgesagt, allerdings um 10 Jahre zeitversetzt. Ein wesentlich steilerer Anstieg wird in der Gruppe der älteren Senioren (ab 80) prognostiziert. Damit wird deutlich, dass sich die Frage einer adäquaten Versorgung im betagten, d.h. unterstützungsbedürftigen Alter wesentlich schärfer stellen wird, dass aber auch mit einem deutlich steigenden Versorgungsbedarf bei den jüngeren und mittleren Senioren zu rechnen ist, d.h. den im Hinblick auf

Psychotherapie besonders relevanten Gruppen.

Neben der demografischen Entwicklung wird der zukünftige Behandlungsbedarf jedoch auch von gesellschaftlichen Entwicklungstrends beeinflusst werden. Auch Ältere geraten zunehmend in den Sog der Offenheit einer ‚fließenden Gesellschaft‘, die ihre Traditionen über Bord wirft und jedem Einzelnen sein Leben als eigenes Projekt überlässt. Die späte Freiheit, die Rosenmayr noch vor fast einem viertel Jahrhundert ausrufen konnte, wird mehr und mehr zur riskanten Freiheit (Beck u. Beck-Gernsheim 1994). Wie sehr sich das Leben im Alter dadurch wandelt und postmoderne Züge aufweist, zeigen neuere Befunde zum Alterssurvey, denen zufolge sich der Anteil der Einpersonenhaushalte stetig erhöht und bei ohnehin geringerer Kinderzahl die Kontaktdichte zwischen alten Eltern und erwachsenen Kindern aufgrund zunehmender Mobilität verringert. Diese Trends werden auf Dauer nicht ohne Konsequenzen auf Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen sowie auf Hilfe- und Unterstützungsleistungen bleiben. Darüber hinaus wird der zukünftige Behandlungsbedarf auch von dem Inanspruchnahmeverhalten der nachrückenden Kohorten Älterer abhängen, die vermutlich psychotherapeutischen Angeboten aufgeschlossener gegenüber stehen werden. Neueren Befunden zufolge ist bereits jetzt der Anteil der 50- bis 60-jährigen in den Praxen der niedergelassenen Psychotherapeuten auf 11% angestiegen (Zepf et al. 2001). Wenn also zukünftig mit einem steigenden Behandlungsbedarf bei älteren Patienten zu rechnen ist, dann stellt sich die Frage, wie geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden können und wie sich Psychotherapeuten und psychotherapeutische Einrichtungen auf diese Entwicklung einstellen können.

3. Wir brauchen bessere Rahmenbedingungen

Auch wenn in der Psychotherapie und vermutlich im gesamten gesundheitlichen Versorgungssystem ein negativ getöntes Altersbild bis heute fortbesteht, so mehren sich doch die Zeichen für eine Veränderung dieses Altersbildes in anderen Bereichen der Gesellschaft. Zunehmend rücken die durch zahlreiche Befunde der gerontologischen Forschung gestützten Bilder des aktiven und des kompetenten Alters in den Vordergrund und forcieren eine allmähliche Auflösung des gesellschaftlich verbreiteten negativen Altersstereotyps. Diese Veränderung erfolgt nicht gleichförmig, sondern in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen in einem unterschiedlichen Tempo. Gleichzeitig erfasst sie immer weitere Bereiche der Gesellschaft und wird auch an der Psychotherapie nicht spurlos vorüber gehen.

Auch die nachrückenden Kohorten Älterer werden die Veränderung des Altersbildes forcieren. Die Generation der „68er“, also jene Generation, die für die Aufbruchstimmung der 60er Jahre steht, wird alt, so Petra und Werner Bruns zusammen mit Rainer Böhme (2007) in ihrem Buch „Die Altersrevolution“. Sie gehen der Frage nach, wie diese Generation ihr eigenes Alter meistern wird, und kommen zu einer eindeutigen Aussage: Sie wird dazu beitragen, das Alter zu revolutionieren. Die 68er werden ihren Elan neu entfachen und sich keineswegs in herkömmliche Altersschemata einzuordnen bereit sein. Sie werden Ansprüche an den Tag legen, ihr Leben zu gestalten. In ihrer Jugend hätten sie das Alter bekämpft, im Alter werden sie den Jugendwahn bekämpfen, unbequem, aufmüpfig, theoriebladen, konfliktbesessen. Selbstbestimmt sei ihre Lieblingsvokabel, und die würden sie auch ihrem Leben im Alter zugrunde legen. Sie würden einen neuen Zeitgeist schaffen, schließlich sei dies schon immer ihre Stärke gewesen.

Auch wenn Bruns et al. vielleicht ein allzu optimistisches Bild zeichnen und manchmal etwas einseitig argumentieren, so ist ihrer Aussage im Kern doch nicht in Frage zu stellen. Schon jetzt sind die Älteren keineswegs als homogene Gruppe anzusehen, sondern unterscheiden sich auch in ihrer Haltung zur Psychotherapie. Trotz der noch immer weit verbreiteten Skepsis bei Älteren legen doch zunehmend mehr Angehörige dieser Altersgruppe bereits heute eine offene und interessierte Haltung an den Tag, ein Veränderungsprozess, der sich in den nachrückenden Kohorten noch stärker zeigen wird. Von einem solchen Veränderungsprozess werden aber auch die Psychotherapeuten erfasst werden, und das dies bereits beginnt, davon zeugen nicht zuletzt eine zunehmende Zahl an Publikationen und Tagungsbeiträgen. Indem sich Psychotherapeuten diesem Thema stellen und auch ihr eigenes Altern anzunehmen bereit sind (Peters 2008), sollten sie die Bereitschaft entwickeln, ihrerseits auf die Älteren zuzugehen und ihnen die Inanspruchnahme einer Psychotherapie erleichtern. Sie könnten Aktivitäten entwickeln, um Älteren die Schwellenangst zu nehmen, wie im ersten Fallbeispiel zu erkennen ist. Zahlreiche der Patienten, die durchaus auch jetzt bereits die Bereitschaft besitzen, sich an einen Psychotherapeuten zu wenden, aber nicht auf eine engagierte Psychiaterin zu treffen, sondern vielleicht auf einen skeptischen Hausarzt, der vermittelt, dass ein solches Angebot ‚nichts mehr für sie sei‘, werden schnell verstummen und sich in ihr Schicksal fügen. Sie übernehmen aufgrund einer häufig langjähriger Bindungen an ihren Arzt allzu rasch dessen Ratschlag und werden die eigenen aufkeimenden Wünsche zurückstellen. Auch bei Ablehnung einer stationären Behandlung legen Ältere viel seltener Wi-

derspruch ein, sicherlich auch, weil sie sich in ihrer eigenen, eher skeptischen Haltung bestätigt fühlen. Psychotherapeuten könnten ihrerseits Initiativen entfalten, etwa durch Vorträge an der Volkshochschule oder der Familienbildungsstätte, um Älteren ein ihnen oftmals kaum bekanntes Verfahren näher zu bringen, aber auch um sich selbst als Personen bekannt zu machen, weil es leichter ist, sich bei jemandem anzumelden, den man schon einmal gesehen hat, als bei einer völlig fremden Person.

Auch die stationären Behandlungsmöglichkeiten bedürfen einer Neuausrichtung und Spezifizierung. Während sich Gerontopsychiatrie und Geriatrie bereits deutlich ausgeweitet und – zumindest partiell – auch modernisiert haben, hinken die Psychosomatischen Kliniken und die Suchtkliniken dieser Entwicklung hinterher. Dabei bieten gerade diese Kliniken aufgrund ihrer eher entwicklungs- und ressourcenorientierten Ausrichtung für die jüngeren Älteren Behandlungschancen, die bislang bei weitem nicht ausgeschöpft werden. Es liegen ausreichend Belege vor, die den Nachweis erbringen, dass die Behandlung Älterer in diesen Klinikstypen mit Erfolg durchgeführt werden kann, allerdings vorausgesetzt, dass die Kliniken bereit sind, sich auf diese Patientengruppe einzustellen, was bislang noch zu selten geschieht. Ohne eine solche Spezialisierung gehen allerdings Patienten wie die in Fallvignette 3 vorgestellt allzu rasch ‚unter‘. Zu häufig wird bisher allerdings Etikettenschwindel betrieben und aus Wettbewerbsgründen die Gruppe der Älteren als spezielle Indikationsgruppe aufgeführt, ohne dass aber ein spezifisches Behandlungskonzept für Ältere vorliegt. Auch Suchtkliniken haben sich bisher erst in sehr geringer Zahl auf ältere Patienten eingestellt (Wächtler 2000).

Schließlich besteht auch die Notwendigkeit, die diagnostischen Grundlagen zu verbessern. Unsicherheiten in der Indikationsstellung hängen mit unzureichenden diagnostischen Kriterien zusammen, bieten doch die gebräuchlichen Klassifikationssysteme ICD und DSM keine spezifischen Kriterien für Ältere. Die Veränderung von Depressionen etwa in Richtung mehr somatischer Ausdrucksformen bleibt unberücksichtigt; ähnlich verhält es sich bei Angststörungen. Pathologische Trauerreaktionen werden häufig als Anpassungsstörung diagnostiziert, weisen jedoch vielfach eine Nähe zu traumabedingten Störungen auf, wie jetzt diskutiert wird. Auch die Borderlinestörung bei älteren Patienten weist eine veränderte Symptomatik auf; da dies in den Klassifikationssystemen unberücksichtigt bleibt, wird die Diagnose bei Älteren selten gestellt. Es ist erforderlich, mehr Forschung zu betreiben, wie es mit dem neuen Fachgebiet der Gerontopsychosomatik begonnen wurde (Heuft et al. 2006), um die wis-

senschaftliche Basis zu verbessern und zu spezifischer gefassten Diagnosen zu gelangen, die dann auch in den Klassifikationssystemen berücksichtigt werden müssten. Damit könnten Voraussetzungen geschaffen werden, die Weichen im Versorgungssystem, die Ältere bisher allzu oft in Sackgassen führt, richtig zu stellen.

4. Wir brauchen mehr gerontopsychotherapeutische Kompetenz

Der therapeutische Prozess wird wesentlich durch eine empathische Haltung des Therapeuten in Gang gesetzt, die jedoch durch unterschiedliche Einflüsse behindert sein kann. Untersuchungen belegen, dass alltägliche Kommunikationsnetze ausgesprochen altershomogen ausgerichtet sind. Dadurch wird die Begegnung eines älteren Patienten und eines jüngeren Therapeuten partiell zu einer Begegnung zweier Fremder, eine Situation mithin, die zur Aktivierung von Stereotypen einlädt (Peters 2008). Eine anfängliche Distanz wird auch durch die unterschiedliche Stellung im Lebenslauf, die mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben konfrontiert; durch die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Generationen, die unterschiedliche Werthaltungen, Gewohnheiten, Sprache etc. begründet; und meist auch durch eine soziologische Distanz hervorgerufen, die u.a. durch die historisch bedingte Bildungsbenachteiligung heutiger Älterer begründet ist. Zudem können sich Therapeuten durch eine Begegnung mit der Unumkehrbarkeit des Alternsprozesses irritiert und bedroht fühlen (Peters 2006). Schließlich stellt die umgekehrte Übertragung, in der der Therapeut vom Älteren in der Position des Kindes Wahrgenommen wird, wie im zweiten Fallbeispiel deutlich geschildert, eine Irritation für Therapeuten dar. Radebold, der als Nestor der Alternspsychotherapie gilt, sah darin den entscheidenden Faktor, der Therapeuten davon abhält, sich auf eine intensive Behandlung mit Älteren einzulassen, oder sie motiviert, von vorn herein eine zeitliche oder inhaltliche Begrenzung vorzunehmen (Radebold 1992).

Diese Ängste und Defizite können nur durch entsprechende Weiterbildung und Selbstreflexion abgebaut und kompensiert werden¹. Diese hat jedoch in der regulären Ausbildung, die Therapeuten durchlaufen, nicht stattgefunden. Sie können also weder auf ein fundiertes Wissen darüber zurückgreifen, was sich im Alter verändert, noch wie Ältere denken und fühlen und welche Probleme sich ihnen stellen. Der Befund, demzufolge Hausärzte über das Thema Alter nicht mehr wissen als andere Personen

(Filipp u. Meyer 1999) lässt sicher vermutlich auch auf die meisten Psychotherapeuten übertragen. Auch über die spezifische Ausformung der Krankheitsbilder im Alter ist wenig bekannt, was ebenso zurückschrecken lässt wie deren Komplexität, wie sie in der Fallvignette drei zu erkennen ist; insbesondere eine ausgeprägte körperliche Komorbidität lässt Psychotherapeuten rasch zurückschrecken.

Es gibt also eine Fülle hemmender Faktoren, die Therapeuten hindern, sich auf eine Psychotherapie Älterer einzulassen. Doch wenn sie einmal stattfindet, lassen sich Therapeuten eines anderen belehren. Zank und Niemann-Mirmehdi (1998) fragten niedergelassene Therapeuten nach ihrer Bereitschaft, sich auf die Behandlung Älterer einzulassen. Der einzig bedeutsame Faktor, der diese Bereitschaft vorauszusagen in der Lage war, war die Tatsache, schon einmal einen Älteren behandelt zu haben. Die damit verbundene Erfahrung führt offenbar zu einer Öffnung und bewirkt einen Einstellungswandel. Zu diesem mag einerseits die Erfahrung beitragen, dass viele Ältere sich auf einen psychotherapeutischen Prozess spontan einlassen können oder doch an ihn heran geführt werden können und es zu zufriedenen stellenden Behandlungsprozessen kommt. Manche mögen die Behandlung Älterer dann sogar als eine berufliche und persönliche Bereicherung erleben. Die Erfahrung, mit eindrucksvollen Lebensgeschichten konfrontiert zu sein, Älteren zu begegnen, die ihre Lebenserfahrung verinnerlicht und reflektiert haben und daraus ein Lebenswissen, das man auch als Weisheit bezeichnen kann, entwickelt haben, und Menschen zu erleben, die aus dem Durchleben von Grenzerfahrungen eine neue und andere Stärke zu gewinnen vermögen, all dies kann die Arbeit mit Älteren zu einer bereichernden Erfahrung machen.

5. Zur weiteren Entwicklung

Die gegenwärtige Entwicklung zeigt erste Anzeichen einer Normalisierung, d.h. einer wachsenden Bereitschaft, Ältere als lebenserfahrene Erwachsene zu sehen, die genauso geeignet oder manchmal auch ungeeignet sind, von einer psychotherapeutischen Behandlung zu profitieren wie andere auch. Hierzu tragen nicht zuletzt auch Studien bei, die die Effektivität der Behandlung Älterer belegen (Übersicht Heuft et al. 2006). Auch allmählich ansteigende Behandlungszahlen können als deutliche Anzeichen einer solchen Normalisierung interpretiert werden. Dennoch bleibt ein Unbehagen, dessen Ursache in einer Zerteilung des Alters in der Gegenwartsgesellschaft zu suchen ist. Das aktive und kompetente Alter wird zunehmend gesellschaftlich integriert und gewissermaßen gesellschaftsfähig. Wenn von einer Normalisierung des Alters in der Psychotherapie gesprochen wird,

¹ Vgl. hierzu die Weiterbildungsangebote des Instituts für Alternspsychotherapie und Beratung (www.alternspsychotherapie.de).

dann ist hinzuzufügen, dass sich dieser Prozess bislang ausschließlich auf diese Älteren bezieht, d.h. auf Ältere des sogenannten dritten Alters, das vom vierten Alter zu unterscheiden ist, in dem die Abbauprozesse deutlicher werden und die Gebrechen kaum noch zu übersehen sind. Letzteres aber bleibt weiterhin ausgegrenzt, Gebrechlichkeit und Leiden, Sterben und Tod rufen weiterhin eine Abwehrhaltung nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in der Psychotherapie hervor, die dazu führt, dass sich die eingangs geschilderten Vorbehalte nicht aufgelöst, sondern lediglich nach oben, auf ein höheres Lebensalter verschoben haben. In einer Auswertung von weit über tausend Gutachteranträgen fand Bolk-Weisedel (2002) nur 2 Anträge von über 80jährigen. Es gehört aber zu einer Kultur humanen Alterns, auch die Älteren nicht auszugrenzen, und auch Psychotherapeuten sollten sich vorwagen an die Grenzen des Lebens, an der die gebrechlichen Alten angekommen sind, um sie auf diesem letzten Weg zu begleiten.

Literatur:

1. Beck U, Beck-Gernsheim E (1994). Riskante Freiheiten. Frankfurt: Suhrkamp.
2. Bolk-Weisedel D (2002). Lebenskrisen älterer Frauen – Eine Auswertung von Berichten für gutachterliche Psychotherapie. In Peters M, Kipp J (Hrsg.).

Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter. Giessen: Psycho-sozial, 125-139.

3. Bruns P, Bruns W, Böhme R (2007). Die Altersrevolution. Berlin: Aufbau.
4. Fillip S-H, Mayer A,-K. (1999). Bilder des Alters. Stuttgart: Kohlhammer.
5. Heuft G, Kruse A, Radebold H (2006). Lehrbuch der Alterspsychotherapie und Gerontopsychosomatik. Heidelberg: UTB (2. Auflage).
6. Leweke M (2000). Epidemiologie von Abhängigkeitsstörungen im Alter. Kretschmar Ch et al. (Hrsg.), Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Band 1. Bonn, 257-261.
7. Peters M (2004). Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
8. Peters M (2006). Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
9. Peters M (2008). Die gewonnenen Jahre. Von der Aneignung des Alters. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
10. Peters M (2008). Alter und Psychotherapie: Zwei Fremde nähern sich an – Ein klinisches Feld gewinnt Konturen. Psychotherapie im Dialog, 9, 5-13.
11. Radebold H (1992). Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin: Springer.

12. Wächtler C (2000). Der alte Süchtige im Versorgungssystem. In: Kretschmar Ch et al. (Hrsg.), Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Band 1. Bonn, 223-234.
13. Zank S, Niemann-Mirmehdi M (1998). Psychotherapie im Alter: Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27, 75-77.
14. Zepf S, Mengele U, Marx A, Hartmann S (2001). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Giessen: Psycho-sozial.
15. Zivian M.T., Gedoski W, Larsen W, Hatchette V (1994). Psychotherapy for the elderly: Public Opinion. Psychotherapy 31, 492-502.

Anschrift:

Dr. phil. Meinolf Peters
 Diplom-Psychologe und Psychoanalytiker
 Leitender Psychologe der Klinik am
 Hainberg
 Ludwig-Braun-Str. 32
 36251 Bad Hersfeld
 Meinolf-Peters@t-online.de
 www.sich-das-alter-aneignen.de

Literaturhinweise

Mecklenburg, H., Storck, J. (Hrsg): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation, Bonn 2008, ISBN 978-3-88414-436-7, 29,90 Euro

Das Buch enthält eine Vielzahl von Beiträgen, die in konzentrierter und strukturierter Form gängige und neue Möglichkeiten von psychisch kranken Menschen vorstellen, in bezahlte Arbeit zu kommen. Das Handbuch versteht sich primär als hilfreicher Leitfaden für Experten, die daran beteiligt sind, psychisch kranke Menschen in Arbeit zu bringen oder zu halten. Es ist multiprofessionell und dialogisch angelegt. Psychatrieerfahrene Menschen kommen mit ihren Erfahrungen und Wünschen ebenfalls zu Wort, auch wird die betriebliche Seite dargestellt, sowie die sozialrechtlichen Voraussetzungen und die Möglichkeiten der Förderung durch die Kostenträger. Das Buch gliedert sich in sieben Kapiteln, hierzu gehören beispielsweise „Rahmenbedingungen und Ausgangslage“, „Beratung und Arbeitsdiagnostik“, „Vorbereitung auf Arbeit“, „In Arbeit kommen“, „Berufliche Integration“, „In Arbeit bleiben“, „Berufliche Stabilisierung“, „Neue Möglichkeiten“.

Schuhler, P. (Hrsg): Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten – Diagnose, Komorbidität, Psychotherapie, Weinheim/Basel 2007, ISBN 978-3-621-27636-8, 29, 90 Euro

Die Autorin weist im Vorwort darauf hin, dass aus psychotherapeutischer Sicht der schädliche Gebrauch von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten ein Schattendasein in der klinischen Praxis fristet. Dies steht im eklatanten Widerspruch zu der Verbreitung, die dieses Krankheitsbild hat. Deshalb schließt dieses Buch eine wichtige Lücke, denn hier werden die besonderen Merkmale des schädlichen Gebrauchs und die spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen beschrieben. Es entstand aus Jahrzehnte langer klinischer Erfahrung. Die Publikation gliedert sich in vier Teile:

- Grundlagen (Diagnostik)
- Psychotherapie des schädlichen Gebrauchs (neurobiologische Hintergründe)
- Methodische Ansätze (kognitive Verhaltenstherapie), imaginative Verfahren (narrativer Ansatz)
- Komorbidität (depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Anorexia/Bulimia Nervosa, Traumatisierungen)

– geschlechtsspezifische Problemstellungen (frauenspezifische Problemstellungen, männerspezifische Einflussfaktoren)
 Es wird großer Wert auf die praktische Illustration des therapeutischen Vorgehens gelegt, dies erfolgt auch durch ausführliche Falldokumentationen.

Scheifele, S. (Hrsg): Migrationen und Psyche – Aufbrüche und Erschütterungen, Gießen 2008, ISBN 978-3-89806-864-2, 22,90 Euro

Die Beiträge des Sammelbandes gehen im Wesentlichen aus zwei Tagungen hervor, welche die Gruppe „Migration und interkulturelle Psychoanalyse am Frankfurter Psychoanalytischen Institut“ veranstaltet hat. Sie geben einen breiten Überblick über die Chancen und Erschütterungen, die der Aufbruch in ein fremdes Land mit sich bringt. Thematisiert werden unter anderem die Faszination des Fremden, Glück und Unglück in der Emigration, Gender-Differenzen in Migrantenfamilien sowie transkulturelle Psychotherapie. Diskutiert wird auch, was der Aufbruch der Eltern für ihre hier geborenen oder aufgewachsenen Kinder bedeutet.

Altersspezifische Aspekte in der stationären Rehabilitation Suchtkranker

Dieter Geyer

Einleitung

Zwei Trends, die zum Teil gegenläufige Auswirkungen haben, bestimmen in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker die gegenwärtige Diskussion: die Individualisierung der Behandlung mit dem Ziel einer auf seinen individuellen Bedarf abgestimmten passgenauen Rehabilitation des einzelnen Patienten und die Evidenzbasierung mit dem Ziel, (nur) gesicherte wirksame Methoden anzuwenden, was die Gefahr einer neuen Standardisierung beinhaltet.

Der Beitrag beschäftigt sich mit der differenziellen Indikationsstellung und der Zuweisung zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation) und vor allem mit der Ausgestaltung der Behandlung innerhalb der stationären Rehabilitation Suchtkranker. Das Alter des Patienten sollte bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden. Vor allem speziell auf die unterschiedlichen Bedarfe sehr junger und älterer Patientinnen und Patienten abgestimmte Behandlungsformen sind erforderlich. Das Alter kann auf einer ersten Ebene der klinikinternen Zuweisung und indirekt damit auch zur Auswahl der geeigneten Klinik ein einfaches und geeignetes Kriterium darstellen.

Zuweisung zur stationären Rehabilitation Suchtkranker

In der Praxis muss zunächst entschieden werden, ob für den Abhängigkeitskranken eine Behandlung, und falls ja, eine Akutbehandlung und/oder eine Postakutbehandlung erforderlich ist. Im Falle der Notwendigkeit einer Postakutbehandlung bzw. Rehabilitation stellt sich die Frage nach dem zu wählenden Setting. Kann, soll und will der Patient ambulant, ganztägig ambulant, stationär oder im Rahmen einer Kombinationsbehandlung therapiert werden? Mit Empfehlungsstärke C wird in den AWMF-Leitlinien zur Postakutbehandlung ein stationäres Setting empfohlen:

- wenn gravierende Störungen im körperlichen, psychischen oder sozialen Bereich vorliegen,
- das soziale Umfeld des Patienten keine ausreichende Unterstützung bietet
- keine berufliche Integration besteht
- keine stabile Wohnsituation gegeben ist
- wiederholte Rückfälle während der ambulanten oder teilstationären Postakutbehandlung vorgekommen sind (Geyer et al. 2006).

Die Auswahl einer geeigneten Klinik erfolgt durch den Leistungsträger unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des Patienten (§ 9 SGB IX) und der Vorschläge der vorbereitenden Beratungs- und Behandlungsstätte. Die Auswahl wird zunächst nach der Hauptdiagnose des Patienten, (z.B. legale oder illegale Drogen) vorgenommen. Weiter fließen Faktoren wie die Schwere der Indexerkrankung (z.B. zur Auswahl einer Kurzzeit-, Langzeit- oder Kombinationsbehandlung), die Schwere somatischer oder psychischer Komorbidität, soziale Aspekte (z.B. berufliche Situation, Migrationshintergrund) und das Geschlecht als Patientenmerkmale in die Entscheidung ein (Geyer et al, 2006). Als Merkmale der Klinik beeinflussen die Lage, Belegungsabsprachen, Strukturmerkmale und die Behandlungskosten die Auswahl. Zukünftig soll anhand beschreib- und vergleichbarer Struktur- und Prozessqualität ein Ranking der Kliniken aufgestellt und dies bei der Zuweisung berücksichtigt werden. Rehabilitationsleitlinien sollen dabei Mindeststandards sichern (Brüggemann et al. 2004; Klosterhuis 2005). Dieser Ansatz ist gekennzeichnet durch durchschnittlich zu erbringende Leistungen, deren Erfüllungsgrad, nebst anderen Kriterien, die Qualität einer Einrichtung beschreiben soll. Das kann allerdings die Weiterentwicklung spezifizierter Behandlungsansätze für unterschiedliche Patientengruppen erschweren. Unter der plausiblen Annahme, dass Patienten sich in ihren Behandlungsbedarfen zum Teil erheblich unterscheiden und sich mittels mathematischer Analyse von aus der Anamnese und durch Anwendung von Assessmentinstrumenten gewonnenen Items zu handhabbaren Gruppen zusammenfassen lassen, versucht die Arbeitsgruppe um Müller-Fahrnow im Rahmen der *RMK-Projekte* (Rehabilitanden Management Kategorien) die patientenbezogene Varianz für die Auswahl der Behandlungsmodule stärker zu gewichten (Spyra et al. 2006, 2007). Inwieweit das Alter der Patienten für die Zuweisung in eine der Fallgruppen relevant sein wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt der Untersuchungen noch nicht abzusehen.

Behandlungsorganisation und klinikinterne Zuweisung

Kliniken unterscheiden sich durch ihre Lage und Größe, therapeutische Ausrichtung und ob sie über auf bestimmte Zielgruppen abgerichtete Behandlungsangebote verfü-

gen. Gruppentherapeutische Ansätze, nicht nur in der Psychotherapie, sind die Regel. Die Zuweisung zur Gruppe erfolgt zufällig, z.B. nach dem Aufnahmedatum oder nach klinikinternen Regeln. Diese unterscheiden sich von Klinik zu Klinik erheblich und sind wenig transparent. Ergänzt und individualisiert wird die mit dem Patienten vereinbarte Rehabilitation durch indikative Interventionen. Nur in wenigen Kliniken findet das Lebensalter bei der Behandlungsplanung Berücksichtigung.

Jüngere Suchtkranke (unter 25 Jahre)

Patientenmerkmale

Jugendliche, noch schulpflichtige Suchtkranke und Kinder benötigen andere Behandlungsstrukturen unter verstärktem Einbezug schulischer Elemente als Erwachsene. Hierauf wird im Beitrag nicht weiter eingegangen.

Wie sieht es mit jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren aus? Während das Durchschnittsalter der wegen einer im Vordergrund stehenden Heroinabhängigkeit in Behandlung Kommenden ansteigt, wird die Gruppe der jüngeren, vorwiegend Cannabis, Ecstasy und vor allem Amphetamine konsumierenden Patientinnen und Patienten größer (Perkonig et al 2006). Die klare Unterscheidung von „legalem“ und „illegalem“ Konsum ist längst aufgeweicht. Problematischer Alkoholkonsum gehört in der Regel dazu und häufig liegt auch eine Alkoholabhängigkeit vor (Clark 2004). Andererseits konsumieren junge Alkoholabhängige unter 25 Jahren nur selten ausschließlich Alkohol. Auch sie weisen zumeist einen Konsum von Cannabis und Amphetaminen auf (Thomasius 1999, Thomasius & Petersen 2006). Ebenso ist der Konsum biogener Drogen relativ häufig.

Die spezifischen Charakteristika jüngerer Suchtkranker sind ein häufig polyvalentes Konsummuster, eine bei Frauen und Männern erhöhte Inzidenz von schweren körperlichen und seelischen Gewalterfahrungen und sexuellen Traumatisierungen, Reifungs- und Entwicklungsdefizite mit Beeinträchtigung in der Entwicklung von Wertvorstellungen, bei Ablösung aus dem Elternhaus, im Umgang mit Autoritäten, in der Entwicklung von Beharrlichkeit, Durchhaltevermögen und Frustrationstoleranz. Unreife Sexualentwicklung, erhöhte Neigung zu sensation-seeking-behaviour

(Zuckerman 1994) und häufiges selbstverletzendes und parasuizidales Verhalten. Vielfach haben frühe Störungen der Persönlichkeitsentwicklung das Entstehen einer Abhängigkeitserkrankung gefördert, während der frühe Beginn der Abhängigkeitserkrankung seinerseits wiederum psychische und soziale Reifungsschritte erschwert und häufig verunmöglicht hat. Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörungen sind häufig (Fröhlich et al. 2006).

Junge Abhängige entsprechen in der Regel dem Typ B nach Babor (Babor et al. 1992). Typ B ist durch hohe Kindheitsrisiken und eine auffällige Psychopathologie gekennzeichnet, entwickelt früh eine Suchterkrankung, weist eine familiäre Belastung mit Alkoholismus auf und erfährt in der Behandlung häufig Rückfälle. Die Typologisierung nach Babor konnte für Alkoholabhängige empirisch bestätigt werden (Babor et al. 1992). Auch für Kokain- Cannabis- und Opiatabhängige liegen die Typologisierung unterstützende Ergebnisse vor (Ball et al. 1995, Feingold et al. 1996).

Viele der jüngeren Patienten verfügen über keine abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung, so dass in einem hohem Maße Erwerbs- und Arbeitslosigkeit und eine mangelnde berufliche Integration zu verzeichnen sind. Nur wenige der jungen Patienten verfügen über eigene Wohnungen. Langjährige Heimaufenthalte sind häufig. Ein beachtliches Maß an Straffälligkeit und Hafterfahrung, häufig als Folge aggressiver Handlungen und des Ausagierens von Affekten, wird beobachtet. Auch hohe Verschuldungen sind häufig.

Es leuchtet unmittelbar ein, dass jüngere Suchtkranke, die oft schon um das 10. Lebensjahr schädigenden Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis betrieben haben, die normalen Entwicklungsaufgaben (Havighurst 1972) der Adoleszenz nicht bewältigt haben. Ihre Beziehungsgestaltung wirkt unreif, kindlich. Männliche und weibliche Identität sind nicht stabil entwickelt, häufig klischeehaft überbetont. Vermeintliche Unabhängigkeit von den Eltern oder anderen Erwachsenen wird durch contraabhängiges Verhalten und aufgesetzt wirkende Rollenmuster auszudrücken versucht. Eigene Wertvorstellungen sind nicht stabil verinnerlicht und folgen häufig dem Druck einer eher zufällig gefundenen Peer-Group. Diese werden schnell gewechselt. In der Rehabilitation sehen wir dann vor allem junge männliche Patienten um 20 Jahre mit dem psychischen Reifungsgrad eines Kindes im Körper eines jungen erwachsenen Mannes.

Behandlung

Neben den unmittelbar auf Akzeptanz der vorliegenden Abhängigkeitserkrankung und der Abstinenzfordernden gerichteten suchtherapeutischen Interventionen benötigen junge Patienten eine besonders in-

tensive, nachreifungsorientierte Psychotherapie, in der Regel mit einer hohen Frequenz einzeltherapeutischer Interventionen. Zur Verbesserung der Impulskontrolle sind häufig hochfrequent kurze, stützende Interventionen nötig. Um selbst einfachste Kulturtechniken wie pünktliches Erscheinen, Grüßen, Bettenmachen, Körperpflege und anderes zu erlernen, sind soziotherapeutische und pädagogische Elemente unverzichtbar. Die Patienten sollten hauswirtschaftliches und Kochtraining erhalten. Auch der Bezugstherapeut muss in diese Förderung eingebunden sein. Er sollte den jungen Abhängigen auf seinem Zimmer besuchen und auch gelegentlich gemeinsam mit seiner Behandlungsgruppe essen, um erreichte Fortschritte überprüfen und noch vorhandene Schwächen erkennen zu können.

In altershomogenen Gruppen lassen sich die vorgenannten Themen und Problemstellungen vor dem Hintergrund ähnlicher Ausgangsbedingungen und einer gemeinsamen Sprache gezielt und einfühlsam mit Hilfe strukturierender Vorgaben behandeln. Die altershomogenen Gruppen bieten einen Lebens- und Realitätsraum als soziales Lernfeld für die Patienten und einen diagnostischen und therapeutischen Rahmen für individuelle therapeutische Angebote. Dabei findet in einer größeren Klinik, die nicht nur jüngere Abhängigkeitskranke behandelt, der Kontakt mit Patienten aus der Eltern- und Großelterngeneration statt, was verhaltensmodifizierende Erfahrungen und die Persönlichkeitsnachreifung erleichtert.

Die meisten jungen Patienten haben keine Berufsausbildung abgeschlossen, viele keinerlei Vorstellungen über ihre Neigungen und Fähigkeiten. Entsprechend ist eine arbeitsbezogene Diagnostik (z.B. MELBA, Föhres et al. 2004, Kleffmann et al. 2002) unverzichtbar. Mittels Eingangstestung und Verlaufsbeobachtung können die der Arbeitsfähigkeit zugrunde liegenden Fertigkeiten wie Pünktlichkeit, Ordnung, Sauberkeit, planvolles Vorgehen, Verhalten zu Vorgesetzten und Kollegen und Kritikfähigkeit überprüft und in der Arbeitstherapie kontinuierlich eingeübt werden. In Belastungsproben und Praktika können erste Grundlagen für eine berufliche Integration gelegt werden. Bewerbertraining, EDV-Kurse und konkrete Hilfe bei der Stellen- oder Ausbildungssuche verbessern die Chancen zur Teilhabe.

Spezifische, auf die Juniorengruppen angepasste Sport- und Bewegungstherapie mit pädagogisch-psychotherapeutischem Schwerpunkt ist erforderlich. Dem Bedürfnis nach körperlicher Bewegung kann in der altersspezifischen Gruppe gut entsprochen werden. Zugleich können im sport- und bewegungstherapeutischen Setting die Fähigkeiten der Impulskontrolle verbessert werden.

Es soll aber auch auf eine wiederkehrende Gefahr der Zusammenfassung junger Patienten in altersspezifischen Gruppen hingewiesen werden. So sehen wir in der stationären Rehabilitation häufig Patienten mit erheblichem Gewaltpotenzial und dissozialen Tendenzen. Innerhalb der Gruppen kann ein enormer Anpassungsdruck entstehen und selbstunsichere und dependente jüngere Patienten können in ihrer Entwicklung unterdrückt werden. Da viele der männlichen Patienten Opfer und Täter in einer Person sind, junge Frauen aber häufiger nur Opfer waren und gelegentlich unter dem Imponiergehabe ihrer jungen Mitpatienten zu leiden haben, behandeln wir seit Jahren junge Männer und junge Frauen nicht mehr gemeinsam in einer Bezugsgruppe. In der Behandlung junger Abhängiger bleibt es stets eine besondere Herausforderung für den Bezugstherapeuten und das Rehabilitationsteam, das geeignete therapeutische Milieu sicherzustellen!

Ergebnisse

Für speziell auf junge Abhängige ausgerichtete Behandlungsansätze liegen international erste Hinweise auf überlegene Wirksamkeit vor (Lowman 2004, Kaminer & Slesnick 2005). Vergleichende Untersuchungen in Deutschland sind uns nicht bekannt. Den Katamnesedaten des Fachverbandes Sucht (Missel & Zobel 2007) und den veröffentlichten Ergebnisdaten der Deutschen Rentenversicherung (Korsukéwitz 2008) ist zu entnehmen, dass die jüngeren Suchtkranken eine deutlich geringere Haltequote und schon allein deswegen schlechtere Behandlungsergebnisse aufweisen als ältere Patienten. Auch dies begründet gezielte Überlegungen zur Ausgestaltung altersbezogener Behandlungen.

Juniorentherapie in der Fachklinik Fredeburg

Seit nunmehr nahezu 30 Jahren behandeln wir junge Suchtkranke in altershomogenen Gruppen, den sog. „Juniorengruppen“ und haben die Behandlungskonzeption kontinuierlich weiter entwickelt. In einer von einem großen deutschen Wochenjournal vor einigen Jahren in Auftrag gegebenen Passantenbefragung in Fußgängerzonen, bezeichneten sich mehr als 30% der Dreißigjährigen noch als Jugendliche. Lange Ausbildungszeiten und die damit häufig verbundene finanzielle Abhängigkeit von Eltern oder dem Staat und ein später Eintritt in das Berufsleben verlängern die Zeit der gefühlten Adoleszenz. So verstehen wir auch den Wunsch vieler unserer Kooperationspartner, 30- bis 35-jährige Patienten in unseren Juniorengruppen zu behandeln. Diese Patienten unterscheiden sich aber klinisch von unseren „typischen“ Junioren. Sie sind entwicklungspsychologisch zumeist reifer, zumindest teilweise besser in Beziehungen und die Arbeitswelt integriert. Zu-

gleich zeigen sie aber jugendtümliches Verhalten und häufig ein polyvalentes Konsummuster. Seit einiger Zeit haben wir deswegen eine dritte Gruppe jüngere Patienten eingerichtet, diesmal für Patienten von etwa 25 bis 35 Jahren, wobei das biologische Alter weniger entscheidend ist als das „gefühlte“.

Ältere Suchtkranke (über 60 Jahre)

Patientenmerkmale

Gewöhnlich wird bei älteren Alkoholabhängigen eine Unterscheidung nach dem Beginn der Suchterkrankung vorgenommen (Droller 1964). Alkoholranke mit früherem Krankheitsbeginn („early-onset“) weisen eine geringere Impulskontrolle und höhere Aggressivität auf (Dom et al. 2006). Der später beginnende missbräuchliche oder abhängige Konsum („late-onset“) wird von einigen Autoren mit kritischen Lebensereignissen in der Vorphase in Verbindung gebracht (Welte & Mirand 1995; Finlayson et al. 1988, Söder 1989). Late-onset Alkoholiker haben eine höhere psychische Stabilität und eine geringere psychische Komorbidität. Sie verfügen über mehr Ressourcen und weisen eine recht günstige Behandlungsprognose auf. Insgesamt muss die Unterscheidung in early-onset und late-onset Trinker aber als empirisch nicht gut abgesichert angesehen werden. Für die Behandlungsplanung erscheint uns auch für ältere Patienten die empirisch begründete und durch Clusteranalysen herausgearbeitete Typologie von Babor (Babor et al. 1992) geeignet. Viele erst in fortgeschrittenem Lebensalter eine substanzbezogene Störung entwickelnden Patienten entsprechen dem Typ A nach Babor. Nach unserer klinischen Erfahrung spielen häufig relativ spezifische Komponenten in der späten Krankheitsentwicklung eine Rolle. Nach langjährigem Berufsleben und guter sozialer Integration stellen unerwarteter Arbeitsplatzverlust, Berentung bzw. Pensionierung und der damit verbundene Verlust an Wertschätzung, der Tod oder eine lange Erkrankung des Partners häufige äußere Anlässe zu gesteigertem Alkoholkonsum und Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung dar (Voßmann & Geyer, 2007). Den äußeren Faktoren entsprechen dabei die inneren Gefühle der Vereinsamung und der Trauer und des Verlusts und nicht bewältigter narzisstischer Kränkungen.

Suchterkrankungen verlaufen im Alter diskreter als in jüngeren Jahren. Die Diagnostik ist dabei erschwert, da die typischen überschießenden Symptome etwa des Alkoholmissbrauchs, wie Trinkexzesse, soziale Auffälligkeiten durch Impulsdurchbrüche mit aggressiven Entäußerungen, im Alter kaum noch vorkommen (Curtis et al. 1989). Oft finden sich in der Anamnese eine Neigung

zu Stürzen mit Prellungen, anhaltende Durchfälle, eine Fehlernährung, ferner Klagen über Nachlassen der Leistungsfähigkeit, über Merkfähigkeitsstörungen, Antriebs- und Interesseslosigkeit, sozialer Rückzug, Verwahrlosung und mangelnde Körperhygiene. Das alternde Gehirn reagiert auf Alkohol und Medikamente empfindlich. Alkoholmissbrauch im Alter führt recht schnell zu kognitiven Einbußen. Auch somatische Folgeschäden wie Lebererkrankungen, Kardiomyopathien und Polyneuropathien können sich rasch entwickeln.

Ein wesentliches Charakteristikum der älteren Patienten in der stationären Entwöhnungsbehandlung ist die im Vergleich zu jüngeren andere berufliche Situation. Unsere älteren Patienten sind ganz überwiegend bereits berentet, befinden sich in Altersteilzeit oder haben kaum noch eine realistische Perspektive auf eine Teilhabe am Erwerbsleben.

An Suchtmitteln überwiegen, natürlich neben Tabak, Alkohol und Medikamente. Der Konsum von kritischen Medikamenten und die Medikamentenabhängigkeit werden mit zunehmendem Alter häufiger. Besonders betroffen sind ältere Frauen (Glaeske 1996). Konsumiert werden vor allem Benzodiazepine und Analgetika, hierunter zunehmend Opiate (Geyer et al. 2008).

Behandlung

Moderne Altersforschung fasst das Altern und seine Wahrnehmung als einen mehrdimensionalen Prozess auf, der von der biographischen Verankerung des bisherigen Lebensstils und der Akzeptanz des bisherigen Lebens, der Wahrnehmung der augenblicklichen Situation, der Überzeugung, von anderen akzeptiert und in der Individualität geachtet zu werden, vom Ausmaß der sozialen Integration und des Verhaltens des sozialen Umfelds abhängt. Auch das Altern stelle den Menschen vor die Aufgabe, typische „Entwicklungsaufgaben“ bewältigen zu müssen und daran zu reifen. Eine der wesentlichsten Aufgaben sei dabei, Abschied und Trauer ertragen zu lernen! Älteren Menschen wird eine vertiefte Urteilsfähigkeit und eine höhere Kompromissfähigkeit zugeschrieben. Dabei verändert sich bei Gesunden die kristalline Intelligenz kaum. Lediglich ist eine Verlangsamung kognitiver Prozesse zu beobachten. Diese Aspekte sind in der Planung und Ausgestaltung der Behandlung älterer Suchtkranke zu berücksichtigen. Der Therapiestil sollte motivierend und Kompetenz fördernd sein und auf bruske Konfrontationen verzichten.

Im Einzelnen zielt die Behandlung auf den Erhalt oder die Erhöhung der Selbständigkeit, Eigenverantwortung und Unabhängigkeit, die Verbesserung sozialer Fähigkeiten, die Bearbeitung und Integration von Verlusten, die Akzeptanz des Gegenwartbezugs und die Verbesserung von Lösungs-

kompetenzen. Da ältere Suchtkranke überwiegend bereits berentet, sich in Altersteilzeit befinden oder kaum noch eine realistische Perspektive auf eine Teilhabe am Erwerbsleben haben, sind berufsbezogene Interventionen in der Regel nicht von Bedeutung. Neben den allgemeinen Schwerpunkten einer Suchtbehandlung treten in der Behandlung älterer Suchtkranke die Themen Einsamkeit, Trauer, Furcht vor Siechtum und Tod, Furcht vor Verlusten, das Nachlassen körperlicher Fähigkeiten, der Verlust des beruflichen Status und der Verlust des bisherigen Freizeitverhaltens in den Vordergrund (Voßmann & Geyer 2007). Personen höheren Lebensalters weisen in Deutschland die höchste Rate an Posttraumatischen Belastungsstörungen auf und gerade auch ältere Suchtkranke leiden häufig unter den Auswirkungen traumatischer Kriegs- und Nachkriegserlebnissen (Radebold 2004, Fischer et al. 2006). Auch spirituelle und religiöse Themen sollten vorurteilsfrei angesprochen werden. Aufgrund der häufig vorhandenen kognitiven Störungen ist Hirnleistungstraining unverzichtbar.

Für viele betagte Suchtkranke ist eine stationäre Entwöhnungstherapie die erste psychotherapeutische Behandlung. Die Aufnahme in die Klinik ist oft Scham besetzt. Ältere Patienten benötigen ein hohes Maß an emotionaler Zuwendung, Hilfestellung und Akzeptanz und einfühlsame Vorgehensweisen im Umgang mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Die therapeutische Grundhaltung des Akzeptierens, des Respekts vor dem Alter und vor der Lebensleistung erleichtert den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Der in der Regel deutlich jüngere Therapeut ist mehr als in der Behandlung jüngerer Patienten mit den ihn vielleicht selbst beunruhigenden und bedrückenden Aspekten des Alterns und des Altseins konfrontiert. Einer Vereinsamung im Alter gegenüber ist es sehr viel schwerer als bei jüngeren Patienten, eine lebensermunternde Perspektive einzunehmen. Weder Patient noch Therapeut können die stets vorhandene Nähe des Lebensendes verdrängen (Radebold, 1992, Radebold & Hirsch, 1994).

Aufgrund der körperlichen Multimorbidität älterer Suchtkranke muss das Behandlungsteam über internistische, neuropsychiatrische und allgemeinmedizinische fachärztliche Kompetenzen verfügen und eine enge Zusammenarbeit mit weiteren Fachärzten (z.B. HNO-Arzt wegen der häufigen Schwerhörigkeit älterer Menschen) sicherstellen. Geriatriische Kenntnisse sind unerlässlich.

Gerade ältere Suchtkranke profitieren in besonderem Maße von einer Behandlung in einer altershomogenen Gruppe. In der Sport- und Bewegungstherapie beispielsweise kann die Belastung altersadäquat gewählt und auf die Schamswelle der Pati-

entinnen und Patienten geachtet werden. Wassergymnastik, Schwimmkurse, Wanderungen und das Vermitteln von Entspannungstechniken sind wichtige Bestandteile. Arbeitstherapie ist überflüssig. Hingegen ist die Einübung eines den Tag strukturierenden Verhaltens (z.B. Kreativtherapie, Kochtraining) von Bedeutung.

In der Entlassungsvorbereitung ist zu prüfen, ob eine Rückkehr in die eigene Wohnung, in einen Familienverbund oder in eine Senioreneinrichtung, gegebenenfalls auch in Betreutes Wohnen, erfolgen soll. Eine enge Zusammenarbeit mit den Institutionen der Altenhilfe ist erforderlich (Paul & Müller 2001).

Ergebnisse

Uns sind keine vergleichende Studien zwischen speziellen altersbezogenen und anderen Behandlungen bekannt. Die wenigen, vorwiegend amerikanischen, Veröffentlichungen, die kaum mit den deutschen Verhältnissen vergleichbar sind, geben überwiegend altersbezogenen Interventionen den Vorrang (Benshoff & Harrawood 2003). Die Behandlungsergebnisse älterer Suchtkranker der Fachklinik Fredeburg sind gut. In den routinemäßig durchgeführten Katamnesen weisen die über 60-Jährigen höhere Abstinenzquoten auf als jüngere Patienten. Sie sind mit der Behandlung, mit sich, dem Erreichten und ihrer Lebenssituation zufriedener als Jüngere (Geyer & Penzek 2007).

Seniotherapie in der Fachklinik Fredeburg

Seit inzwischen über 30 Jahre werden in der Fachklinik Fredeburg ältere Suchtkranke ohne Altersbegrenzung in altershomogenen Gruppen behandelt. Die Klinik war über lange Jahre die einzige mit einem spezialisierten Behandlungskonzept für diese Klientel. Waren vor dreißig Jahren unsere älteren Patienten überwiegend zwischen 55 und 65 Jahren, haben wir heute Patienten bis ins 9. Lebensjahrzehnt. Zwischen einem 59-Jährigen und einem 80-Jährigen liegen aber mindestens eine Generation und in Deutschland eine völlig andere Lebenserfahrung. Die Geburtsjahrgänge 1928 und 1949 verdeutlichen dies. Während die Patienten um 60 zumeist unmittelbar noch mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben beschäftigt sind, häufig eine narzisstische Krise aufgrund des Verlustes ihres Arbeitsbezugs überwinden müssen, spielt dies für Menschen über 75 kaum noch die führende Rolle. Auch die körperliche Situation der beiden unterscheidet sich erheblich. Wir haben deswegen bereits vor einigen Jahren im Seniorenbereich eine Binnendifferenzierung vorgenommen und eine unserer vier Seniorengruppen zu einer scherzhaft „Jungseniorengruppe“ genannten Gruppe zusammengefasst, in der Patienten zwischen

Ende 50 und Mitte 60 gemeinsam behandelt werden und in der der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand besonders im therapeutischen Fokus steht.

Alte und Junge! Und die dazwischen?

Das Durchschnittsalter Suchtkranker in der stationären Rehabilitation beträgt Mitte 40 Jahre (Missel et al 2008). Die meisten Patienten sind zwischen 30 und 60 Jahre alt. Die Patienten befinden sich im erwerbsfähigen Alter, haben in aller Regel bereits mehrere Jahre berufliche Tätigkeit aufzuweisen und haben oder hatten einen Platz im Leben gefunden. Innerhalb der Altersspanne von 30 bis 60 Jahren unterscheiden sich die Patienten durch ihr individuelles Schicksal, durch ihr Suchtverhalten, die Komorbidität und das Ausmaß sozialer Schädigungen. Zum Erreichen der übergeordneten Rehabilitationsziele der Teilhabe am Arbeitsleben, einer gelingenden Beziehungsgestaltung und angemessenen Gesundheitsfürsorge sind die Voraussetzungen aber andere als bei den zuvor beschriebenen Altersgruppen.

Lebenswelten

Suchtkranken in der stationären Behandlung ergeht es nicht anders, als anderen Menschen!

Sie finden zusammen über das gleiche Leiden, über ähnliche berufliche und private Interessen und in besonderem Maße über geteiltes Erleben und gleiche Lebenswelten. Mit den Altersgenossen wurde die gleiche Zeitgeschichte erlebt. Man kennt die gleichen Filme, die gleiche Musik. Die Erinnerungen und Gewohnheiten ähneln sich. Das schafft Vertrautheit und erleichtert das spontane Gespräch und trägt zum Wohlbe-finden bei. Wir können in der Fachklinik Fredeburg mit langjähriger Erfahrung gut beobachten, wie sich die Altersgenossen in den Junioren- und Seniorengruppen schnell solidarisch miteinander fühlen und sich gegenseitig stützen. Diese vordergründig nicht fachlichen Aspekte dürften einen nicht unerheblichen Anteil am Gelingen der Rehabilitation Suchtkranker haben.

Zusammenfassende und abschließende Überlegungen

In dem Beitrag wurde versucht, Argumente für eine nach dem Lebensalter des Patienten strukturierte medizinische Rehabilitation Suchtkranker aufzuführen. Dabei sollte gezeigt werden, dass insbesondere bei jüngeren und älteren Suchtkranken das Lebensalter ein einfacher, aber guter Indikator für spezifische Problemkonstellationen, für typische Konsummuster und für typische Komorbiditäten darstellt. Zugleich

wurde darauf hingewiesen, dass Patienten sich in altershomogenen Gruppen wohl fühlen. Die Lebensaufgaben der unterschiedlichen Altersgruppen unterscheiden sich erheblich und eine altersbezogene Rehabilitationsgestaltung erleichtert den Patienten die Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben.

Dabei dient das Lebensalter des Patienten als erster, gleichsam noch grober, Indikator für das zu wählende Behandlungssetting. Weitere Aspekte müssen die Entscheidung mitbestimmen (z.B. Kurzzeit- und Auffangbehandlung, Pathologisches Glücksspielverhalten, Traumatisierung, Geschlecht). Zur Feinorientierung muss klinisch und unterstützt durch Assessmentinstrumente eine genaue Diagnostik und Beschreibung der spezifischen Problemlage des einzelnen Patienten erfolgen.

Ein wichtiger Aspekt soll abschließend ergänzt werden. Die Spezialisierung auf einzelne Altersgruppen führt zu einer erhöhten Kenntnis der Behandelnden über die jeweiligen spezifischen Probleme ihrer Klientel und fördert damit ebenfalls die Ergebnisqualität.

Literatur

1. Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS, Rounsaville BJ (1992) Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiat* 49: 599-608
2. Ball SA, Samuel A, Carroll KM, Babor TF, Rounsaville BJ (1995) Subtypes of cocaine abusers: a support for a type A – type B distinction. *J Consult Clin Psychol* 63: 115-124
3. Benshoff JJ, Harrawood LK (2003) Substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns. *Journal of Rehabilitation*, 69 (2): 43-48
4. Brüggemann S, Klosterhuis H, Köhler J (2004) Leitlinien in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. *Sucht aktuell* 11(2): 55-58
5. Curtis JR, Geller C, Stokes EJ, Levune DM, Moore RD (1989) Characteristics, diagnosis and treatment of alcoholism in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 37(4): 310-316
6. Dom G, D'haene P, Hulstijn W, Sabbe B (2006) Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: differences in self-report measures and a discounting task. *Addiction* 101: 50-59
7. Droller H (1964) Some aspects of alcoholism in the elderly. *Lancet* 2:137-139
8. Clark DB (2004) The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*, 99: 5-22
10. Finlayson RE, Hurt RD, Davis LJ, Morse RM (1988) Alcoholism in elderly persons: a study of the psychiatric and psychosocial features of 216 inpatients. *Mayo Clin Proc* 63: 761-768

11. Fischer CJ, Struwe J, Lemke MR (2006) Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem 2. Weltkrieg. Nervenarzt 77: 58-63
12. Föhres F, Kleffmann A, Sturtz A, Weinmann S (2004) MELBA: Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgeminderter und Behinderter in Arbeit. 6. Aufl. Lich: Miro GmbH
13. Feingold A, Ball SA, Kranzler HR, Rounsaville BJ (1996) Generalizability of the type A / type B distinction across different psychoactive substances. Am J Drug Alc Abuse 22(3): 449-462
14. Fröhlich J, Lehmkühl G (2006) Epidemiologie und pathogenetische Aspekte von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei ADHS. Sucht 52(6): 367-375
15. Geyer D, Batra A, Beutel M, Funke W, Görlich P, Günthner A, Hutschenreuter U, Küfner H, Mann K, Möllmann C, Müller-Fahrnow W, Müller-Mohnssen M, Soyka M, Spyra K, Stetter F, Veltrup C, Wiesbeck GA, Schmidt LG (2006) AWMF Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht 52: 8-34
16. Geyer D, Penzek C (2007) Wirkfaktoren in der stationären Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger. In: Fachverband Sucht e.V (Hrsg) Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung, Geesthacht, Neuland: 305-316
17. Geyer D, Sauter G, Förtsch G (2008) Die Rehabilitation älterer Medikamentenabhängiger. Beitrag zum Kongress des Fachverband Sucht e.V. Heidelberg, 17.06.2008
18. Glaeske G (1996) Beruhigt bis zum Ende: Die Arzneimitteltherapie für ältere Menschen. Sucht aktuell 3: 5-9
19. Havighurst RJ (1972) Development tasks and education. McKay, New York
20. Kaminer Y, Slesnick N (2005) Evidence-based cognitive-behavioral and family therapies for adolescent alcohol and other substance use disorders. Recent Dev Alcohol 17: 383-405
21. Kleffmann A, Föhres F, Weinmann S (2002) ICD-10: Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten. 2. Aufl. Siegen: Miro GmbH
22. Klosterhuis H (2005) Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen 99(1): 41-46
23. Korsukéwitz C (2008) Behandlungsergebnisse und -anforderungen aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung: Eine altersspezifische Betrachtung. Vortrag beim 21. Kongress des Fachverband Sucht e.V.. 18.06.2008, Heidelberg
24. Lowman C (2004) Developing effective evidence-based interventions for adolescents with alcohol use disorders. Addiction, 99 (suppl. 2) 1-4
25. Missel P, Zobel M (2007) Ergebnisqualität der stationären Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Eine altersspezifische Analyse. Sucht aktuell 2: 26-30
26. Missel P, Zobel M, Bachmeier R, Funke W, Garbe D, Herder F, Kersting S, Medenwaldt J, Verstege R, Weissinger V, Wüst G (2008) Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS Katamnese des Entlassjahrgangs 2005 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell (1):
27. Paul K, Müller R (2001) Seniorenfachberatung: Altenhilfe und Altenpflege; interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Institutionen der Suchtkrankenhilfe und der Altenhilfe und -pflege. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie!. Geesthacht, Neuland: 393-406
28. Perkonig A, Pfister H, Höfler M, Fröhlich C, Zimmermann P, Lieb R, Wittchen H-U (2006) Substance Use and Substance Use Disorders in a Community Sample of Adolescents and Young Adults: Incidence, Age Effects and Patterns of Use. Eur Addict Res 12: 187-196
29. Radebold H (1992) Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin, Springer
30. Radebold H, Hirsch RD (1994) Altern und Psychotherapie. Bern, Huber
31. Radebold H (2004) Bei Diagnose historisch denken. Deutsches Ärzteblatt 101 (27): 1637-1639
32. Soeder M. (1989) Abhängigkeit und Sucht; in: Platt D, Oesterreich K: Handbuch der Gerontologie, Bd 5. Fischer 337-355
33. Spyra K, Kollek B, Möllmann C, Müller-Fahrnow W. (2006) Konzept und Empirie der RMKS - ein Patientenklassifikationssystem für die Rehabilitation von Alkoholabhängigen. Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 74: 318-336
34. Spyra K, Möllmann C, Müller-Fahrnow W (2007) Bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppenbildung in der stationären Suchtrehabilitation – das Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKS). Sucht aktuell 1: 35-40
35. Thomasius R (1999) Ecstasy-Wirkungen, Risiken, Informationen. Stuttgart, Enke
36. Thomasius R, Petersen K-U (2006) Cannabismissbrauch neuropsychiatrisch beleuchtet. Alleingelassen in früher Jugend. NeuroTransmitter, 7-8: 46-58
37. Voßmann U, Geyer D (2007) Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. Z Gerontopsychol psychiatr 19: 221-227
38. Welte JW, Mirand AL (1995) Drinking, problem drinking and life stressors in the elderly general population. J Stud Alcohol 56: 67-73
39. Zuckerman M (1994) The psychopathology of Sensation-Seeking. J of Personality 58: 313-345

Autor:

Dr. med. Dieter Geyer
 Fachklinik Fredeburg
 Zu den drei Buchen 1
 57392 Schmalleben
 dieter.geyer@fachklinik-fredeburg.de

Literaturhinweise

Franz, M., West-Leuer, B. (Hrsg.): Bindung – Trauma – Prävention, Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen, Gießen 2008, ISBN 978-3-89806-768-3, 39,90 €

Der erste Teil des Buches beschreibt aus theoretischer und grundlagenwissenschaftlicher Sicht die frühen Bindungs- und psychischen Entwicklungsprozesse. Hierbei werden neurowissenschaftliche Aspekte der Affekt- und Empathieentwicklung vermittelt, Folgen traumatischer Früherfahrungen und sozialer Ungleichheit beschrieben und auf dieser Basis die Notwendigkeit einer Frühprävention im familiären Beziehungsfeld verdeutlicht. Im zweiten Teil des Buches werden konkrete Mo-

delle einer Bindungs- und emotionszentrierten Prävention vorgestellt. Diese orientieren sich an den Bindungs- und Entwicklungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenslagen.

Müller, A., Zwaan, M. de, Mitchell, J.E.: Pathologisches Kaufen – Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual, Köln 2008, ISBN: 978-3-7691-0566-7, 34,95 Euro

Unter pathologischem Kaufen werden exzessive Kaufverhaltensweisen verstanden, die zu erheblichen sozialen und finanziellen Problemen führen und einen starken Leidensdruck

verursachen. Ca. 6 – 8 % der deutschen Bevölkerung sollen davon betroffen sein. Eine von den Autoren durchgeführte Psychotherapiestudie belegt die Hohe Quote psychiatrischer Komorbidität von Patienten mit pathologischem Kaufverhalten. Das Buch trägt den aktuellen Kenntnisstand über pathologisches Kaufen zusammen und skizziert anschließend wichtige verhaltenstherapeutische Interventionen. Kernstück ist ein kognitiv-behaviorales Behandlungsprogramm mit 12 Therapiesitzungen, das ausführlich dargestellt wird, einschließlich einer Vielzahl von Arbeitsblätter. Das Programm wurde im Rahmen einer Evaluierungsstudie überprüft. Alle Arbeitsblätter sowie Screening- bzw. Fragebögen liegen auf einer CD-Rom bei.