

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2002

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

***Lotti Müller*¹, *Hilarion G. Petzold*² (2002a):
Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in
der Arbeit mit älteren und alten Menschen in
„Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“**

Erschienen in: *Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden.
Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie.
Mainz: Grünewald, S. 293-332.*

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitautorInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

¹ Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie" (SEAG), Rorschach, und „Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach“, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

² Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). In der Trägerschaft des *Fritz Perls Instituts* und dem Postgraduate Programm Integrative Therapie und Supervision, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam. Diese Arbeit hat die Sigle 2002a.

Zusammenfassung: Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“ (Müller, Petzold 2002a)

Am Beispiel der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen werden Schlüsselkonzepte für die therapeutische Orientierung von TherapeutInnen dargestellt: Client Dignity, Client Safty, Client Wellbeing. Neben den Kriterien „Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“, wird ein viertes, von Petzold eingeführtes Kriterium der „Unbedenklichkeit“ (Unschädlich, Nebenwirkungsfrei, professionell korrekt und diskret, Schweigepflicht gebunden) für Therapie und Supervision begründet.

Schlüsselwörter: Riskante Therapie, Client Dignity, alte Menschen, Unbedenklichkeit in der Therapie, Integrative Therapie

Summary: Problematic and Risky Therapy (not only) in Working with Elderly and Very Old People in „Precarious Life Situations“ – „Client Dignity“?“ (Müller, Petzold 2002a)

Taking the therapeutic work with old people as an example key concepts for therapeutic ethics are expounded: Client Dignity, Client Safty, Client Wellbeing. Beside the criteria „scientific based, efficacy, economic reasonable“ a fourth criterion, introduced by Petzold, „harmlessness“ (safe, free of side effects, professionally correct, discrete, obligation to secrecy), is substantiated.

Keywords: Risky Therapy, Client Dignity, Old People, Harmlessness in Therapy, Integrative Therapy

Allein die im Titel erwähnten „alten Menschen“ werden – das ist leider ein Faktum – die Chance, dass diese Arbeit von PsychotherapeutInnen gelesen wird, signifikant herabsetzen. Nun, jeder wird alt, viele Menschen werden alt. Die ältere Bevölkerung wird eine wichtige Zielgruppe für die Psychotherapie werden. Von alten Menschen können PsychotherapeutInnen sehr viel lernen. Wir arbeiten sehr gerne mit älteren, alten und hochbetagten Menschen und möchten deshalb Kolleginnen und Kollegen einladen, sich für diese Arbeit zu interessieren.

1. Einleitung

Wenn über riskante Therapien, Therapieschäden und negative Nebenwirkungen von Psychotherapien im allgemeinen schon wenig geschrieben und berichtet wird, so ist anzunehmen, dass solche Probleme im Zusammenhang mit älteren und alten PatientInnen und KlientInnen erst recht kein Thema sind, da diese als Empfänger von Behandlungen aller Art ohnehin nur am Rande zur Kenntnis genommen werden. Als zahlenmäßig zwar rapide wachsende (Möckli, 1994), von ihrem Status her aber eher „randständige“ Bevölkerungsgruppe sind alte Menschen im Gesundheitsbereich besonders gefährdet, Opfer von falscher, unzureichender, riskanter oder fehlender Behandlung zu werden. Zu viele alte und kranke Menschen, Hochbetagte – die für psychosoziale Hilfeleistungen besonders relevanten Problemgruppen – haben nur noch wenige Angehörige oder nahe stehende Menschen, die sich für ihre Interessen einsetzen. Sie leben deshalb in „bedrohten Lebenswelten“ (Petzold, 1991), in Situationen beständiger „Depotenzierung“ (Petzold/Bubolz, 1976). Ihre Netzwerksituation ist häufig desolat (Petzold, 1993;

Nestmann, 1988, 1997), und ihre eigenen *Kompetenzen* und *Performanzen* bezüglich sozialer Partizipation sind im Zusammenhang mit ihrer Krankheit, die oft den Charakter einer „Multimorbidität“ hat (Schütz, 1987), vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt, ihre Wahlmöglichkeiten, was ihre sozialen Bezüge und eine selbstbestimmte Lebensgestaltung anbelangt, werden deutlich vermindert.

Gleichzeitig wächst der gesellschaftliche Druck – die demographischen Verschiebungen zwingen zum Handeln –, Daten über diesen Teil der Bevölkerung zu sammeln (Kohli/Künemund, 2000), um den veränderten Ansprüchen und Erfordernissen im Sozial- und Gesundheitswesen gewachsen zu sein (Höpflinger/Stuckelberger, 1999). Es wächst also – wenn auch zögerlich – das Interesse am alten Menschen als „Forschungsgegenstand“. Aus dem Großteil der herkömmlichen klinischen Studien zu somatischen oder psychiatrischen Fragestellungen lassen sich wenig Schlussfolgerungen für ältere PatientInnen ableiten, da sie – systematisch oder zur Vermeidung von zusätzlicher Komplexität – als Untersuchungspopulation ausgeschlossen wurden oder zumindest völlig unterrepräsentiert sind, selbst wenn sie gerade zu der Risikogruppe gehören, die von den Ergebnissen empirischer Studien profitieren sollte (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 18. Jan. 00, S. N1: „Ältere Krebskranke tabu“). Die „Lebenswelten alter Menschen“ (Petzold/Petzold, 1991a) müssen sorgfältig in den Blick genommen werden – in interventionsorientierter Sicht –, um älteren und alten Menschen die therapeutischen Hilfen zu geben, die für sie nötig sind und auf die sie ein Anrecht haben, soll das Wort von der „Würde des Alters“ nicht eine Leerformel sein.

Dieses Kapitel thematisiert einige therapeutische Probleme grundsätzlicher Art. Bei der Psychotherapie, die ja über die *restitutio in sano* hinaus Arbeits-, Genuss-, Liebesfähigkeit (Freud/Reich) wiederherstellen will, ist es mit dem hippokratischen *nil nocere* nicht getan, sie muss sich für Menschen engagieren, liebevoll einsetzen, wie sonst könnte Liebesfähigkeit erlangt, restituiert werden? Will Psychotherapie „toxisches Überich“ mildern, muss sie die Qualität von „Gewissensarbeit“ gewinnen. Wenn Freud den Begriff der „Kulturarbeit“ ins Spiel bringt, muss kulturkritische Bewusstseinsarbeit, die Psychoanalyse als Kulturwissenschaft als ihre Aufgabe reklamiert, auch als Maßstab genommen werden, an dem sie selbst gemessen werden muss. Dem Thema Altern/Alter/Sterben/Tod müsste als Tabuthema im Diskurs der Psychotherapie besondere Beachtung zukommen. Dies aber ist nicht der Fall. Mit der Postulierung eines „Todestriebes“ alleine kann es wohl nicht getan sein. Das ubiquitäre „Elend der alten Menschen“ (Schenda, 1972) ist nicht von PsychotherapeutInnen thematisiert worden. Und es ist bedrückend, dass eine Aussage wie „angesichts der altbekannten Situation in deutschen Altersheimen (sei) Lebensverlängerung für die Bewohner Inhumanität“ (Hillebrand, ZDF, 28.9.2000) im politischen Kabarett gemacht wird und die Spezialisten für seelische Gesundheit und Krankheit zur „inhumanen Situation alter Menschen“ (Petzold, 19791) und zur „Krankheit der Inhumanität“ in der Gesellschaft,

die sich hier artikuliert (idem 1990r), schweigen. Wir wollen in diesem Kapitel deshalb zumindest Schlaglichter setzen, wieder einmal, denn man muss – gegen die Verdrängung – diese Themen immer wieder ins Gespräch bringen (idem 1965, 1985d, 1991j, 1994a).

Da PsychotherapeutInnen immer wieder mit diesen Problemen durch die Arbeit mit der „jüngeren Generation“, Menschen, deren Eltern in Heimen leben oder Hauspflege erhalten, konfrontiert sind, durch ihre Tätigkeit als SupervisorInnen von Pflegeteams oder durch die Behandlung von burn-out-gefährdeten Pflegekräften, liegt bei ihnen – aus ihrem Wissen um Gewalt und Misshandlungspotenzial gegenüber alten MitbürgerInnen – auch eine besondere Verantwortung. Auf jeden Fall tauchen die Themen Altern, Krankheit, Sterben, Tod immer wieder in Psychotherapien auf – sofern sie nicht von PatientIn und TherapeutIn mit einer „Solidarisierung im Widerstand“ gegen diese Themen abgewehrt werden. Da aber *antizipatorische Biografiearbeit* eine wichtige Voraussetzung für ein gelingendes Altern ist, überdies Altern ein Lebensprozess ist und „Vorbereitung auf das Altern“ im Lebensverlauf beginnt bzw. beginnen sollte (Schneider, 1981, 1990; Petzold, 1981g), ist eine Ausblendung dieses Themas – wo es denn angesagt ist – ein *Kunstfehler*.

2. Ethische Probleme und Prinzipien in der therapeutischen Arbeit (nicht nur) mit alten Menschen

Für alte Menschen besondere ethische Grundsätze herauszuarbeiten oder zu fordern würde in gewisser Weise auch heißen, sie als eine „spezielle Gruppe“ auszuondern, sie auszugrenzen aus der Gemeinschaft der „normalen“ Menschen und sie auf diese Weise zu stigmatisieren. Grundsätzlich sollen sie natürlich nach den genau gleichen ethischen Überlegungen behandelt werden wie Angehörige jüngerer Altersgruppen (Davis, 1981). Doch kann es durchaus im Interesse der älteren MitbürgerInnen sein, eine spezielle „Ethik für die Arbeit mit alten Menschen“ zu fordern. Wenn nämlich Einschränkungen, Behinderungen und daraus entstehende Abhängigkeiten eingetreten sind, dann wird es notwendig, besondere Zupassungen ethischer Richtlinien vorzunehmen (Spielman, 1986), wie sie auch für jüngere PatientInnen mit entsprechenden Einschränkungen – z.B. bei Behinderten erforderlich sind (Anstötz, 1990; Leist, 1994). Überdies ist es sinnvoll, darüber nachzudenken, warum und inwiefern gerade ältere PatientInnen gefährdet sind, besonders in Institutionen (Beine, 1998; Meyer, 1998) nicht mit dem nötigen Respekt und unter Missachtung ethischer Grundregeln behandelt zu werden, in welchen Aspekten ihre Verletzlichkeit besondere Achtsamkeit erfordert und worauf Angehörige von im Altenbereich tätigen Berufsgruppen achten können und sollen. Bestimmte ethische Grundprinzipien für die Psychotherapie sind bei Alters-

patientInnen, die in ihrer Auffassungsfähigkeit, z.B. durch beginnende oder fortgeschrittene Demenz, eingeschränkt sind, schwer umzusetzen. Der „*informed consent*“ (Beauchamp/Childress, 1989; Koch et al., 1996), die für jede Behandlung erforderliche – und rechtlich verpflichtende – „informierte Übereinstimmung“ bedarf eines höheren Aufwandes an Zeit, was Erklären und Verständlichmachen anbelangt (Alt-White, 1995). Wo der Patient/Klient nicht mehr oder nicht mehr vollauf in der Lage ist, selbst zu entscheiden – und das muss richterlich festgestellt sein – ist ihm Hilfestellung (assistance) zu geben und sind die sorgepflichtigen Verwandten oder die Pfllegschaften vor therapeutischen Maßnahmen um Zustimmung zu fragen (Kapp, 1990). Dabei hat „*client welfare*“ (Wohlbefinden und Wohlergehen) und „*patient security*“ (die PatientInnensicherheit) als Maßstab für die Praxis zu dienen. Darüber hinaus gilt es, „*client dignity*“ zu beachten, die Würde des Patienten (Petzold, 2000d) – eine gerade in der institutionellen Altenpflege immer wieder vernachlässigte Maxime. Wo mit dem Betroffenen keine intersubjektive Auseinandersetzung über seine Situation mehr möglich ist, müssen die BetreuerInnen und TherapeutInnen gleichsam aus „*unterstellter Intersubjektivität*“ (idem 1991e) handeln unter der Fragestellung: „Würde dieser Mensch, wenn er vollsinnig meine Maßnahmen beurteilen könnte, diese gutheißen und ‚informierte Zustimmung‘ geben?“

In jeder Form von helfender Beziehung, also auch in der Psychotherapie, haben wir eine „strukturelle Dependenz“ und deshalb ein *strukturelles* Machtgefälle: Hier ist jemand in Not oder Problemen, in einer Situation eingeschränkter Ressourcen, der Ohnmacht und Hilflosigkeit gar, dort ist ein Helfer, der über Ressourcen verfügt und zumindest über eine gewisse Macht, nämlich die, Hilfe in einem bestimmten Rahmen zu geben. Damit ist eine äußerst sensible, wenn nicht gar vulnerable Lage des Patienten gegeben, die bei Gruppen mit Einschränkungen von Souveränität, z.B. Kindern, Hochbetagten, Behinderten, Dementen, besonders schwerwiegend zum Tragen kommt, denn ihre Ressourcen sind zumeist so gering, dass sie sich keine Unterstützung selbst erschließen, „kaufen“ können (z.B. Rechtsberatung). Sie haben deshalb „nur“ die Grundrechte zu ihrer Verfügung, diese aber sind die kostbarsten Rechte in einem demokratischen Gemeinwesen: „bürgerliche Ehrenrechte“. Für diese Rechte Gewähr zu leisten, für ihre Gültigkeit und Geltungskraft Gewähr zu leisten, erweist sich besonders an der Art, wie dies im Umgang mit BürgerInnen in benachteiligten und geschwächten Situationen und „*prekären Lebenslagen*“ (Petzold, 2000h) geschieht, als wesentlich. Deshalb müssen diese Bereiche eine besondere Aufmerksamkeit erfahren. Man muss für solche Grundrechte und Regeln kämpfen „wie für seine Stadtmauer“ (Heraklit, Fragment B44). Das scheint oft aus dem Blick zu geraten. Weil es Menschen gibt, die nichts mehr haben als ihre Menschenwürde, macht das diese „*Würde*“ so kostbar. Bei der „*client dignity*“ geht es bei jedem individuellen Schicksal um ein kollektives Gut von höchster Bedeutung: In der Tat „Die Würde

des Menschen sei [ist] unantastbar“, weil sie so antastbar, so verletzlich, zerstörbar ist. Es geht dabei keineswegs nur um die Gewährleistung eines „Überlebensminimums“, sondern um die eines „*eubios*“, eines guten Lebens, denn nur ein solches ist *menschenwürdig*, wie Politiker sehr wohl zu wissen scheinen, wenn sie ihre „Diäten“ beschließen – nie knauserig sich selbst gegenüber –, denn eine gute „*diata*“, d.h. Lebensführung, kostet. Wir müssen uns die Würde unserer bedrängten MitbürgerInnen etwas kosten lassen, wir, das heißt jeder Bürger, jede Bürgerin, denn es geht um *seine* und *ihre* Würde, weil „Dignität“ immer eine kollektive Realität ist. Die „Verletzung der Alterswürde“ (Petzold, 1985d) – und der Seniorautor hat in dem so betitelten Beitrag schreckliche Verletzungen der Dignität dokumentiert – ist niemals ein „Einzelfall“, kein „bedauerlicher“ zumal, sondern ein zu *ahndender* Angriff auf die Würde eines jeden, der von solchen Missständen, Vergehen, Verbrechen hört und Kenntnis erhält. „Man muss da nach Kräften helfen und darf nicht ruhig zusehen“, mahnte schon Demokrit (Fragment 261, vgl. Fr. 255). Man muss dazwischentreten (*intervenieren*), dabei aber die „richtigen Leute“ konfrontieren, und das sind *zuletzt* die Pflegenden: Weil riskante und schlechte Pflege und Betreuung ein allzuhäufiges Phänomen ist, weil die Pflegenden z.T. in katastrophalen Situationen arbeiten müssen. Hier sind *strukturelle Mängel*, und die Öffentlichkeit ist gefordert, jeder Bürger, jede Bürgerin! Weil die Pflegenden selbst erheblichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind (Herschbach, 1991; Petzold, 1993g), müssten z.B. die Burn-out-PatientInnen behandelnden PsychotherapeutInnen öffentliche Stellungnahmen, die SupervisorInnen von belasteten Teams öffentliche Proteste auf den Weg bringen mit der Kraft ihrer fachlichen Autorität. Uns sind solche solidarischen und fachlichen Aktionen von einzelnen PsychotherapeutInnen oder SupervisorInnen kaum und von ihren Fachverbänden gar nicht bekannt – obgleich der Seniorautor dies z.B. bei der DGSv, dem größten Supervisoren Fachverband moniert hat (Petzold/Ebert/Sieper, 1999). PsychotherapeutInnen haben, wenn sie belastete HelferInnen aus dem Gerontobereich behandeln – und das ist keine Seltenheit – eine „doppelte Loyalität“ und Verantwortung: den ausgebrannten HelferInnen gegenüber und ihren PatientInnen/KlientInnen gegenüber. Die „inhumane Situation alter Menschen“ (Petzold, 1979l), Inhumanität und Gewalt gegen alte Menschen (idem 1990r) ist offenbar für PsychotherapeutInnen kein Thema (ganz im Unterschied etwa zur Flut der Veröffentlichungen zum Thema „sexueller Missbrauch“ wird man in der psychotherapeutischen Fachliteratur hier nicht fündig. Es ist müßig zu fragen, wo die größeren Häufigkeiten der „ubiquitären Gewalt“ zu finden sind, denn „Dignität“ ist überall zu schützen, eben weil sie niemals ein *Einzelfall* ist).

Der Seniorautor hat das Konzept der „*client dignity*“ inauguriert u.a. auf Grund der katastrophalen Erfahrungen, die er im geriatrischen und gerontotherapeutischen Kontext machen musste (idem 1985d). Wir haben deshalb bewusst das Thema „*client dignity*“ im Kapitel Therapie mit alten Menschen aufgegriffen – es

könnte, müsste in jedem Kapitel dieses Buches thematisiert werden –, weil hier die Versäumnisse der psychotherapeutischen „professional communities“ und „scientific communities“ eine solche Thematik aufzugreifen, ein solches Konzept *spezifischer professioneller Ethik* auszuarbeiten besonders eklatant sind. Wir haben die Ethikreglemente psychotherapeutischer Fachverbände der drei deutschsprachigen Länder und der Niederlande durchgesehen. Die Situation der Kinder wird äußerst selten (Ausnahme Niederlande), die der alten Menschen mit besonderen Einschränkungen (wir reden hier nicht von den „validen“ KlientInnen) nirgendwo besonders berücksichtigt! Überhaupt wäre die Analyse der Ethikrichtlinien eine eigene Studie wert, was ihren häufig „parentifizierenden“ Duktus anbelangt. Nirgendwo werden PatientInnen als gleichberechtigte, mündige BürgerInnen, was sie doch sind, in Gremienarbeit, Ethikkommissionen etc. berücksichtigt, von Mitwirkungsmöglichkeiten einmal ganz zu schweigen (Petzold, 2000m). Das aber würde *client dignity* erforderlich machen, das macht Menschenwürde aus: Betroffenen zu ermöglichen, für sich selbst zu sprechen, denn es ist, wie Foucault (1978, 132) zu Recht betont, „entwürdigend, für die andern zu sprechen“, wenn diese noch für sich sprechen können. Hingegen ist es *verpflichtend*, für die zu sprechen, die für sich nicht mehr zu sprechen vermögen – für viele alte Menschen in „prekären Lebenslagen“ oder mit reduzierten physischen, psychischen oder geistigen Kräften – und für solche, die noch nicht für sich sprechen können: die kleinen Kinder.

Ethikreglemente, die nur Schaden *verhindern* wollen, Verstöße ahnden wollen, stellen Verfehlungen in Rechnung. Das scheint realistisch, wird aber dann fragwürdig, wenn man feststellt, dass aktive „Entwicklung“ oder gar „Pflege“ ethischer Praxis – etwa durch verpflichtende Schulung, Verankerung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen, Weiterbildung und Forschung – weitgehend fehlt. Ahndende Reglemente allein sind ein Beitrag zu „riskanter Praxis“, weil sie sich strukturell mit Missständen abzufinden scheinen, ohne aktiv zur Veränderung ihrer Gründe und Hintergründe (Pflegerotstand, Minimalqualität in Heimen etc.) einzuschreiten, zu intervenieren – in der Ursprungsbedeutung des Wortes „dazwischentreten“.

„Bewusstseinsbildung“ als ein zentraler Beitrag, den psychotherapeutische Kulturarbeit leisten kann, erfordert nicht nur, „*reflexive Kulturarbeit*“ als Gegenstand psychotherapeutischer Ausbildung und fachverbandlicher Aktivitäten zu kultivieren – und darin muss „*client dignity*“ ein zentrales Thema sein –, sondern verlangt auch, eine „*Kultur des Intervenierens*“ zu entwickeln und zu pflegen, für die einer der Gründerväter der Gestalttherapie, der Sozialkritiker Paul Goodman (1964), mit seinen zahlreichen Leserbriefen, Petitionen und Aufrufen ein beeindruckendes Beispiel geliefert hat. Hier zumindest sollten PsychotherapeutInnen sich nicht „abstinent“ verhalten.

Für PsychotherapeutInnen, bei deren PatientInnen besonders häufig durch gesell-

schaftliche Entfremdungsphänomene Belastungssituationen entstehen, die zu Erkrankungen führen können oder geführt haben, wird es besonders wesentlich, gesellschaftliche Zusammenhänge zu reflektieren, Veränderungsdynamiken zu erfassen – z.B. die Veränderung von Familienstrukturen, Arbeitsverhältnissen, Sicherungssystemen, Medien, Technologien – und ihre eventuellen Auswirkungen auf Menschen zu verstehen: Welche Bedeutung und Auswirkungen haben die langen „empty nest“ Phasen auf ältere Menschen, welche die insgesamt gestiegene Lebenszeit, die langen Witwensschaften, die Veränderung der Validität (zur Pflegebedürftigkeit in Heimen etc. Kohli/Künemund, 2000)? Die „Formen seelischen Alterns“ (Lehr/Thomae, 1987; Niederfranke et al., 1992) werden sich damit sicher verändern. Das macht es für GerontopsychotherapeutInnen unverzichtbar, sozialgerontologische bzw. gerontosoziologische oder sozialpsychologische Forschungen und Konzepte zu berücksichtigen und für die Theorienentwicklung und Methodenerarbeitung zu verwenden oder solche Forschungen zu betreiben, etwa zur Netzwerksituation alter Menschen (Röhrle et al., 1998; Petzold, 1994e), zur Identitätsentwicklung und zu spezifischen „Lifestyles“ (Keupp/Höfer, 1997; Müller/Petzold, 1999). Leider bemerkt man davon in der alterspsychotherapeutischen Literatur, besonders der psychoanalytischen (Radebold, 1983) wenig.

Neue Probleme stehen ins Haus, die der Beachtung bedürfen: Mit dem ungeheuren Fortschritt im letzten Jahrhundert in biologisch-medizinischen Disziplinen, insbesondere der Genforschung, rückt z.B. zunehmend die Frage nach ethischen Regelungen in diesem Bereiche ins Licht der Aufmerksamkeit. Und hier befinden sich die alten Menschen an einem besonderen „Reibungspunkt“, denn mit den wachsenden Möglichkeiten, einzelne Ausprägungen von Lebewesen und deren Lebensdauer indirekt oder vielleicht bald auch direkt mitzusteuern, werden sich unweigerlich die Wertmaßstäbe gegenüber dem Leben überhaupt verändern, verschärft durch die Verknappung der Ressourcen und die bereits erwähnten massiven demographischen Verschiebungen. Nicht zufällig wird heute häufiger über Euthanasie debattiert und gestritten, ja nach Legitimationen gesucht (vgl. Stoffels, 1995). Der Tod, dem Alter am nächsten und eine Urangst und Grundfrage für den Menschen überhaupt, erhält neue Aspekte. Neue Möglichkeiten, ihn zu täuschen, zu überlisten, zu hintergehen – man denke an das Grimm'sche Märchen „Der Gevatter“ –, den Tod zu umgehen, zu manipulieren, sich mit ihm zu messen scheinen sich zu öffnen. Die genetisch vorgegebene Altersschränke der Gewebe zu kontrollieren, das erscheint manchem nur noch eine Frage der Zeit. Die Entscheidung über Leben und Tod gelangt mit jedem Jahrzehnt ein bisschen mehr in die Hände von WissenschaftlerInnen und MedizinerInnen. Das ruft in Teilen der Öffentlichkeit Skepsis hervor und lässt die Forderung nach ethischen Leitlinien lauter werden.

Doch nicht erst das *Lebensende* wirft ethische und moralische Fragen auf, sondern das Verhältnis zwischen den Generationen, zwischen alten und jüngeren

Menschen und auch die Voraussicht und Vorsorge, die in jüngeren Jahren zu treffen ist sowie die Fürsorge, die BürgerInnen eines Gemeinwesens füreinander aufzubringen haben. So wird ohne besonnene und weit blickende Maßnahmen – und die zu treffen kann nicht nur „bei den Praktikern“ liegen - der wachsende Bedarf an Versorgungsmöglichkeiten für alte, kranke, hilfs- und pflegebedürftige Menschen und die für sie in dieser Lebensphase notwendige Infrastruktur zu Problemen führen, wenn die arbeitende Generation nicht mehr in der Lage oder willens ist, den aus dem Arbeitsprozess ausgeschiedenen Teil der Bevölkerung finanziell zu tragen (Stoffels, 1995). Verschärft wird die Situation natürlich durch den gleichzeitigen Mangel an personellen Ressourcen, an ausgebildetem Pflege- und Betreuungspersonal, das auf dem Stand gerontologischen Wissens ist. Es wird schon seit längerer Zeit über Zeichen von Ausgrenzungen, Inhumanität und Gewalt gegen alte Menschen (Beine, 1998; Meyer, 1998; Petzold, 1979f, 1985d) berichtet und davor gewarnt, dass Aussonderungen bis hin zu Tötung einer „lästig gewordenen Menschengruppe“ durch eine „schleichende gesellschaftliche Entwicklung unbemerkt herbeigeführt und im ökonomischen Krisenfall realisiert werden“ kann (Stoffels, 1995, 139). (Die Sistierung notwendiger medizinischer Maßnahmen bei infirmen Hochbetagten in britischen Krankenhäusern und Geriatrien ist hier ein bedrückendes Beispiel.) Verursacht werden solche Ereignisse unter anderem durch chronische Überforderungszustände bei Pflegenden, die zu TäterInnen wurden (Petzold, 1985d). Vergleiche mit der „Endlösung“ fallen (Haarhaus, 1993), oder es wird von einer „Medizin des Vierten Reiches“ gesprochen, die dem wachsenden Bedürfnis nach rechtlicher Absicherung der „Entsorgung“ alter dementer Menschen mit entsprechenden Gutachten nachkommt (Stoffels, 1995).

Diese Szenarien sind vielleicht „schwarz gemalte“ Perspektiven, doch sollen sie, besonders mit Blick auf die bedrückende Zahl von Patiententötungen im Bereich der Pflege und institutionellen Altenbetreuung (Maisch, 1996; Beine, 1998) ernst genommen werden. Nur so kann man Ursachen, die man besser kennt, als viele dies vielleicht wahrhaben wollen, entgegentreten bzw. prophylaktische Maßnahmen ergreifen, bevor es zu weiteren Fällen von serieller Gewalt gegen alte Menschen kommt.

Den düsteren Aussichten gegenüber stehen allerdings auch ernsthafte Bemühungen nach einem ethisch korrekten Umgang mit älteren Menschen (vgl. die Richtlinien der Vereinten Nationen 1999). In keinem Lehrbuch fehlen die Hinweise auf die spezifischen ethischen Probleme (Förstl, 1997; Sadavoy et al., 1991) im Umgang mit alten PatientInnen, doch wenn dies so persistent wiederholt werden muss, ist es um die Situation von AlterspatientInnen wohl nicht so gut bestellt.

Für die Gewährleistung eines ethischen Umgangs – und das heißt eigentlich doch eines selbstverständlich *angemessenen* Umgangs – mit älteren Menschen als Pati-

entInnen, als BewohnerInnen von Pflege- und Altersheimen und als TeilnehmerInnen von Forschungsstudien wird zumeist auf das medizinethische Prinzip des „*informed consent*“ verwiesen (Faden & Beauchamp, 1986), wonach ein Patient bzw. Teilnehmer einer Studie über die Art der Maßnahme, die Risiken, Methoden, Ziele einer Behandlung bzw. eines Projektes sorgfältig und umfassend informiert werden muss und er danach ohne Zwang dem Vorhaben zustimmen oder es ablehnen können soll. Als Patient in einem Krankenhaus oder als Klient in der privaten Praxis einer Psychotherapeutin hat man dieses Recht auf Information und Entscheidungsfreiheit. Dieses ist durch die gesetzliche Regelung der Psychotherapie in vielen europäischen Ländern sogar rechtlich vorgeschrieben, wobei man sagen muss, dass PsychotherapeutInnen auf die Situation, über „Risiken und Nebenwirkungen“ – gar noch altersgruppenspezifisch – angemessen zu informieren noch keineswegs durch Forschung und Konzeptbildung vorbereitet sind. Die Informationspflicht auf Seiten der Behandelnden wird – oft wider besseres Wissen – in vielen privaten oder staatlichen Institutionen nicht oder nur mangelhaft berücksichtigt. Auch viele PsychotherapeutInnen in privaten Praxen sind, trotz ihrer Eingliederung in das medizinische Versorgungssystem durch die in vielen europäischen Ländern erfolgten Gesetzgebungsverfahren, auf diese unabdingbare Informationspflicht und ihre Handhabung noch wenig eingestellt, von speziellen Informationsformaten für spezifische Alters- und Patientengruppen einmal ganz zu schweigen.

Gerade bei älteren Menschen, die mit Psychotherapie in ihrem Leben nichts zu tun hatten, ist eine solche Information unverzichtbar. Therapien können labilisieren, problematische Übertragungssituationen zu den meist jüngeren TherapeutInnen können auftreten, Reaktivierungen traumatischer Erlebnisse sind möglich, durchaus auch psychosomatische Symptombildung oder depressive Reaktionen. Dem gerontotherapeutischen Praktiker sind solche Komplikationen natürlich bekannt. Wie allerdings das Problem des „*informed consent*“ – auch mit kognitiv validen PatientInnen – gehandhabt wird (Kapp, 1992), erfährt man aus der Literatur – auch bei der Darstellung ganzer Behandlungen (Radebold/Schweitzer, 1996) nicht. Wir pflegen mit älteren PsychotherapiepatientInnen ausführliche Informationsgespräche zu führen, in denen Mitwirkung und Mitgestaltung der Therapie im Vordergrund stehen, aber ein „*empowerment*“ angestrebt wird (Petzold/Gröbelbauer/Gschwend, 1998) und mögliche Probleme angesprochen werden. Das wird in der Regel gut aufgenommen.

Bei all diesen Maßnahmen muss immer der Lebenskontext der PatientInnen und KlientInnen im Blick bleiben und in die Betrachtung einbezogen werden, um zu keinen unbilligen Individualisierungen und reduktionistischen Modellvorstellungen und Praxen zu kommen. Aus diesem Grunde wird auf die Kontext- und Lebenslageperspektive ausführlicher eingegangen.

3. Das Konzept „prekärer Lebenslagen“ und seine Bedeutung für Risiken und Mängel der Hilfeleistung

Da insgesamt von einem aktiven Engagement für „client dignity“ in der Psychotherapie – und besonders in der mit alten Menschen – wenig zu sehen ist, ist die Herausforderung umso größer, Missstände aufzuzeigen, Fehlbehandlungen anzuprangern und sich offensiv für die Entwicklung adäquater Behandlungsmodelle und Praxen – forschungsgestützte – einzusetzen. Dafür ist es notwendig, sich mit Risiken und Mängeln in *Lebenslagen* alter Menschen auseinanderzusetzen. Es ist leider für die Mehrzahl der psychotherapeutischen Schulen charakteristisch, dass sie PatientInnen in der Regel *dekontextualisiert* betrachten und für den Umgang mit destruktiven oder prekären Lebenslagen keine Konzepte entwickelt haben, Verbindungen zur Soziotherapie (Petzold/Petzold, 1993; Petzold, 1997p) kaum vorhanden sind – sehr zum Nachteil der PatientInnen. Für die Gerontopsychotherapie ist deshalb die Verbindung von Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik (Petzold, 1985a) bei Hilfen für ältere Menschen in komplexen und z.T. prekären Lebenslagen unverzichtbar, um Zugänge zu „chancenreichen Lebenslagen“ zu eröffnen und die kreative Gestaltung des eigenen Lebens zu unterstützen.

Das Lebenslagekonzept hat für die Reflexion der Situation älterer und alter MitbürgerInnen besondere Relevanz und hat wohl auch deshalb in die sozialgerontologische Literatur Eingang gefunden (Petzold/Petzold, 1991; Bäcker/Naegele, 1991). Es soll daher kurz dargestellt und mit der Spezifizierung der „prekären Lebenslage“ (Petzold, 2000h) für den Zusammenhang dieser Arbeit aufgegriffen werden.

In der „Integrativen Therapie“ hat das Konzept „*Kontext/Kontinuum*“ (idem 1974j, 1998a, 368) eine zentrale Bedeutung. Therapie muss immer in einem spatiotemporalen Zusammenhang verortet werden, Patientensituationen dürfen nicht *dekontextualisiert* – wie in der Mehrzahl der Psychotherapieverfahren immer noch üblich – betrachtet werden. Deshalb ist eine differenzielle Explikation des *Kontextkonzeptes* erforderlich. Die verschiedenen Sozialwissenschaften haben hierzu Modellvorstellungen erarbeitet, die – da sie unterschiedliche Akzente setzen – für die Psychotherapie und die Gerontotherapie nützliche Perspektiven bieten. Als Oberbegriff lässt sich der einer „*ökologischen*“ oder „*sozialökologischen*“ *Perspektive* festhalten, die mit den Namen von J. von Uexküll (1921), K. Lewin (1943, 1951), U. Bronfenbrenner (1976, 1979, 1981), J.J. Gibson (1979), P. Lawton (1970, 1980) verbunden werden kann. Sie vermag besonders in der Sozialgerontologie zum Tragen zu kommen, weil Altern als „ökologisches Schicksal“ (Lehr, 1979; Petzold/Bubolz, 1976, 1979; Saup, 1993) gesehen wurde. Sie ist aber auch in der Entwicklungspsychologie des Kindesalters (Bronfenbrenner, 1981; Petzold/van Beek/van der Hoek, 1994) fruchtbar geworden. Die z.T. sehr unterschiedlichen Konzepte (vgl. etwa die der *Lewin*tradition und die der

Gibsontradition) sind noch nicht in einer übergreifenden Theorie integriert. Das Lebenslage-Konzept könnte eine solche Integration vielleicht leisten. Einige Perspektiven seien für diesen Zusammenhang aufgezeigt, mit Hinweisen, wie sie in ein differenzielles Verständnis von Lebenslagen einbezogen werden könnten, um zu einem „integrativen Lebenslagekonzept“ als Kernbestand des integrativen *Kontextkonzeptes* zu kommen. Dazu ziehen wir einige Referenztheorien und -konzepte bei:

1. Umwelt – *Sie kann als Konzept im Sinne von Lewin oder auch von J. von Uexküll und von Gibson im Sinne eines biophysikalischen bzw. ökologischen Raumes, wie er sich der Wahrnehmung darbietet, begriffen werden (z.B. Quartier, Haus, Wohnung, Möbelierung etc.), der die Person und ihre Lebenslage nachhaltig beeinflusst;*
2. Lebenswelt – *Sie kann in einem phänomenologischen Verständnis als Boden und Horizont der Erfahrung (Husserl, 1954, 29ff) gesehen werden, als alltägliche, „anschauliche Lebensumwelt“ (ibid. 123) und in einer sozialphänomenologischen Erweiterung als subjektiv erlebte Alltagswelt (Schütz, 1974), die sich aber auch als undurchschaubare, kontingente, sich permanent transformierende Vielfalt (Merleau-Ponty, 1986; Waldenfels, 1985, 21, 67) erweisen kann. Auch Lebenslagen sind in ihrer Erfassbarkeit und Kontingenz erlebt.*
3. Situation – *Diese erlebte „phänomenale“ Welt kann unter soziologischer Perspektive als subjektiv gesehener Ausschnitt im Sinne von W.I. Thomas (1923, 1965) als Situation verstanden werden, die das Verhalten des Menschen beeinflusst. Lebenslagen können als „serielle Situationen“ verstanden werden, die allerdings in den Rahmen individueller subjektiver Theorien und kollektiver Bewertungen gestellt werden müssen.*
4. Sozialwelt – *Social world (vgl. Strauss, 1978) – Darunter verstehen wir ein Set kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen und erweitern so das Modell der „sozialen Repräsentationen“ von Moscovici (1984) konzeptuell. Umwelt bzw. Lebenswelt werden kognitiv eingeschätzt (appraisal) und emotional bewertet (valuation), und diesen Bewertungen ist in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit sorgfältig nachzugehen, will man den Kontext alter Menschen verstehen, ihr Erleben des jeweiligen Kontextes erfassen.*
5. Lebenslage – *Das aus der sozialen Ungleichheitsforschung stammende Konstrukt der Lebenslage versucht „die materiellen und immateriellen Anliegen und Interessen eines Menschen zu erfassen und damit die Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz zu sehen. Es fragt also nach äußeren Rahmenbedingungen und Anliegen der Betroffenen gleichermaßen und berücksichtigt explizit ihre wechselseitige Bedingtheit, bezieht also objektive gesellschaftliche Gegebenheiten wie deren subjektive Verarbeitung auf der Ebene der Befindlichkeit von Individuen mit ein“ (Bäcker/Naegele 1991).*

In ein *integratives Konzept der Lebenslage* als ein mögliches Kontextkonzept lassen sich alle voranstehend (1–4) aufgeführten Perspektiven (und event. noch andere) einbringen, womit eine alleinig psychologische Betrachtung von „Alter und Umwelt“ (Saup, 1993) überschritten wird. Auch wenn Lebenslagen individuell und kollektiv bewertete Gegebenheiten sind, wird mit der ökonomischen Realität noch eine wesentliche Dimension hinzugefügt. Deshalb darf eine auf dieses Konzept rekurrende therapeutische Arbeit insgesamt und im sozialgerontologischen Kontext in Sonderheit das Gewicht sozioökonomischer Realität nicht marginalisieren: Armut, schlechte Wohnung, heruntergekommene Quartiere, schlechte Bausubstanz oder dysfunktionale Architektur oder lieblose Ausstattung von Heimen und Stationen. Weil dies alles auch im Rahmen der kollektiven und individuellen Bewertungen gesehen werden muss, sind Lebenslagen auf drei Ebenen zu beeinflussen: durch die Veränderung von Einstellungen einerseits, durch konkretes Handeln in der Veränderung von Umwelt- und Situationsbedingungen andererseits und schließlich und wesentlich durch ameliorative Maßnahmen, d. h. Ressourcenzufuhr und Investitionen. Nur in der Synergie dieser drei Dimensionen kommen wir zu *nachhaltig gestaltbaren Lagen*. Bei Interventionen auf der Ebene der Lebenslagen muss durch ein sorgfältiges Lageassessment dafür gesorgt werden, dass die Maßnahmen realisierbar sind und den Kompetenz- und Performanzrahmen sowie die Ressourcensituation (Petzold, 1997p) der Betroffenen und Beteiligten nicht überlastet wird. Es muss Sorge getragen werden, das Risiko des Scheiterns von Gestaltungsprojekten und –entwürfen zu vermeiden, denn durch Einbrüche in der Gesundheitssituation mit Folgen für die Sinnerfassungskapazität, Orientierungsfähigkeit der KlientInnen bzw. PatientInnen durch akzelerierende Altersprozesse oder durch plötzliche Krankheit kann es bei AlterspatientInnen leicht zu Überlastungen der persönlichen Tragfähigkeit oder Integrationsmöglichkeiten kommen, sodass das wahrgenommene, kontrollierte und damit als gestaltbar erlebte und eingeschätzte (*appraisal*) „Wirklichkeitsfeld“ beschränkt und beschädigt wird (Merleau-Ponty, 1966, 135), die Lebenslage sich verschlechtert. Das Wechselspiel von realen Gegebenheiten und mentalen Bewertungen in unserem Lebenslagekonzept ist stets zu beachten, denn von beiden Dimensionen gehen Gefährdungen aus. Reale Verschlechterungen in der relevanten Umwelt und in der materiellen Ressourcensituation oder Negativierung von Situationsbewertungen können Wirkungen zeigen, die sich wechselseitig verstärken können. Bei Belastungen engen sich die „subjektiven Theorien“ (Flick, 1991) eines Individuums, ja ganzer Gruppen (etwa einem sozialen Netzwerk mit vielen Menschen einer Alterskohorte, in einer Nachbarschaft mit überwiegend alten Menschen oder einer Stationspopulation) über ihre Lebenswelten in „sich verschlechternden Lagen“ ein. In den persönlichen und kollektiven kognitiven, emotionalen und volitiven Qualitäten (*représentations sociales*, Moscovici, 1984), den Welt- und Lebenssichten (*social worlds*, Strauss, 1978; Unruh, 1983) tritt an die Stelle von

Weltoffenheit und Weite Engung und Verdüsterung, kommt Ausgeliefertsein, Ohnmacht auf. Der „Ort der Kontrolle“ (vgl. Flammer, 1990) geht verloren und damit die Vielfalt der Persönlichkeit (Rowan/Cooper, 1999), die keinen Zugang mehr findet zu Witz, Ironie, Humor – all dem, was die Fantasie für neue, überschreitende Lösungen frei macht (Bakhtin, 1986).

Ein solches „*integratives Lebenslagekonzept*“ ist für die Betrachtung von PatientInnen und KlientInnensituationen äußerst fruchtbar, weil es die Realitäten von materiellen und ideellen Gegebenheiten und Interessen erfasst und den Reduktionismus alleiniger klinischer Betrachtung sprengt. Es ist zugleich ein *differenzielles Lebenslagekonzept*, umfasst in diesem Sinne die *Potenzialität protektiver, aufbauender, expansiver „chancenreicher Lebenslagen“*, aber auch die „*destruktiver Lebenslagen*“ mit ihren kritischen Lebensereignissen, ihren „*adverse events*“ und schließt auch das *Risiko „prekärer Lebenslagen“* ein, die in klinischer Ausrichtung und aus integrativer Perspektive – die oben aufgeführte Definition überschreitend – wie folgt charakterisiert werden:

„*Prekäre Lebenslagen sind zeitextendierte Situationen eines Individuums mit seinem relevanten Konvoi in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als ‚bedrängend‘ erleben und als ‚katastrophal‘ bewerten (kognitives appraisal, emotionale valuation), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung, protektiver Faktoren‘ gekommen ist. Die Summationen ‚kritischer Lebensereignisse‘ und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine Erosion der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, sodass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner ‚supportiven Valenz‘ und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine destruktive Lebenslage eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substanziellen ‚Verbesserung der Lebenslage‘ durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität dauerhaft beseitigen.“ (Petzold, 2000h).*

In diese Definition sind alle vorgängig angesprochenen Referenztheorien einbezogen. *Prekarität* impliziert immer eine massive Unsicherheit (lt. *precarius* = durch flehentliches Bitten auf Widerruf gewährt), eine Zwiespältigkeit und ein Gefahrenpotenzial, das Zukunftsgewissheit unterminiert, Sorge, Angst, Hoffnungslosigkeit zu vorherrschenden *Grundstimmungen* werden lässt und das *Lebensgefühl* (Petzold, 1992b) negativ tönt – bei langdauernden „*prekären Lebenslagen*“ nachhaltig. Es gibt nichts Enttäuschungsfestes mehr, alle Lebenssicherheit und Zuversicht sind „auf der Strecke“ geblieben. Mit solchen Situationen werden Geronto-

therapeutInnen immer wieder konfrontiert, und sie werfen besondere Schwierigkeiten auf, die nicht durch Ausblendung realer Gegebenheiten oder ihre Reduktion auf „psychodynamische“ Kostellationen gelöst werden. Die PsychotherapeutInnen werden hier Allianzen mit der Soziotherapie und der Sozialarbeit suchen müssen, mit agogischen Maßnahmen, mit medizinischen und pflegerischen Agenturen der Hilfeleistung (so schon Petzold, 1965), dann wird ihre Arbeit Chancen auf menschengerechte und Dignität Gewähr leistende Unterstützung und Entwicklungsförderung haben, eine Arbeit, die nicht nur zur Gesundung von Menschen beiträgt, sondern ihnen hilft, die Entwicklungsaufgaben dieser Lebensphase konstruktiv (Saup, 1991) zu gestalten, ohne dass es zu allzu großen Belastungen und Risiken kommt.

Vor dem Hintergrund des Lebenslagekonzeptes wird es nun möglich, auf ausgewählte Risikosituationen und Möglichkeiten der Fehlbehandlung in Institutionen und in der freien Praxis einzugehen.

3.1. Risikokonstellationen und Möglichkeiten der Fehlbehandlung in Institutionen

Patient welfare and security als ethische Maximen lassen sich nur gewährleisten, wo einerseits Forschung Risiken und Nebenwirkungen ausschließt oder mindert und andererseits gute oder bestmögliche Praxis durch empirische Wirksamkeitsstudien belegt wird. *Good or best practice* ist für die Psychotherapie ein noch relativ „junges“ Thema, weil noch nicht genügend Studien vorliegen, die den Kriterien dieser *evidence based medicine* bzw. *psychotherapy* entsprechen (Dobson/Craig, 1998; Petzold, 1999p). Für die Alterspsychotherapie trifft dies in besonderem Maße zu (Müller/Petzold, 2000b). Da Schadensforschung praktisch nicht vorliegt, ist es besonders wichtig, nach potenziell schädigenden Situationen oder Konstellationen Ausschau zu halten, denn der Weg zu einer guten Praxis führt u.a. auch über den Ausschluss von Risiken. Hierzu einige Beispiele.

3.1.1. Iatrogene Schäden durch Hospitalisierung oder Institutionalisierung –

Verlagerung des locus of control und Paternalismus bzw. Parentifizierung bei fehlenden Verarbeitungshilfen

Dass *Relokationen*, z.B. der Umzug ins Altersheim, ins Pflegeheim oder auch nur die vorübergehende Aufnahme in eine psychiatrische oder somatische Klinik oft mit einer unmittelbar darauf folgenden Verschlechterung des psychischen und/oder körperlichen Zustandes verbunden ist, ist bekannt (Tobin, 1980; Solms-Wildenfeld 1985; vgl. Saup, 1993, 140ff). Durch den Übertritt ins Heim oder auch den vorübergehenden Aufenthalt im Spital verliert ein bisher weitgehend souveränes Individuum einen beträchtlichen Teil seiner Kontrollmöglichkeiten (Saup, 1984,

1993). Persönlichkeiten, die über ein hohes Maß an internalem „locus of control“ verfügen, tun sich damit besonders schwer, zumal für diese der Schritt ins Heim wohl ohnehin nur unter dem Druck einer Notlage geschieht.

Die ohnehin oft schon verminderten Kontrollmöglichkeiten werden noch zusätzlich abgebaut im Falle vereinnahmender entmündigender Hausregeln oder einer paternalistischen Führung einer Pflege- oder Wohneinrichtung. Unter *Paternalismus* wird der Gebrauch von Druck oder Zwang verstanden – zuweilen kann unter juristischer Perspektive sogar von *Nötigung* gesprochen werden, und das ist kein Kavaliersdelikt –, Druck „zu einem guten Zweck“, der aber von den Personen, die davon profitieren sollen, nicht als solcher anerkannt wird (Davis, 1981). Dies wird leider im Gesundheitssystem oft angetroffen, wobei zu sagen ist, dass es, bedingt durch die traditionell weibliche Besetzung der Pflege- und Betreuungsberufe, in der Mehrzahl Frauen sind, die diese Machtposition ausnützen und den zu Betreuenden Entscheidungen „abnehmen“, will heißen, ihnen welche überstülpen. Man sollte daher eher von einer *repressiven Parentifizierung* sprechen als von Paternalismus.

3.1.2. Übercompliance

BehandlerInnen brauchen bei einer sorgfältigen Arbeit mit alten Menschen in der Regel mehr Zeit für die Exploration, die Diagnose und Indikationen, d.h. für die Auswahl der Methoden, der Medikamente, der therapeutischen Maßnahmen. Dabei ist außerdem zu berücksichtigen, dass alte und vor allem hilfsbedürftige alte Menschen manchmal „übercompliant“ sind, d.h. sie sind bestrebt, „es dem behandelnden Arzt, der Therapeutin recht zu machen“ und z. B. Zufriedenheit zu äußern, um ein „guter“ Patient, eine „gute“ Patientin zu sein.³ Eine Vertrauensperson (Therapeutin, Angehörige, Pflegeperson) ist für „informed assistance“ (Kapp, 1990) notwendig, die einzelnen Entscheidungen in aller Ruhe durchzusprechen, Zweifel hörbar zu machen, unausgesprochene Ängste anzusprechen, unfreie Entscheidungen herauszuhören und ernst zu nehmen. Wer in der sensiblen Abklärungsphase für solche Feinheiten keine Zeit, kein „Gespür“ oder kein Verständnis hat, läuft Gefahr, nie eine genügend vertrauensvolle Beziehung zu dem Patienten aufbauen zu können, was natürlich den Erfolg jeder Behandlung beeinträchtigt.

3.1.3. Verlust der Mobilität

Größte Vorsicht ist natürlich überall dort geboten, wo medizinische, therapeutische oder pflegerische Interventionen und Maßnahmen die Mobilität – und das

³ Das „*Compliance-Konzept*“ ist ohnehin ein problematisches, denn compliance = Willfährigkeit, Fügsamkeit, Gehorsam ist es doch nicht, was man erzielen sollte, sondern informierte und mündige Kooperation im Sinne von „client dignity“.

heißt immer auch den persönlichen Freiraum – der PatientInnen beeinträchtigen (Mobily/Kelley, 1991): z.B. Bettruhe, sedierende Psychopharmaka, Fixieren. Die möglichen negativen Folgen von Mobilitätsverlust reichen – manchmal kettenreaktionsartig (Jacelon, 1999) – vom Verlust von Muskelmasse über Atemprobleme, Obstipation, Stoffwechselstörungen bis zu depressiven Episoden. Letztere ergeben sich zum Teil direkt, zum Teil indirekt über den Verlust von sensorischem bzw. perzeptorischem Input und sozialem Kontakt und werden, da sie sekundär auftreten, mit hoher Wahrscheinlichkeit erst spät, oft zu spät behandelt.

Zu all diesen potenziell schädigenden Faktoren im institutionellen Rahmen kommt noch hinzu, dass den BewohnerInnen bzw. PatientInnen meist kein adäquates, d.h. gerontologisch fundiertes psychologisch-therapeutisches Angebot gemacht wird, das ihnen die nötige Unterstützung bei der Verarbeitung der Umstellungsprobleme und –folgen geben könnte, bei den anstehenden Anpassungsleistungen oder aber beim Bemühen, unvorteilhafte Bedingungen zu verbessern. In solchen Fällen ist nach Frieling-Sonnenberg (1997) zunächst eine identitätsstabilisierende therapeutische Arbeit notwendig, bevor irgendwelche Aktivierungen „verschrieben“ werden, die ansonsten zur bloßen Beschäftigung verkommen, weil die Gefährdung der Identität des Alterspatienten nicht erkannt wird und differenzierte identitätstheoretische Überlegungen (Müller/Petzold 1999) fehlen.

Die erhöhte Morbidität und Mortalität bei Relokationen (Bickel/Jaeger, 1986; McDonald, 1980) würde dringend eine kompetente psychologische Beratung bzw. therapeutische Vorbereitung erforderlich machen – aber das sind Aufgaben, mit denen sich TherapeutInnen und BeraterInnen bislang noch kaum befasst haben, wie insgesamt der Bereich der psychotherapeutischen *Lebenshilfe* und der Unterstützung bei der Bewältigung von Krisen und Belastungen und „prekären Lebenslagen“, die mit problematischen, aber auch „normalen“ Altersprozessen verbunden sind, für die Psychotherapie „terra incognita“ zu sein scheint.

3.1.4. Beschädigte Identität – identitätsschädigende Therapie

Betrachtet man *Identität* als einen *lebenslangen Entwicklungsprozess*, bei dem das *Ich* in ständiger Syntheseleistung Fremdattributionen/Fremdbilder (*Identifizierungen*) aus vielfältigen sozialen Kontexten, ihre *emotionale Bewertung (valuation)* und *kognitive Einschätzung (appraisal)* mit Selbstattributionen/Selbstbildern (*Identifikationen*) verbindet (Petzold, 1998h; Müller/Petzold, 1999) und durch Korrespondenz mit bedeutsamen anderen die Lebensereignisse und –erfahrungen in intersubjektiver Hermeneutik auslegt, sodass sich die Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters als sinnkonstituierende selbst- und identitätsgestaltende Aktivität des Subjekts begreifen lässt, dann lässt sich leicht ableiten, auf welche Weise im Alter die gesunde, und durch die persönliche Entwicklungsarbeit eines

Menschen über die Erwachsenenzeit hin (Dittman-Kohli, 1995) gewonnene „emanzipierte Identität“ (Petzold, 1992a, 527f) durch neue Lebensumstände bedroht sein kann: Altsein gilt als weitgehend „unvereinbar mit zentralen gesellschaftlichen Werten“, und die sozialen Zuschreibungen und Bewertungen in Bezug auf Alter und Altsein fallen fast immer negativ aus. Die Partizipationsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben und an identitätsstiftenden Prozessen sind damit massiv eingeschränkt. Und weil sich diese Einschränkungen und Bewertungen auf die Situation alter Menschen ungünstig auswirken, kann hier nach wie vor von einer Stigmatisierung gesprochen werden (Hohmeier, 1978, 12). Die (stigmatisierenden) Zuschreibungen und Meinungen über Alter und Altern werden dann nicht selten in das Selbstkonzept eingebaut – es kommt zu einer *Selbststigmatisierung*, einer Identifizierung mit dem stigmatisierenden Altersbild. Wir haben hier das Konzept eines „Feindes von außen“ entwickelt: die Negative attribuiende Gesellschaft, zu der durch Internalisierung dieser Negativzuschreibungen zusätzlich noch ein „Feind von innen“ entsteht, ein negatives Selbstbild (Petzold, 1979, 1985). Dieses Konzept hat für therapeutische Arbeit erhebliche Bedeutung, da es ohne ein Erkennen und ohne eine Modifikation solcher Feindbilder/Selbstbilder in Richtung einer positiven Selbstsicht als alter Mensch zu keinen positiven Reorientierungen kommen kann. Sofern aber BetreuerInnen, BeraterInnen, TherapeutInnen selbst ein solches verdecktes, dissoziiertes, ihnen unbewusstes Negativbild des Alters und Alterns in sich tragen, können sie nicht zu einer solchen Neuorientierung beitragen. Und leider sind die Negativattributionen vieler Phänomene mit Bezug auf das Alter unreflektiert. „Der alte Mensch lernt, sich so zu sehen und zu interpretieren, wie ihn die Umwelt definiert, und entsprechend sein Verhalten an den Erwartungen der anderen zu orientieren“ (Hohmeier, 1978, 19), der Teufelskreis der *self-fulfilling prophecy* schließt sich auf Kosten eines positiven Identitätserlebens. Wiederum ist mit Verwunderung zu bemerken, wie wenig sozialisations-, identitäts-, und stigmatheoretische Konzepte und Forschungen in gerontopsychotherapeutischen Publikationen aufgenommen und verarbeitet werden. Freuds (1905) Negativattributionen an ältere Menschen sind nachwievor – auf die Breite der Profession gesehen – für die Einschätzung von PsychotherapeutInnen charakteristisch, was die Therapierbarkeit von „Menschen über 55“ anbelangt. Die Psychotherapie partizipiert an den gesellschaftlichen Vorurteilen „den Alten“ gegenüber.

Neben den ideologischen können auch biologische und gesellschaftlich bedingte Prozesse dazu beitragen, dass die Identität im Alter in allen wesentlichen Bereichen – in der „Integrativen Therapie“ sprechen wir von „Säulen der Identität“ (Petzold/Heinl, 1980; Kames, 1992) – von Erschütterungen betroffen werden kann und oft auch betroffen wird: Mit dem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, an chronischen Krankheiten und motorischen oder sensorischen Beeinträchtigungen zu leiden, der Körper entspricht immer weniger dem herrschenden Schön-

heitsideal. Die für die Identität tragende Säule der *Leiblichkeit* (I) kann so empfindlich geschwächt werden. Ganz besonders fatal kann sich der Verlust nahe stehender Menschen auswirken, die Ausdünnung des „sozialen Netzwerkes“ (Säule II), das durch geteilte Werte, Überzeugungen, Perspektiven (= *social worlds*) zu einer prägnanten Identität beigetragen hat (Hass/Petzold, 1999). Die Säule der *Arbeit und Leistung* (III) ist vielleicht bereits seit dem – meist unzureichend vorbereiteten – Ausstieg aus dem Arbeitsprozess (Petzold, 1983f) weniger tragfähig, und manchmal wiegt der Verlust der Rolle als Erwerbstätiger schwer, weil damit oft ein Gefühl der Nutzlosigkeit und Wertlosigkeit verbunden ist. Wenn auch noch die „materiellen Sicherheiten“ (Säule IV) gefährdet sind, bleibt – im Fünf-Säulen-Modell von Petzold (1993p) – unter Umständen wenig mehr als der Bereich der Werte, Normen und Haltungen (V), der dem solchermaßen in seiner Identität geschwächten oder beschädigten Menschen Halt und Stabilität gibt. In einer unpersönlichen, funktionellen Umgebung eines Spitals oder eines lieblos eingerichteten oder allzu großen Heimes ohne kommunikative Orte können diese selbstentfremdenden und destabilisierenden Prozesse noch verstärkt wirken. Sie müssen bei einer psychotherapeutischen Behandlung als mögliches pathogenes Milieu betrachtet werden. Relokation, Verlust des habituellen Lebenszusammenhangs, d.h. des vertrauten Wohnraumes oder Quartiers (Petzold/Zander, 1985), der Kontaktabbruch mit Menschen, all das sind Einschränkungen der „*persönlichen Souveränität*“ (Petzold/Orth, 1998; Petzold/Schuch/Steffan, 2000). Der Tod von wichtigen Bezugspersonen des sozialen Netzwerkes bzw. Konvoys, mit denen man „Leben geteilt hat“, führt zu Einbrüchen in das Identitätserleben – was angemessene Hilfestellungen und zuweilen spezifische therapeutische Maßnahmen erfordert, Netzwerktherapie (Hass/Petzold, 1999; Petzold, 1979c). Biografiearbeit (Osborn et al., 1997), Erzählgruppen (Petzold/Petzold, 1991b) als „narrative Praxis“ können hier Hilfen bieten (Petzold, 2000b), sofern sie richtig angeleitet werden, denn im modischen Aktivismus mit diesen „neuen Methoden“ können auch „alte Wunden“ aus der Biografie aufgerissen oder das Integrationspotenzial (Janet, 1927) des Patienten überlastet werden (Petzold, 1999i). Eine sorgfältige gerontotherapeutische Schulung ist hier wie auch bei anderen Formen identitätsgerichteter Projektarbeit erforderlich.

Für die Therapeutin und Behandelnde ist es von großer Wichtigkeit, zunächst herauszufinden, welche Bereiche der *Identität* besonders erschüttert sind und welche tragfähig genug sind, Verluste in anderen Bereichen zu kompensieren. Es macht beispielsweise keinen Sinn, im Bereich der Werte und Normen (und seien sie auch etwas streng oder „unzeitgemäß“) alles in Frage zu stellen, wenn sie die einzige verlässliche Quelle von Kraft und Sinn im momentanen Leben eines Patienten darstellen. Eine solche In-Frage-Stellung oder gar Abwertung der Wertvorstellungen kann leicht indirekt geschehen, indem sich die Therapeutin nicht die Mühe nimmt, die „social world“ ihres Patienten, d.h. ihre Weltansichten und

Lebensanschauungen (Petzold/Petzold, 1993) hinreichend kennen und verstehen zu lernen.

3.1.5. Kunden- und Dienstleisterideologie – dysfunktionale Umattribuierungen

Eklatant wird dies z.B. bei der derzeitigen Mode in den gerontologischen Einrichtungen und Diensten, „Kundenorientierung“ als Konzept und Handlungsstil einzuführen. Altersheime werden als „Seniorenhotels“ umetikettiert – was natürlich ein jedem durchsichtiger „Etikettenschwindel“ ist. Dabei waren „Heime“ und „Bewohner“ ja keine schlechten Begriffe (wie einstmal „Fürsorge“ und „Wohlfahrt“), ehe sie als Konzepte verschliffen und ruiniert wurden durch eine Praxis, die dem implizierten Versprechen, ein Heim zu bieten, Hohn sprach. Die heutige Konjunktur der aus der freien Wirtschaft übernommenen Begriffe, insbesondere der „Kundenbegriff“ sind schon von der Ausgangslage her nicht nur falsch, sie sind zynisch. Zunächst handelt es sich, wie wir an anderem Ort ausführlich dargestellt haben (Petzold/Petzold/Rodriguez-Petzold, 1998), um soziologischen und sozialpsychologischen Unfug. Demente AlterspatientInnen in Pflegeheimen, die nicht geschäftsfähig sind, unter Pflugschaft stehen, sind keine „Kunden“. Aber auch kognitiv valide PflegeheimbewohnerInnen verfügen in der Regel über keine „Kundensouveränität“. Sie können nicht einfach „den Laden verlassen“, eine andere Dienstleistung aussuchen, haben kein Rückgabe- und kaum realisierbare Reklamationsmöglichkeiten. Sie sind überdies „Leistungsberechtigte“, haben also einen gesetzlichen Anspruch auf eine Leistung. Und was ist die „Ware“, die „Dienstleistung“? Die Pflege, die mitmenschliche Zuwendung etwa? Wer sind die Verkäufer, die Dienstleisterinnen? Die Schwestern, Pfleger? Diese sind genauso wenig in der Umdefinition ihres Status (z.B. Medizinalfachberuf), ihrer Berufsrolle und Funktion um Zustimmung gefragt worden wie die PensionistInnen, RentnerInnen, BewohnerInnen – es gab ja keine Befragungen, Hearings, Möglichkeiten der Willensäußerung, und so müssen die entsprechenden Regelungen und Maßnahmen ihrer Implementierungen als Akte „struktureller Gewalt“ entlarvt werden, denn die HeimbewohnerInnen wollen keine „Kunden“ sein, und die Mehrzahl der Pflegenden, Betreuenden, TherapeutInnen keine VerkäuferInnen einer kaum definierbaren „Ware“. Hier finden Eingriffe in die Identität von Menschen statt, die auf ihre Hintergründe und Motive hin befragt werden müssen. Diese werden offenbar, wenn für die „hehren Ziele“ im Bundesdeutschen Pflegegesetz, was Patientenzentrierung, Würde, Kommunikation anbelangt leistungsrechtlich gesehen keine Mittel bereitgestellt werden. Das sollen belastete, überlastete Pflegenden mit einem immer höheren Anteil an „schwerer Pflege“ noch „nebenher“ leisten. Das „psychische Wohlergehen“ – und das zu Gewähr leisten gehört zentral zur „*client dignity*“ – darf nicht Nebensache werden, wird aber riskiert, wenn die erforderlichen Maßnahmen leistungsrechtlich nicht abgesichert sind. Das Konzept der Kundenorien-

tierung soll dies verbrämen – mehr ist da nicht. Alte Menschen in Heimen haben von ihrem Status her und in ihrem Statusspektrum im Wesentlichen den *Status des Bewohners*, sie können bei Erkrankung in den *Patientenstatus* kommen, bei Beratungsanlässen in den *Klientenstatus*, manchmal stehen sie in Mandantschaft usw. Ein *Kundenstatus* ist durchaus manchmal möglich (z.B. am Kiosk des Heimes). Insgesamt wird es im faktischen „Statusspektrum“ und „Rollenrepertoire“ einen relativ kleinen Sektor ausmachen – und ein gleiches gilt für die Pflegenden, auch sie sind zum allergeringsten Teil ihres Aufgabenkataloges „salesman and saleswomen“ (sie würden andernfalls ihre Dienstpflichten gröblich vernachlässigen). Der für ein modernes „differenzielles Kundenkonzept“ (Petzold, 1998a, 403ff) dysfunktionale Spruch „Der Kunde ist König“ wird immer wieder als „wohlmeinende“ Hintergrundideologie herbeizitiert, als ob man mit derartigen dummen Sprüchen die Pflege- und Betreuungsqualität und Konditionen des Ressourcenmangels verbessern könnte. Außerdem sei daran erinnert, wie man zahlungsschwache Kunden behandelt (und zu denen gehören viele alte Menschen, PflegeheimbewohnerInnen zumal, für sie wird überdies von den Kostenträgern bezahlt, sodass hier ein weiteres Kundenmerkmal wegfällt). Bedrückend ist, dass derartige Unfug von SupervisorInnen und PsychotherapeutInnen in der Funktion von SupervisorInnen mitgetragen, ja propagiert wird – oft gegen den „Widerstand“ des Pflegepersonals, das immer wieder eine berechtigte Ablehnung artikuliert (Petzold/Petzold/Rodriguez-Petzold, 1998).

In der „freien Praxis“ ist das „Kundensegment“ von PatientInnen in der Regel größer als im institutionellen Rahmen, und hier sollten PsychotherapeutInnen über ein *differenzielles Kundenkonzept* nachdenken, das den „Kunden als Partner“ sieht und beachtet, dass ältere und jüngere KundInnen, männliche und weibliche unterschiedliche Bedürfnisse haben, dass aber diesen Menschen in allen Segmenten ihres Statusspektrums und Rollenrepertoires begegnet werden muss, soll es zu einem guten „fit“, einer guten „Passung“ kommen, die so wesentlich für gelingende Therapien ist (Petzold/Hass/Märtens/Steffan, 2000).

In der Psychotherapie wurde bislang noch kaum differenzierter und unter Beiziehung sozialpsychologischer Erkenntnisse über die Status- und Rollen Aspekte der therapeutischen Beziehung nachgedacht. Über Arbeitsmodus, Übertragung und Gegenübertragung ist man wenig hinausgekommen oder über den unspezifischen „Klientenbegriff“ bei den humanistischen Verfahren oder dem jetzt modischen Kundenbegriff bei den Systemikern und VerhaltenstherapeutInnen. Hier wären dringend seriösere Überlegungen notwendig, die die komplizierte und komplexe Situation des Therapeuten/Patienten/Klienten/Kunden-Verhältnisses unter rechtlichen, psychodynamischen, sozialpsychologischen und professionalisierungstheoretischen Aspekten zu reflektieren und zu beforschen beginnen, um den PatientInnen gerecht zu werden, aber auch um professionelles Handeln und die erforderlichen beruflichen Kooperationen zu optimieren.

3.1.6. Mangelhafte interdisziplinäre Zusammenarbeit – unkoordinierte Behandlungen

Zu den Behandlungsfehlern vor allem im institutionellen Setting, aber auch in der ambulanten Versorgung, muss auch die fehlende oder mangelhafte *interdisziplinäre* Zusammenarbeit gerechnet werden. Trotz des Tätigwerdens vieler Disziplinen ist oft nur ein Nebeneinander, bestenfalls ein *multidisziplinäres* Arbeiten möglich, wenn der fachdienliche, sich ergänzende Austausch zwischen TherapeutIn und Arzt, Pflege, Sozialdienst usw. fehlt, nur unzureichend praktiziert oder von Konkurrenzdenken perforiert wird. Eine *interdisziplinäre* optimale Nutzung von Kompetenzen ist eher selten. Wenn ein Behandlungsteam effizient zusammenarbeiten und einen koordinierten, zielgerichteten Therapieplan realisieren will, dann muss z.B. der Psychotherapeut wissen, in welcher Phase der Medikation sich die Patientin befindet und wie das Medikament „anschlägt“, müssen die Pflegenden wissen, welche Themen oder Konflikte den Patienten psychisch belasten, muss die Sozialarbeiterin wissen, welche lebenspraktischen Performanzen und Kompetenzen bei dem Patienten vorhanden oder verloren gegangen sind, muss die Ärztin wissen, wie seine familiäre oder die finanzielle Situation aussieht, ist *interdisziplinäre* Zusammenarbeit unabdingbar, um zu einer *transdisziplinären* (Petzold, 1998a, 87) Behandlungskonzeption zu kommen, in der sich die Beiträge der einzelnen Disziplinen optimal verbinden und eine synergetische Wirkung entfalten können. Leider ist sie noch heute selbst in Institutionen, in denen sie rein organisatorisch leichter zu installieren wäre als z.B. zwischen TherapeutInnen in freier Praxis, Hauspflege und Hausärztin (siehe unten), oft noch Utopie oder lästige Pflicht statt Ressource für ein fruchtbares „*case management*“ (Phillips et al., 1988) – wobei wir lieber, um die verdinglichende Sprache zu vermeiden, von *Prozessbegleitung* sprechen. PatientInnen, BewohnerInnen sind keine „Fälle“, die „gemanaged“ werden müssen. Sie stehen in komplexen Lebensprozessen, die eine sorgfältige, professionelle und menschlich engagierte Begleitung erforderlich machen.

3.2. Fehlbehandlung in der freien Praxis

3.2.1. Stigmatisierung im Alter – auch durch PsychotherapeutInnen

Dass in unserem Kulturraum ein Altersstereotyp des zwar gelegentlich weisen und gütigen, in der Regel jedoch eher „sturen, konservativen, geizigen, kranken“ und einsamen alten Menschen besteht, wurde schon angedeutet und überrascht wohl kaum. Seit den Untersuchungen von Lehr (1971) hat sich das nicht verändert. Der Begriff der „neuen Alten“ (Tokarsky/Karl, 1989), unter denen letztlich „junge“, vitale, konsumkräftige „SeniorInnen“ verstanden werden, akzentuiert

noch die Vorstellung von den armen, alten, kranken „Invaliden“, die nichts mehr können, „durchgefüttert“ werden müssen – und die will man nicht!

Die Gliederung bei der Wahrnehmung unserer komplexen Umwelt geschieht stets auch durch Vereinfachung, z.B. durch die Bildung von Prototypen, Stereotypen (Leyens/Dardenne, 1997). Damit verbunden sind aber oft auch Bewertungen, die, fallen sie einseitig negativ aus und werden sie generalisiert, eine ausgrenzende, stigmatisierende Wirkung haben, was im Falle der altersbezogenen Attributionsprozesse zuzutreffen scheint (Hohmeier, 1978; Markefka, 1995). Das heißt z.B., dass Ereignisse, Phänomene, Verhaltensweisen monokausal dem biologischen Alter zugeschrieben werden, auch wenn sie damit gar nichts zu tun haben.

Trotz der mittlerweile schon weiter verbreiteten Einsicht, dass alte Menschen nicht untherapierbar sind, wie Freud (1905, 1937) annahm, sondern von Psychotherapie genauso profitieren können wie jüngere Menschen (Scogin/McElrath, 1994), stößt man auch bei TherapeutInnen häufig auf Vorurteile. Selbst in wohl gemeinten Publikationen, die die Absicht haben, für Besonderheiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit alten Menschen zu sensibilisieren, werden Klischees wiederholt (z.B. Ackerknecht, 1979, 116: „Ziele und Lebensstil alter Menschen sind oft so eingefahren verfestigt, dass es schwer ist, Änderungen herbeizuführen.“), oder es lehnt jemand die psychotherapeutische Behandlung eines Menschen auf Grund seines Alters schlicht ab („Ich behandle keine Patienten, die ihre Neurosen bis ins Alter durchgeschleppt haben“, zitiert in: Zank/Niemann-Mirmehdi, 1998, 128). Fehldiagnose und –(kurz)einschätzungen (z.B. durch Unterschätzung der Lernfähigkeit, Flexibilität), mangelndes Engagement und fehlende Einfühlungsbereitschaft, negative (Gegen)übertragung des Behandlers sind weitere mögliche Folgen von Vorurteilen bei der Therapeutin, denen ein stigmatisierendes bzw. negatives Altersbild zugrundeliegen kann. Oft kommt wohl eine fehlende Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern und mit damit verbundenen internalisierten Überzeugungen („Feind von innen“) hinzu (Petzold, 1985). Wer gegenüber eigenen Vorurteilen, Klischeevorstellungen in Hinblick auf das Altern nicht genügend bewusstseinsfähig ist (oder sein will), dem fehlt im therapeutischen Geschehen die nötige Achtsamkeit, um vorschnelle altersabhängige Attributionen des *Klienten* zu erkennen. Eine systematische Auseinandersetzung mit dem Altersbild, der Altersrolle, eine diesbezügliche vergleichende Überprüfung von Erwartungen und Realität gehört oft zu den Zielen in einer Psychotherapie, die zusammen mit dem Patienten erarbeitet werden.

3.2.2. Unerkannte Komorbidität – Fehldiagnose und Fehlbehandlung

Dort, wo ältere Menschen den Weg in eine (ambulante) Psychotherapie gefunden haben, muss im Falle somatischer – primärer, sekundärer oder einfach begleitender – Störungen eine gute Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeutin und

Hausärztin oder Psychiaterin gewährleistet sein. Der medizinisch unzureichend informierten Psychotherapeutin in freier Praxis unterläuft sonst leicht der Fehler, bestehende Komorbiditäten nicht zu bemerken oder deren Symptome falsch zu beurteilen. Sind die Gedächtnisstörungen Symptom einer beginnenden dementiellen Entwicklung oder einer depressiven Episode? Ist die berichtete Nervosität ein psychosomatisches Phänomen, ein Zeichen einer agitierten Depression oder Symptom einer Hyperthyreose? Ist das gelegentliche Zittern in den Extremitäten eines Klienten Ausdruck innerer Erregung und emotionalen Aufgewühltheits oder der Anfang einer Parkinson-Erkrankung? Steht das karge Ausdrucksgebaren einer Patientin in Zusammenhang mit ihrer Persönlichkeit(sstörung) oder ist es Anzeichen des „numbings“ bei einer „hochgeschwemmt“, schon lange zurückliegenden (z.B. Kriegereignisse) posttraumatischen Belastungsstörung (Hunt et al., 1999)? Es ist für eine Psychotherapeutin selbst bei gutem medizinischem Grundlagenwissen gewiss nicht möglich, alle physiologischen und neurologischen Indizien richtig zu deuten. Der Kontakt mit der Hausärztin des Klienten, das konsiliarische Gespräch mit FachärztInnen ist daher nicht nur wünschenswert, um Fehldiagnosen und -behandlungen zu vermeiden, sondern unter Umständen geradezu lebenswichtig.

3.2.3. „Ideologische Fehldiagnosen“ und „Fehlbehandlungen“

Die therapeutischen Theorien und Heuristiken, die PsychotherapeutInnen als Orientierungshilfen, Erklärungsfolien und Handlungsrichtlinien dienen mögen, erweisen sich häufig genug als unzureichend, um menschliches Leiden in seinen verschiedenen Ausprägungen und seiner Komplexität hinreichend zu erfassen und zu erklären, bzw. in wünschenswerter Weise zu beeinflussen. Einmal überzeugt (und gefangen) von einer „Schule“ bzw. einem therapeutischen Paradigma fällt es vielen praktizierenden PsychotherapeutInnen schwer, über dessen Grenzen hinauszusehen und z.B. zur Kenntnis zu nehmen, dass andere Verfahren, andere Techniken in bestimmten Fällen (oder grundsätzlich) schneller, schonender, nachhaltiger wirken oder dass aktuelle Forschung ihre Hintergrundtheorien in Frage stellt oder gar falsifiziert. Fehlbehandlungen auf Grund „der Wahl falscher Methoden, aber auch der Anwendung veralteter oder einseitiger Methoden oder rigider dogmatischer therapeutischer Modellvorstellungen, die Menschen in ein Prokrustesbett zwingen und dabei eher als schlechte Ideologie denn als wissenschaftliches Konzept zu betrachten sind“, sind die möglichen Folgen (Petzold, 1999p, 395). Als Beispiel (aus institutionellen Anwendungen) seien fragwürdige verhaltenstherapeutische Programme wie „*token economies*“ genannt, die z.T. heute noch in Alteneinrichtungen angewendet werden. Gezielt mit Belohnung und Bestrafung – auch im weiteren Sinne – zu arbeiten, dürfte bei den bestehenden strukturellen Gegebenheiten in solchen Institutionen besonders heikel sein, sind doch

viele der Gerontopsychiatrie-/Geriatric-PatientInnen oder AltersheimbewohnerInnen, wie weiter oben erwähnt, in ihren Kontrollmöglichkeiten zum Teil massiv eingeschränkt. Wo die Machtverhältnisse ohnehin zulasten der PatientInnen unausgeglichen sind, ist es doch sehr fragwürdig – wie Ritter-Vosen (1979) richtig bemerkt – die Position des Personals, das „über alle für das Leben der Bewohner wichtigen Ressourcen wie Essen (Süßigkeiten), Wärme, Licht, Wäsche, Geld, Zuneigung usw. verfügt“, durch deren gezielte Abgabe bzw. Verweigerung zwecks Verstärkung bzw. Eliminierung eines bestimmten Verhaltens noch zusätzlich zu stärken. Denn unter diesen Umständen bedeutet ein „Verstärkerentzug“ nichts anderes als „den Entzug von Elementen, die das Minimum eines menschenwürdigen Alltags des Patienten ausmachen“ (ibid. 323). Stellt man jetzt noch das so genannte „Kundenparadigma“ in Rechnung oder den Leistungsanspruch, den der Bewohner hat, oder den gesetzlich gesicherten Anspruch auf optimale Pflege, so wird die Situation absurd. Da eine Pflegeinstitution u.a. eine *Leistungspflicht* gegenüber dem Patienten hat und eine Dienstleistungsverpflichtung gegenüber dem „Kunden“, die diesem eine optimale körperliche, seelische und soziale Betreuung gewährleistet, so ist „Verstärkerentzug“ ganz einfach Leistungsverweigerung bzw. juristisch gesehen das Nichterbringen einer Leistung. „Bedingte Verstärkung, wie beim operanten Konditionieren, könnte aus dieser Sicht schlichtweg als ‚Erpressung‘ interpretiert werden.“ (ibid.). Die heute inzwischen beinahe omnipräsente „Kundenorientierung“ in Einrichtungen der Altenarbeit, die ohnehin oft nur auf dem Papier steht, wird durch solche „therapeutischen“ Maßnahmen quasi legitimiert unterlaufen.

Aus ethischer Sicht problematisch ist weiterhin, dass solche Verhaltensprogramme nicht auf Wunsch der Patientin erarbeitet und durchgeführt werden, sondern immer nur, weil die Umgebung (Pflege, Angehörige, Behandlungsteam) eine Änderung will. Oft genug – nämlich dann, wenn mit der Patientin nicht mehr verbal kommuniziert werden kann – bedeutet das sogar, dass die „Therapie“ ohne Wissen und Zustimmung (*informed consent*) der Patientin durchgeführt wird (Ritter-Vosen, 1978, 321) und auch *assisted* oder *delegated consent* (Kapp, 1990) nicht eingeplant ist.

Auch gewisse psychoanalytische Techniken sind genauer zu betrachten. Beispielsweise dürfte sich die als Basisprinzip hochgehaltene „Abstinenz“ in vielen Fällen ungünstig (Petzold/Gröbelbaur/Gschwend, 1998), wenn nicht sogar schädlich auf die emotionale Situation älterer Menschen auswirken. Zieht man in Betracht, wie zentral für viele KlientInnen die emotionale Beteiligung ihrer Therapeutin ist, für wie wichtig sie als „Wirkfaktor“ eingeschätzt wird (vgl. Petzold, 1993p; Grawe, 1998), so lässt sich leicht ermessen, dass für „emotional verarmte“ oder für sozial vernachlässigte, deprivierte alte Menschen die Teilnahme an ihren Gefühlen, das aktive Mit-Leiden, das solidarische Verständnis heilsam sein kann. Überhaupt dürfte die als „vierter Weg der Heilung und Förderung“ (Petzold,

1988n, 260) charakterisierte „Solidaritätserfahrung“ in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen eine ganz wichtige Rolle spielen, denn gerade an solidarischem Mitfühlen und Handeln mangelt es in deren Lebenswelt und in ihren „präkären Lebenslagen“ oft.

Des Weiteren kann auch eine einseitige Vergangenheitszentriertheit in der Behandlung genauso falsch sein wie das völlige Außer-Acht-Lassen der Lebensgeschichte. Längst haben Longitudinalforschungen (Schroots, 1993) in der Entwicklungspsychologie die Annahme revidiert, dass „frühe Schädigungen“ immer auch „späte Folgen“ haben bzw. dass „späte Störungen“ immer auf frühe Schädigungen zurückzuführen sind (Petzold, 1993c). Die Ödipusproblematik, selbst wenn sie sich im Alter mit vertauschten Rollen präsentieren sollte (der Patient ist z.B. Vater eines Sohnes, der ihm überlegen geworden ist in Kraft und Wissen), darf nicht als monokausale Ursache einer Störung (z.B. einer Depression) angesehen werden (Grotjahn, 1979). Ein monokausal-lineares Verständnis von Störungen ist für jede Therapie und jeden Patienten ungünstig, wirkt jedoch in Bezug auf alte Menschen geradezu sträflich unangebracht, wenn man bedenkt, wie sehr sich deren Lebenswelt im Laufe ihres Lebens geändert hat, ihre jetzige Lebenssituation von der neuen Umwelt abhängt, die Störungen auf vielfältige Weise mitverursachen kann. Werden keine soziotherapeutischen Überlegungen miteinbezogen, keine Umweltfaktoren (Wohnsituation, Freizeitaktivitäten, Einkaufsmöglichkeiten usw.) betrachtet, kann das zu verkürzenden „Problemlösungen“ führen, die die Probleme des Patienten in ihrer Komplexität verkennen oder nicht ernst nehmen.

3.2.4. Retraumatisierungsrisiken bei protrahiertem PTSD

Zu den schwierig zu diagnostizierenden und oft falsch behandelten Leiden im Alter gehört zweifellos die posttraumatische Belastungsstörung PTSD (van der Aarts/op den Velde, 2000), wobei die Fehlbehandlung nicht unbedingt eine Folge der Fehldiagnose sein muss, sondern vielmehr von ungeeigneten Konzepten zum Umgang mit diesem Störungsbild. PTSD bei älteren Menschen ist entweder als Folge akuter Misshandlung und Schädigung zu finden (Bedrohung, Beraubung, intrafamiliale und intrainstitutionelle Gewalt – und dies alles ist ja gar nicht so selten [Meyer, 1998] – oder als „protrahierte Folge z.T. lange zurückliegender Ereignisse“ und deshalb schwer zu erfassen, weil das PTSD in einem „sleeper state“ lange Zeit kompensiert und unauffällig war, obgleich es z.T. Langzeiteffekte auf die körperliche Gesundheit hatte, diese aber ohnehin im Alter einem höheren Risiko ausgesetzt ist (Hankin, 1997). So wird denn ein verdecktes PTSD oft im Zusammenhang mit altersbedingten somatischen Beschwerden und Erkrankungen, gelegentlich auch nach der Pensionierung durch die mit ihr gegebenen sozialen Einbrüche akut (Bossé et al., 1996) oder durch ein weiteres traumatisches Ereignis (plötzlicher Tod nahe stehender Menschen) ausgelöst bzw. reaktiviert. In

manchen gängigen Behandlungskonzepten wird dann eine Konfrontations-, Expositionstechnik oder ein „Durcharbeitungsprozess“ (what ever that may be) eingesetzt (Robbins, 1994) mit dem Ziel, das traumatische Ereignis bzw. die traumatischen Ereignisse kathartisch zu wiederholen und allenfalls neu zu beurteilen oder eine Habitualisierung zu erreichen (Poldrack/Znoj, 2000). So wichtig eine Neubeurteilung des Erlebten grundsätzlich sein mag, mit „Expositionen“ und „Erinnerungsarbeit“ ist bei PTSD im Alter größte Vorsicht geboten: die Erforschung physiologischer Daten im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen und ihrer Reaktivierung durch psychologische „Aufarbeitung“ geben Anlass, das Risiko einer möglichen Retraumatisierung betrachten zu müssen (Mittenburg/Singer, 1997; Petzold/Wolf et al., 2000). Erinnerndes Neudurchleben bringt dem Patienten längerfristig nicht nur keine Linderung, sondern im Gegenteil: Das psychophysiologische Ungleichgewicht wird weiter verfestigt (van der Kolk et al., 1996). Dies kann bei älteren PatientInnen besonders gefährlich sein, wenn Atmungsfrequenz- und Herzraten schon infolge des Alterungsprozesses und somatischer Leiden instabil sind. Im Vordergrund soll deshalb nicht das vielfach unhinterfragte „Durcharbeiten“ (Woods, 1996) einer belastenden Erfahrung sein, sondern die Milderung der Symptome (Hankin, 1997) z.B. durch spezifische systematische Entspannungstechniken und Therapieformate (Petzold/Wolf et al., 2000). Retraumatisierungsrisiken sind auch – es sei nochmals betont – durch erlebnisaktivierende Biografiearbeit, wie sie neuerlich immer mehr Verbreitung findet, gegeben (vgl. Petzold, 2000b).

3.2.5. Zerfallende Netzwerke – Isolation – fehlende Netzwerktherapie

Zu den im Alter besonders gefährdeten „Säulen der Identität“ (s.o.) gehört zweifellos diejenige des sozialen Netzwerkes (Hass/Petzold, 1999; Knipscheer et al., 1995). Es ist leicht einzusehen, dass mit dem Verlust von Angehörigen, von Lebenspartner und FreundInnen nicht nur soziale Unterstützung wegfällt (Künemund/Hollstein, 2000), sondern auch Lebenssinn abhanden kommt (Dittmann-Kohli, 1995), etwas, wofür sich das Leben lohnt. Alte Menschen sind aber nicht nur solch quantitativen Veränderungen ihrer sozialen Strukturen ausgesetzt, sondern auch einigen qualitativen, die auf ihr Wohlbefinden und ihre Orientierungsfähigkeit in der Gesellschaft einen großen Einfluss haben (Stosberg, 1999). Mit der stark angestiegenen Lebenserwartung haben sich auch die Rollendeutungen und –erwartungen an die verschiedenen Generationen verändert, ohne sich bereits zu haltgebenden Strukturen verdichtet zu haben. Die (u.a. durch die Heirat aus Zuneigung gewachsene) Intimität der modernen Zwei-Generationen-Familie, die u.a. durch Geburtenkontrolle gesunkene Zahl von Bezugspersonen (Kinder- und Kindeskind) und ein beschleunigter Wertewandel können die Kontakt- und Interaktionsdichte zwischen alten Eltern und ihrer Familie erschweren und schmerz-

hafte Diskrepanzen bezüglich der Rollenerwartung hervorrufen. Ohne hier den „sozial-romantisch-kulturpessimistischen Standpunkt“ einnehmen zu wollen (ibid. 428) – denn die strenger geregelten und oft materiell einengenden Mehrgenerationengroßfamilien waren, wo sie denn existierten, für die alten Menschen nicht einfach „besser“ –, müssen die vielfältigen Formen des strukturellen Wandels in den familiären und außerfamiliären Beziehungsnetzen als ein zusätzliches Belastungspotenzial angesehen werden. Dieses kann in Zeiten psychischer Krise oder Krankheit einen Risikofaktor darstellen und muss deshalb im Behandlungskonzept miteinbezogen werden, genau wie hier auch ein erhebliches Unterstützungspotenzial liegt, wenn nämlich die „Konvoys“ (Kahn/Antonucci, 1980; Hass/Petzold, 1999) wirklich gutes *Weggeleit* sind, denn die interfamiliale Solidarität ist nach wie vor beträchtlich (siehe die Daten bei Kohli et al. [2000] und Künemund, Hollstein [2000] des Deutschen Alters-Survey). Und dafür kann man in jüngeren Jahren auch etwas tun, nämlich durch bewusste *Netzwerkpflege*. Im Alter können Hilfen dann natürlich auch durch netzwerkorientierte Therapie und Beratung (Petzold, 1979c, 1993) gegeben werden, für die allerdings PsychotherapeutInnen in der Regel weder ausgebildet sind noch auf Grund ihrer Individuumszentriertheit das notwendige Augenmerk zu haben scheinen. Die vom Therapeuten angeregte Mitgliedschaft in einem Verein oder einer Gruppierung mag zwar eine gut gemeinte Intervention sein, bedarf aber einer begleitenden Auseinandersetzung und Bilanzierung über den Sinn dieser Aktion. Es ist wenig ratsam, lose potenzielle Bezugspunkte für jemanden zu einem Netzwerk zu verbinden, wenn sie mit den Lebenskonzepten, dem Erfahrungsrepertoire und den Erklärungsmodellen, dem bisherigen Lebensstil, „life style“ (Hörl, 1998; vgl. Müller/Petzold, 1999) nicht kompatibel sind. Die Maßnahmen, die im Rahmen einer Therapie zur Konstituierung oder Stabilisierung eines Netzwerkes ergriffen werden, müssen auf der Basis einer sorgfältigen Lebensweltanalyse und Lebenslage sowie aus einer Übersicht über mögliche „social worlds“ (Unruh, 1983; Petzold/Petzold, 1993) und „life styles“ ausgewählt sein, müssen ein adäquates „life style management“ darstellen mit der Zielsetzung, ein „produktives Altern“ zu fördern (Baltes/Montada, 1996), Altern als einen Prozess aktiver Lebensgestaltung erlebbar und begreifbar zu machen, in dem das „Selbst als Künstler und Kunstwerk“ zugleich (Petzold, 2000q) die eigene Lebenslage im Sinne der Kultivierung einer „Lebenskunst“ (Foucault, 1984; Schmid, 1999) gestaltet. Wenn PsychotherapeutInnen hierzu beitragen wollen, müssen sie natürlich ein Wissen um produktive Lebensprozesse im Alter haben (Künemund, 2000), um zielführend intervenieren zu können. Sie müssen mit den „Lebenswelten alter Menschen“ (Petzold/Petzold, 1991) und ihren Ressourcen (Schmitz-Scherzer et al., 1994) vertraut sein. Psychotherapie mit AlterspatientInnen erfordert Zusammenarbeit von Hilfsagenturen im Netzwerk, und das bedeutet, dass die „professionals“ Netzwerke bilden müssen, um sie mit ihren KlientInnen und für sie nutzen zu können. Die Usancen psychotherapeu-

tischer freier Praxen sind auf derartige Kooperation in der Regel noch nicht ausgelegt und damit für die Behandlung besonders älterer und hochbetagter Menschen schlecht ausgerüstet. Hier sind Veränderungen dringend erforderlich (Röhrle et al., 1998).

Gewisse Behandlungsangebote wie Tageskliniken, Tagesheime, zielen u. a. darauf ab, Alternativen für unzureichend ausgebildete oder zerfallende Netzwerke aufzubauen. Ambulante Therapien hingegen oder auch stationäre Behandlungskonzepte übersehen diesen wichtigen „protektiven Faktor“ leicht und veranlassen keine netzwerktherapeutischen Maßnahmen (Petzold, 1979c, 1994e; Röhrle et al., 1998) bzw. geben dazu vielleicht noch den Anstoß, ohne aber über Ressourcen zu verfügen, die eine begleitende (Netzwerk)Therapie erfordern würde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Arbeit am „sozialen Netzwerk“ und an „sozialer Unterstützung“ (Röhrle, 1995) ganz eng mit zwischenmenschlichen Werten, mit biografischen Erfahrungen und Fragen der Lebenssicht und des Lebenssinns verbunden ist, durch die „internale protektive Faktoren“ – positive Kontrollüberzeugungen (Flammer, 1990), „innere Beistände“ (Petzold, 1985), Hoffnungshorizonte – entstehen und externale Schutzfaktoren (z.B. aus dem Netzwerk) oft überhaupt erst nutzbar werden. Es ist verwunderlich, dass man sich in der Psychotherapie ganz allgemein bis in die jüngste Zeit kaum mit *Schutzfaktoren* befasst hat und für die Therapie mit alten Menschen hier kaum Arbeiten vorliegen, genauso wenig wie zu ihren Fähigkeiten der *Resilienz*, der psychischen Widerstandsfähigkeit. Die entsprechenden Forschungen zu diesen Konzepten der Entwicklungspsychopathologie bzw. klinischen Psychologie (Oerter et al., 1999; Staudinger/Freund 1998) dürfen nicht nur für die Therapie von Kindern (Petzold et al., 1993) genutzt werden, sondern auch für die Gerontotherapie (Müller/Petzold, 2001), wenn man alte Menschen seriös und nicht nur pathologiezentriert behandeln will.

3.3. Ausbleibende Behandlung

Der vielleicht schädigendste Einfluss auf psychisch kranke ältere Menschen ist dem Umstand zuzurechnen, dass in ganz vielen Fällen *keine* psychotherapeutische Indikation gesehen wird, wo sie eigentlich angebracht wäre. Abgesehen davon, dass die PatientInnen selber vielleicht nicht auf die Idee kommen, so etwas wie Psychotherapie für sich zu beanspruchen – z.B. weil es ihnen fremd oder suspekt ist (Zank/Niemann-Mirmehdi, 1998) –, werden ihnen leider noch heute von vielen AllgemeinpraktikerInnen und InternistInnen – ÄrztInnen, an die sich depressive, vereinsamte, von Angststörungen oder psychosomatischen Beschwerden geplagte PatientInnen wenden, statt einer begleitenden Psychotherapie oder der Verordnung einer Kombinationsbehandlung nur Medikamente verschrieben, und auch die oft in zu wenig sachkundiger Weise, etwa zu hoch oder zu niedrig

dosiert, trotz Misserfolg weiterverordnet usw. Aus einer bundesdeutschen Statistik zur Arzneimittelverordnung (Schwabe & Paffrath, 1989) geht hervor, dass die Verschreibung von Psychopharmaka mit zunehmendem Alter der PatientInnen exponentiell ansteigt. Gleichzeitig sinkt der Anteil an psychotherapeutisch behandelten (depressiven) PatientInnen in Nervenarzt- und Psychotherapiepraxen (Fuchs/Kurz, 1993). „Psychische Störungen im Alter werden – von PatientInnen wie von ÄrztInnen – in erster Linie ‚biologisch attribuiert‘ und für psychotherapeutisch wenig beeinflussbar oder lohnend angesehen“, so kommentieren Fuchs und Kurz diese auffällige Diskrepanz zwischen psychotherapeutischem und psychopharmakologischem Versorgungsangebot, die auch in angloamerikanischen Untersuchungen festgestellt wurde (Schweizer et al., 1989).

Durch ausbleibende psychologisch-psychotherapeutische Behandlung wird nicht nur schon bestehendes Leiden nicht behoben, sondern unter Umständen geradezu verstärkt oder zusätzlich neues geschaffen (Frieling-Sonnenberg, 1997).

Ein besseres ziel- bzw. altersgruppenspezifisches psychologisch-psychotherapeutisches Angebot könnte, besonders wenn es multiperspektivisch die leibliche, soziale, emotionale und spirituelle Gesundheit im Blick hat, nicht zuletzt zu einer effektiven Suizidprophylaxe beitragen, die ja gerade für die Gruppe der alten Menschen besonders notwendig ist (Osgood, 1992).

Ein besonderer Hinderungsgrund liegt wohl auch in der mangelnden Kooperation psychotherapeutischer Schulen und Richtungen wie die neuerliche Hegemonialisierung des gerontopsychotherapeutischen Feldes etwa durch die psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Orientierung und ihre Publikationsstrategien (vgl. Heuft/Radebold, 1999; Radebold, 1999), wo nur Bezug auf das eigene Paradigma genommen wird und z. B. in einem aktuellen Handbuch (Jansen/Karl/Radebold/Schmitz-Scherzer, 1999) weder die Entwicklungen der verhaltenstherapeutischen, noch die systemischen und humanistischen Verfahren berücksichtigt werden. So kann ein „Feld“ sich nicht entwickeln – zum Nachteil der PatientInnen, für die ein breites Therapieangebot bereitstehen sollte (*different strokes for different folks*), zumal die Psychotherapieforschung für die unterschiedlichen Verfahren auch differenzielle Wirkungen nahe legt und eine *Dominanz* traditioneller und in hohem Maße ideologiegeladener Verfahren (Petzold/Orth, 1999) mit ihren z.T. höchst diskutablen Vorannahmen nicht wünschenswert erscheint – im Kontext eines pluralen Diskurses sind solche Ansätze durchaus fruchtbar.

Dass alte Menschen die für sie notwendigen und förderlichen Behandlungen erhalten, muss Anliegen aller Therapieschulen und Orientierungen werden und bedarf der Kooperation.

3.4. Patientenwillen und multiple Hilfeleistung/Förderung

Am Anfang jeder Therapie oder Beratung sollte zuerst das *Hilfeersuchen* des Patienten/Klienten/Kunden stehen. Seine Wünsche nach Behandlung und Beratung müssen ernst genommen, sein Wille muss respektiert werden. Eine sorgfältige „Bedürfnisanalyse“ ist erforderlich, welche die somatische, emotionale, kognitive, soziale, spirituelle und ökonomische Ebene und die soziale und mikroökologische Situation (Wohnumfeld; Motel et al., 2000) in einer „Lebensweltanalyse“ (Osten, 2000; Petzold/Osten, 1998) gleichermaßen berücksichtigt. Diese Faktoren sind zwar oft miteinander verknüpft, aber dennoch unterschiedlich evident. Es ist anschließend notwendig, mit der Klientin herauszufinden, welche Art von Hilfeleistung sie unmittelbar braucht bzw. haben will und bevorzugt. Diese muss nicht mit dem Vorschlag der Therapeutin übereinstimmen, selbst wenn der klinisch korrekt begründet wäre. Es ist vor allen Dingen abzuklären, ob der Patient *Psychotherapie* will oder *Soziotherapie* – in der Gerontotherapie kommt dieser besondere Bedeutung zu (Petzold, 1985a) – ob ein „*Coaching*“ (Schreyögg, 1995), eine *Beratung* oder eine konkrete Hilfeleistung bzw. *Lebenshilfe*. Zum Beispiel kann immer wieder festgestellt werden, dass Menschen, die an einer beginnenden Demenz und deren psychischen Begleiterscheinungen leiden, statt einer Psychotherapie, die zum Ziel haben könnte, diese Diagnose zu verarbeiten, den Besuch eines Gedächtnistrainings vorziehen, weil dies ihren Bedürfnissen nach Heilung mehr entspricht (dies auch, wenn man ihnen keine falschen Hoffnungen auf eine wesentliche Verbesserung ihrer kognitiven Kompetenzen macht) und sie sich (im Moment jedenfalls) nicht mit dem Schmerz und der schlechten Prognose konfrontieren *möchten*. Die bei alten Menschen oftmals vorfindliche Situation „multipler Hilfsbedürftigkeit“ erfordert „multiple Hilfeleistung“. Dabei ist die Gefahr gegeben, dass eine pathomorphe Betrachtung und eine klinisch-internistische Orientierung dominiert und „vergessen“ wird, dass Hilfe auch als *Unterstützung* oder als *Förderung* zu sehen ist und eine einseitige Betonung der Defizite Kompetenzen, Performanzen, Potenziale gefährdet und damit zu einem Abbau der Möglichkeiten alter Menschen beitragen kann. Gerade bei ihnen muss ein „weites“ Therapiekonzept zur Anwendung kommen, in dem Psychotherapie nicht nur *kurativ* und *palliativ* gesehen wird, sondern auch als Möglichkeit der *Gesundheitsförderung* und *Persönlichkeitsentwicklung* (Petzold/Steffan, 2000). Nur mit einem solchen, breit ansetzenden Konzept wird man alten MitbürgerInnen, ihren Bedürfnissen und ihrer Lebenssituation gerecht und vermeidet ineffektive oder gar riskante Therapie.

Es kommt – und das ist uns wichtig zu betonen – in der Arbeit mit Erwachsenen Menschen, älteren und alten MitbürgerInnen, wenn sie um professionelle Hilfe, z.B. Psychotherapie ansuchen, nicht nur darauf an, was – klinisch gesehen – für sie gut ist, sondern wesentlich darauf, was sie *wollen*. Es gibt kaum einen Bereich

in der Heilkunde, in dem der Patientenwillen mehr ignoriert wird als den der Psychotherapie und Psychiatrie, wenn sie ein *parentifizierendes* Paradigma vertreten, wie dies besonders in dem psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologischen Orientierungen der Fall ist. Konzepte wie Abwehr, Widerstand, Übertragung, mangelnde Introspektionsfähigkeit, fehlender Leidensdruck werden häufig allzu leichtfertig gebraucht, um den *Patientenwillen* zu ignorieren, zu übergehen oder umzuinterpretieren. Es ist ja ohnehin decouvrierend, dass das Thema „Wille und Wollen“ in der Psychotherapie ein völlig vernachlässigtes Thema ist, als ob die Profession hier ein kollektives Skotom hat (Petzold, 2000a). Ihrem „ekkesialen Paradigma“ als „Nachfolgerin der Seelsorge“ entsprechend, darf offenbar der Patient „keinen eigenen Willen“ haben, er muss sich dem Willen des Therapeuten, seiner Doktrin anpassen oder gar unterwerfen, wie dies in den behandlingstechnischen Schriften von Freud immer wieder deutlich wird. In der Arbeit mit alten Menschen, die ein langes Leben, reich an Lebenserfahrungen hinter sich haben, ist eine solche Grundhaltung besonders unangemessen. Sie muss berechnete Widerstände auslösen, wenn sie spürbar wird – und sei es auch nur „zwischen den Zeilen“.

4. Missbrauch in der Forschung

Angesichts der auf uns zukommenden Aufgabe, die Generation(en) der über 60-jährigen sozial und medizinisch, psychotherapeutisch und soziotherapeutisch adäquat zu versorgen, sind wir natürlich mehr denn je auf Ergebnisse der Forschung angewiesen (Litwak, 1985; Cantor, 1992). Nicht nur, um herauszufinden, welches die „richtige“ Versorgung sei, wo die Probleme und die Mängel liegen und wer was wie zu tun hat, sondern auch, um – mithilfe der Zahlen – den maßgebenden politischen Stellen Druck aufzusetzen, bestehende Verhältnisse zu verändern, wo es notwendig ist (Davis, 1981). Es ist also von größter Wichtigkeit, kranke und gesunde alte Menschen für Studien zu gewinnen, die über ihre Bedürfnisse und Bedürftigkeiten Auskunft geben können (Kohli/Künemund, 2000; Miller et al., 1999). Dabei kommen – das wurde schon früh erkannt – erhebliche forschungsethische und forschungspraktische Probleme auf (Barber et al., 1973; Gray, 1975), die durch die besondere Situation bestimmter Zielgruppen älterer Menschen sich noch verschärft darstellen (Alt-White, 1995). Zentral ist hier auch das Prinzip des ‚informed consent‘ (Beauchamps/Childress, 1989; Koch et al., 1996). Es verlangt verpflichtend für TeilnehmerInnen einer Studie eine umfassende Information und Entscheidungsfreiheit bezüglich der Teilnahme. Hinzu kommen, genau wie bei Therapien, die Prinzipien des *client welfare* und der *patient security*, d.h. dass jedes unnötige Risiko eliminiert werden soll (wobei als Risiko nicht nur physikalische Prozeduren zu betrachten sind, sondern auch soziale und psychologische Risiken), weiterhin dass der potenzielle Nutzen eines Experimentes, einer Studie die

(radikal minimierten) Risiken überwiegen sollen und schließlich, dass das Experiment durch qualifizierte Personen durchgeführt werden soll (Davis, 1981). Außerdem soll die Information über die Studie klar, verständlich und für den Teilnehmer brauchbar sein, was voraussetzt, dass der potenzielle Teilnehmer geistig in der Lage sein muss, die verschiedenen Informationen zu verstehen und rational über Entscheidungen zu seiner Gesundheit und seinem Wohlergehen denken zu können (Bühler, 1990; Kapp, 1990). Nur so ist das von Petzold inaugurierte Konzept der „*client dignity*“ in der Forschung wie in der Therapie zu Gewähr leisten (Steffan/Petzold, 2000).

In der Praxis mögen diese Prinzipien zwar anerkannt sein, doch lassen sie gelegentlich mehrdeutige Interpretationen zu, was leider auch ausgenutzt wird. Heute werden die ForscherInnen vielfach durch ihre Auftraggeber und ggf. Ethikkommissionen zwar verpflichtet, die ethischen Standards einzuhalten, andernfalls erhält ein Projekt keine Genehmigung. Wenn jedoch einmal die Genehmigung da ist, prüft niemand mehr, wie die ForscherInnen mit ihren „Objekten“ umgehen. So haben Makarushka und McDonald schon 1979 davor gewarnt, dass v.a. arme, senile, chronisch kranke ältere Menschen ohne familiären Support besonders gefährdet seien, als Forschungsobjekte missbraucht zu werden, und zwar zum einen, indem sie in Forschungsprojekte involviert werden, die ein fragwürdiges Risiko/Nutzen-Verhältnis aufweisen und deren Wert von jemand anderem (z.B. dem Projektleiter) festgelegt wurde und daher für sie undurchsichtig ist, zum andern, indem bei diesen Menschen vermutlich die informierte Einwilligung (*informed consent*) nicht vollumfänglich gewährleistet wurde oder werden konnte (Davis, 1981, 270). Die dazu erforderlichen Bedingungen können in Bezug auf alte Menschen nicht immer erfüllt werden, da sie vom Altersprozess oder von kohortentypischem Verhalten beeinflusst werden (vgl. Alt-White, 1995). Zum Beispiel neigen die PatientInnen evt. dazu, einer Teilnahme zuzustimmen aus Loyalität zu ihren BetreuerInnen oder ihrer Institution oder gar, weil sie befürchten, im andern Fall nicht die optimale Pflege/Behandlung zu erhalten. Sie lassen sich von Professionellen leicht einschüchtern, und es fehlt ihnen vielleicht die Fähigkeit, ihre Bedenken und Bedürfnisse auf eine assertive Art auszudrücken (vgl. Gerber, 1995). Andere wiederum lehnen gerade deshalb eine Teilnahme ab, weil sie die Missbilligung ihrer Verwandten oder Betreuer fürchten (Duffy et al., 1989). Das sind unfreie Entscheidungen. Weiterhin kann das Verständnis für die Information durch sensorische Behinderungen beeinträchtigt oder der Kommunikationsprozess überhaupt durch Sprachprobleme gestört sein. Der schwierigste Punkt ist zweifellos die Frage nach der kognitiven Validität und damit der Entscheidungskompetenz, wenn diese durch dementielle Krankheiten teilweise in Frage gestellt werden muss.

Leider hat die Regel des *informed consent*, die ja in erster Linie dem Schutz der beteiligten Menschen dient – aber auch dem der Forscher vor rechtlichen Kla-

gen –, manchmal auch eine negative Wirkung: volle Information löst nämlich gelegentlich Angst aus. Das Unterschreiben der Einwilligung ist für manche Menschen unangenehmer als die Beteiligung am Forschungsprojekt selbst. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, auch für die forschungsethische Situation die Kategorien „client welfare“ und „client dignity“ stets beizuziehen, um abzuwägen, was angemessene und zielführende Konzeptionen und Umsetzungen sind, die die Integrität der Betroffenen nicht verletzen, vielmehr ihrem Wohlergehen, der Förderung ihrer Lebensqualität und der Sicherung ihrer Rechte dienen.

5. Schlussbemerkung

Wir hoffen, dass dieser Beitrag deutlich machen konnte, wie wesentlich es ist, in einer Psychotherapie für alte Menschen eine dezidiert gerontologische Perspektive einzunehmen, um auf Grund eines angemessenen Verständnisses des Kontextes, von „Lebenslagen“ der Zielgruppen – „prekäre Lebenslagen“ zumal – zu Konzepten zu kommen, die „riskante“ Therapie zu minimieren und zu vermeiden trachten, denn *reduktionistische Behandlungsmodelle* sind gefährlich. Zielgruppenspezifische Betrachtung ist, wie im Titel angedeutet, natürlich nicht nur für den Gerontologiebereich unverzichtbar. Insofern kann die Arbeit eine exemplarische Funktion haben. Wir hoffen weiterhin davon überzeugen zu können, dass ethiktheoretische und klinische Perspektiven miteinander verbunden sein und in jeder Praxeologie zum Tragen kommen müssen. Zweifellos wird die Notwendigkeit klar geworden sein, dass auf klinische Forschung in der Gerontopsychotherapie und auf den Rückgriff auf gerontologische bzw. sozialgerontologische Forschung nicht verzichtet werden kann und dass die mangelhafte klinische Forschungslage schwer wiegt. Hier bleibt noch sehr viel Arbeit zu tun, will man „*client welfare*“, „*patient security*“, „*best practice*“ Gewähr leisten. Wenn es aber um „*client dignity*“, die Würde der PatientInnen geht, und das ist für uns immer das Kernanliegen jeder psychotherapeutischen, helfenden und Entwicklungen fördernden Arbeit mit Menschen, dann ist eine Abstraktion von der gesamtgesellschaftlichen Situation einer Zielgruppe – hier der älteren, alten und hochbetagten Mitbürger und Mitbürgerinnen – nicht möglich und Therapeuten und Therapeutinnen werden in ihrem persönlichen und politischen Engagement für ihre PatientInnen, KlientInnen, PartnerInnen gefordert. Es ist dies ein Engagement für ihre eigene Zukunft!

Literatur

- Ackerknecht, L.K. (1979): Das Alter und die Behandlung alter Menschen aus der Sicht der Individualpsychologie Alfred Adlers. In: Petzold, Bubolz (1979), 109–129.
- Alt-White, A.C. (1995): Obtaining „informed consent“ from the elderly. *Western Journal of Nursing Research* 17 (6), 700–705.
- Anstötz, Ch. (1990): Ethik und Behinderung. Ein Beitrag zur Ethik der Sonderpädagogik aus kritisch-rationaler Perspektive. Berlin: Edition Marhold.
- Bakhtin, M.M. (1986): *Speech genres and other late essays*. Austin, TX: University of Texas Press.
- Baltes, M.M., Montada, L. (Hg.) (1996): *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt/M: Campus.
- Barber, B. et al. (1973): *Research on Human subjects*. New York: Russell Sage Foundation.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1989): *Principles of medical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beine, K.-H. (1998): *Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe*. Freiburg: Lambertus.
- Bickel, H., Jaeger, J. (1986): Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie* 19, 30–39.
- Blau, D., Berezin, M.A. (1982): Neuroses and character disorders. *Journal of Geriatric Psychiatry* 15(1) 55–97.
- Blonsky, H. (Hg.) (1999): *Ethik in der Gerontologie und Altenpflege*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.
- Bossé, R., Spiro, A., Kressin, N.R. (1996): The psychology of retirement. In: Woods, R. (ed.): *Handbook of the clinical psychology of ageing*. New York: Wiley & Sons, 141–158.
- Bronfenbrenner, U. (1976): *Ökologische Sozialisationsforschung*. Stuttgart: Klett.
- Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press; deutsch: *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett 1981.
- Bühler, D. A. (1990): Informed consent and the elderly: An ethical challenge for critical care nursing. *Critical care Nursing Clinics of North America* 2, 461–471.
- Cantor, M.H. (1992): Families and caregiving in an aging society. *Generations* 16, 67–70.
- Cody, M. (1986): Withholding treatment: is it ethical?, *Journal of Gerontological Nursing* 12/3, 24–26.
- Collopy, B.J. (1988): Autonomy in long term care: Some crucial distinctions, *The Gerontologist, Special Issue, Vol. 28/1*, 10–17.
- Davis, A. (1981): Ethical considerations in gerontological nursing research, *Geriatric Nursing* 2/4, 269–272.
- Dittmann-Kohli, F. (1995): *Das persönliche Sinnsystem*. Göttingen: Hogrefe.
- Dobson, K. S., Craig, K. D. (eds.) (1998): *Empirically supported therapies*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Duffy, L. M., Wyble, S.J., Wilson, B., Miles, S.H. (1989): Obtaining geriatric patient consent. *Journal of Gerontological Nursing* 15, 21–24.
- Eidgenössische Kommission für Altersfragen in der Schweiz (1995), *Altern in der Schweiz. Bilanz und Perspektiven, Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale*, Bern.
- Faden, R., Beauchamp, T.L. (1986): *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.
- Flammer, A. (1990): *Das Erleben der eigenen Wirksamkeit*. Bern: Huber.
- Flammer, A. (1996): *Entwicklungstheorien*. Bern: Huber.
- Flick, U. (Hg.) (1991): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.
- Foucault, M. (1978): *Von der Subversion des Wissens*. Frankfurt: Ullstein.
- Foucault, M. (1984): *Eine Ästhetik der Existenz* (1984). In: *Von der Freundschaft der Lebensweise. Michel Foucault im Gespräch*. Berlin: Merve, frz. In: (1994) *Dits et Écrits*. Paris: Gallimard.
- Förstl, H. (Hg.) (1997): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Freud, S. (1905): *Über Psychotherapie*. GW V.
- Freud, S. (1937): *Die endliche und unendliche Analyse*. GW XVI.
- Frieling-Sonnenberg, W. (1997): Krankheit im pflegebedürftigen Alter wird durch die Strukturen der Altenhilfe und -pflege gefördert. *Pflege* 10, 23–28.

- Fuchs, T., Kurz, A. (1993): Psychotherapie im Alter. In: Steinberg, R., Gerontopsychiatrie (18. Psychiatrie-Symposium, Pfalzlinik Landeck), Klingenmünster: Tilia-Verlag (86–97).
- Gerber, L. (1995): Ethics and caring: Cornerstones of nursing geriatric case management, *Journal of Gerontological Nursing* 21/12, 15-19.
- Gibson, J.J. (1979): *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin; deutsch: *Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung*. München: Urban & Schwarzenberg, 1982.
- Goodman, P. (1964): *The society I live in is mine*. New York: Horizon Press.
- Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gray, B.H. (1975): *Human subjects in medical experimentation*. New York: Wiley.
- Grotjahn, M. (1979): Analytische Psychotherapie bei älteren Menschen. In: Petzold, Bubolz (1979) 77–88. Ursprünglich erschienen in *Psychoanalytic Review* 42 (1955) 419–427.
- Haarhaus, F. (1993): Sittliche Forderungen an die Pflege alter Menschen, *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift* 5, 337–340.
- Hankin, C.S. (1997): Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In: Maercker (Hg.): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung sozialer Netzwerke für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märtens, M. (Hg.): *Wege zu effektiven Psychotherapien*, Band 1. Opladen: Leske + Budrich, 193–227.
- Heraklit, Fragmente. In: Diels, H., Kranz, W. (1961): *Fragmente der Vorsokratiker*, 3 Bde. Berlin.
- Herschbach, P. (1991): *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Die psychische Belastung von Ärzten und Ärztinnen im Krankenhaus*. Weinheim: Edition Medizin.
- Heuft, G., Radebold, H. (1999): Gerontopsychosomatik. In: Jansen et al., 297–308.
- Hogstel, M.O., Gaul, A.L. (1991): Safety or autonomy. An ethical issue for clinical gerontological nurses, *Journal of Gerontological Nursing*, 17/3, 6–11.
- Hohmeier, J. (1978): Alter als Stigma. In: Hohmeier, Pohl (1978), 10–31.
- Hohmeier, J., Pohl, H.-J. (1978): *Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Höpfinger, F., Stuckelberger, A. (1999): *Demographische Alterung und individuelles Altern*. Zürich: Seismo Verlag.
- Hörl, J. (1998): Zum Lebensstil älterer Menschen. In: Kruse (Hg.) (1998): *Psychosoziale Gerontologie*, Bd 1: Grundlagen. Göttingen: Hogrefe, 65–78.
- Hunt, I., Marshall, M., Rowlings, C. (1999): Trauma's uit het verleden. Therapeutisch werk met ouderen in Europees perspectief. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum
- Husserl, E. (1954): *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie – Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie*. Hg. von H. Biemel, Den Haag: Nijhoff.
- Hyer, L. (1999): The effects of trauma: Dynamics and treatment of PTSD in the elderly. In: Duffy, M. (ed.): *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. New York: Wiley & Sons, 539–560.
- Jacelon, C.S. (1999): Preventing cascade iatrogenesis in hospitalized elders. *Journal of Gerontological Nursing* 25 (1), 27–33.
- Jacobi, F., Poldrack, A. (2000): *Klinisch-psychologische Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Janet, P. (1927): *La pensée interieur et ses troubles*. Paris: Metoine.
- Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) (1999): *Soziale Gerontologie*. Weinheim: Beltz.
- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980a): Convoys of social support: A life course approach. In: Kiesler, I.B., Morgan, J.N., Oppenheimer, V.K. (eds.): *Aging*. New York: Academic Press, 383–405.
- Kames, H. (1992): Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie* 4, 363–386.
- Kapp, M.B. (1990): Elder care: Informed, assisted, delegated consent for elderly patients. *Association of Operating Room Nurses* 52, 857-862.
- Keupp, H., Höfer, R. (Hg.) (1997): *Identitätsarbeit heute*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Knight, B. G. (1996): *Psychotherapy with older adults*, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Knipscheer, K. P.M., de Jong Gierveld, J., vanTilburg, Th., Dykstra, P.A. (Hg.) (1995): *Living arran-*

- gements and social networks of older adults. Amsterdam: VU University Press.
- Koch, H.G., Reiter-Theil, S., Helmchen, H. (Hg.) (1996): *Informed Consent in Psychiatry*. Baden-Baden: Nomos.
- Kohli, M., Künemund, H. (Hg.) (2000): *Die zweite Lebenshälfte*. Opladen: Leske+Budrich.
- Kohli, M., Künemund, H., Motel, A., Szydlik, M. (2000): Generationenbeziehungen. In: Kohli, Künemund, 176–211.
- Künemund, H. (2000): Gesundheit. In: Kohli, Künemund, 102–123.
- Künemund, H. (2000): „Produktive Tätigkeiten“. In: Kohli, Künemund, 277–317.
- Künemund, Hollstein (2000): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: Kohli, Künemund, 212–276.
- Lauter, H. (1997): Ethische Aspekte der Gerontopsychiatrie. In: Förstl, H. (1997) 228–243.
- Lawton, M.P. (1979): Ecology and aging. In: Pastalan, L. A., Carson, D.H. (eds.): *The spatial behavior of older people*. Ann Arbor Mich.: Institute of Gerontology, University of Michigan, 40–67.
- Lawton, M.P. (1980): *Environment and aging*. Monteray: Brooks & Cole.
- Lehr, U. (1971): Zur Psychologie des Alterns – Stereotypen und Tatsachen. *actuelle gerontologie* 1, 17–23.
- Lehr, U. (1979): *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U., Thomae, H. (1987): *Formen seelischen Alterns*. Stuttgart: Enke.
- Leist, A. (1994): Dimensionen einer Ethik der Behindertenpädagogik. *Heilpädagogische Forschung* 20, 45–55.
- Lewin, K. (1943): *Psychologische Ökologie*. In: K. Lewin: *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber, 206–222.
- Lewin, K. (1951): *A field theory in social science*. New York: Harper & Row. (dt. 1963. *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.)
- Leyens, J.-P., Dardenne, B. (1997): Soziale Kognition: Ansätze und Grundbegriffe. In: Stroebe, W., Hewstone, M., Stephenson, G.M. (Hg.): *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin: Springer, 115–141.
- Litwak, E. (1985): *Helping the elderly. The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: The Guilford Press.
- Maercker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (1999): Post-traumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Maisch, H. (1996): Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 3, 201–205.
- Makarushka, J.L., McDonald, R.D. (1979): Informed consent, research, and geriatric patients: the responsibility of institutional review. *Gerontologist* 19, 61–66.
- Markefka, M. (1995): *Vorurteile – Minderheiten – Diskriminierung*. Berlin: Luchterhand.
- McDonald, R.J. (1980): *Elderly persons in an institution: A description of their behavioral processes and development*. Bonn: Phil.Diss.
- Merleau-Ponty, M. (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
- Merleau-Ponty, M. (1986): *Das Sichtbare und das Unsichtbare*. München: Fink.
- Meyer, M. (1998): *Gewalt gegen alte Menschen in Pflegeeinrichtungen*. Bern: Huber.
- Miller, M., Frank, E., Reynolds, C.F. (1999): The art of clinical management in pharmacologic trials with depressed elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 7(3) 228–234.
- Mittenburg, R., Singer, E. (1997): The (ab)use of reliving childhood traumata, *Theory of Psychology* Vol 7, 5, 605–628.
- Mobily, P.R., Kelley, L. S. (1991): Iatrogenesis in the elderly. Factors of immobility. *Journal of Gerontological Nursing* 17(9), 5–11.
- Möckli, S. (1994): *Die demographische Herausforderung*, Insitut für Politikwissenschaft, HSG St.Gallen.
- Moscovici, S. (1984): The phenomenon of social representations. In: Farr, R.M., Moscovici, S. (eds.): *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Motel, A., Künemund, H., Bode, Ch. (2000): Wohnen und Wohnumfeld. In: Kohli, Künemund, 124–175.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkungen von Volksmusik. *Integrative Therapie* 25 (2-3) 187–250.

- Müller, L., Petzold, H.G. (2001): Die Bedeutung empirischer Forschung für die Psychotherapie mit alten Menschen in: Petzold Märten's Bd. 2 (in Arb.)
- Nestmann, F. (1988): Die alltäglichen Helfer. Berlin: de Gruyter.
- Nestmann, F. (1997): Beratung! Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Niederfranke, A., Lehr, U., Oswald, F., Majer, G. (Hg.) (1992): Altern in unserer Zeit. Heidelberg: Quelle und Meier.
- Oerter, R., von Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Olson, J. (1981): To treat or to allow to die: an ethical dilemma in gerontological nursing, *Journal of Gerontological Nursing* 7/3, 141–147.
- Osborn, C., Schweitzer, P., Trilling, A. (1997): *Erinnern. Eine Anleitung zur Biographiearbeit mit alten Menschen.* Freiburg i.B.: Lambertus.
- Osgood, N. (1992): *Suicide in later life. Recognizing the warning signs.* New York: Lexington Books.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. *Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis.* München: UTB-Reinhardt (2. überarb. und erw. Aufl.).
- Petzold, H.G. (1965): *Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse.* Publications de L'Institut St. Denis 1, 1–16; deutsch in: Petzold (1985a) 11–30.
- Petzold, H.G. (1974j): *Psychotherapie und Körperdynamik.* Paderborn: Junfermann. (3. Aufl. 1979).
- Petzold, H. G. (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51–78.
- Petzold, H.G. (1979l): Die inhumane Situation alter Menschen und die Humanisierung des Alters. *Z. f. humanistische Psychol.* 3/4, 54–63.
- Petzold, H.G. (1981g): Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen. In: Pro Senectute, H.D. Schneider 89–112; repr. (1985a) 93–122.
- Petzold, H.G. (1983f): Der Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von Störungen und Erkrankungen – Möglichkeiten der Intervention durch Soziotherapie und Selbsthilfe-Gruppen. In: Petzold, Heini (Hg.): *Psychotherapie und Arbeitswelt.* Paderborn: Junfermann, 409–449.
- Petzold, H.G. (1985a): *Mit alten Menschen arbeiten.* München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1985d): Die Verletzung der Alterswürde – zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, in: Petzold (1985a) 553–572.
- Petzold, H.G. (1985l): Über innere Feinde und innere Beistände. In: Bach, G., Torbet, W.: *Ich liebe mich – ich hasse mich.* Reinbek: Rowohlt 11–15.
- Petzold, H.G. (1988n): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I,* Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G. (1990r): Die Krankheit der Inhumanität. *Altenpflege* 9, 498–506.
- Petzold, H.G., (1991a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie,* Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-responzenmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); repr. Bd. II, 1, S. 19–90.
- Petzold, H.G. (1991j): *Bedrohte Lebenswelten.* In: Petzold, Petzold 248–293.
- Petzold, H.G. (1992a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie,* Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. (1992b): *Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, Bd. II, 2, S. 789–870 und revid. in (1993b).*
- Petzold, H.G. (Hg.) (1993c): *Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung Bd I.* Junfermann: Paderborn.
- Petzold, H.G. (1993g): Die Krisen der Helfer, in: Schnyder, U., Sauvant, Ch., *Krisenintervention in der Psychiatrie.* Bern: Huber, 157–196.
- Petzold, H.G. (1993p): *Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, in: Petzold, Sieper (1993a) 267–340.*
- Petzold, H.G. (1994a): *Mehrperspektivität – ein Metakonzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theoriebildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, Gestalt und Integration* 2, 1994, 225–297.
- Petzold, H.G., (1994e): „Psychotherapie mit alten Menschen – die „social network perspective“ als

- Grundlage integrativer Intervention, Vortrag auf der Fachtagung „Behinderung im Alter“ am 22.–23.11.1993 in Köln, in: Berhaus, H.C., Sievert, U. (Hg.), *Behinderung im Alter*, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1994, 86–117
- Petzold, H.G. (1994j): *Die Kraft liebevoller Blicke*. Psychotherapie und Babyforschung, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, Fritz Perls Institut, Düsseldorf; *Integrative Therapie* 4 (1997) 435–471.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998a): *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis*. Ein Handbuch, Band I, Junfermann, Paderborn 1998a.
- Petzold, H.G. (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999h): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“. In: Petzold, Orth (1999a), 393–399.
- Petzold, H.G. (1999i): Body-Narratives. Traumatische und posttraumatische Erfahrungen aus der Sicht der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 1, 4–30.
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, 338–393.
- Petzold, H.G. (1999): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk – Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft ästhetischer Erfahrung. *Kunst & Therapie* 1/2, 105–146.
- Petzold, H.G. (Hg.) (2000a): *Der Wille in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2000b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Über intersubjektive, narrative Biographiearbeit, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret – PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ – eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2000m): Client dignity konkret, *Integrative Therapie* 2, 388–396.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1976): *Bildungsarbeit mit alten Menschen*. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): *Psychotherapie mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Ebert, Sieper, J. (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ – transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG.
- Petzold, H.G., Goffin, J., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, Sieper (1993a): *Integration und Kreation*, 2 Bde., Paderborn: Junfermann 173–266.
- Petzold, H.G., Gröbelbaur, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“ und „Fälle“. *Gestalt (Schweiz)* 32, 15–41 und in Petzold, Orth (1999a) 336–392.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M., Steffan, A. (2000): Integrative Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie*, 2 277–355.
- Petzold, H.G., Heil, H. (1980): Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt. *Integrative Therapie* 1, 20–57.
- Petzold, H.G., Mathias, U. (1983): *Rollenentwicklung und Identität*, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und multiperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie, in: Laireiter, A. (Hg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*, Springer, Wien 1998 und in: Petzold (1998h) 118–141.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1998): Ökopsychosomatik - die heilende Kraft der Landschaft gegen das zerstörerische Potential „präkärer Lebenslagen“, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf: FPI/EAG.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999): *Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis*. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991a): Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991b): Soziale Gruppe, „social worlds“ und „narrative Kultur“ als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit. In: Petzold, Petzold (1991a): 192–217.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1993): Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden – gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG. In: Petzold, Sieper (1993a) 633–647.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1999): Supervision als Praxisberatung und Hilfe zu normativer Orientierung in Einrichtungen der Altenarbeit und Gerontopsychiatrie. In: Blonsky (1999) 165–178.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Rodriguez-Petzold, F. (1998): „Kundenorientierung“ in psychosozialen Institutionen und Organisationen. In: Petzold (1998a) 395–432.
- Petzold, H.G., Schuch, W., Steffan, A. (2000): Wirkprozesse, Wirkfaktoren, Praxistategien: Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der therapeutischen Beziehung und vor dem Hintergrund des Menschen- und Weltbildes in der „Integrativen Therapie“ (Chartacolloquium II). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Hückeswagen.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000b): Ausbildungs-evaluation, Integrative Therapie 2/3.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Junfermann, Paderborn, 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., van Beek, Y., van der Hoek, A.-M. (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne, 1994a, in: Petzold (1994j) 491–646.
- Petzold, H.G., Wolf, U. et al. (2000): Integrative Traumatherapie. In: Van der Kolk et al.: 445–580.
- Petzold, H.G., Zander, B. (1985): Stadteilarbeit mit alten Menschen – ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation, in: Petzold (1985a) 159–201.
- Phillips, B., Kemper, P., Applebaum, R. (1988): The evaluation of the national long-term care demonstration, 4: case management under channeling. Health Service Research 23, 67–82.
- Poldrack, A., Znoj, H. (2000): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Jacobi, Poldrack, 283–302.
- Radebold, H. (1983): Gruppenpsychotherapie im Alter. Göttingen: Hogrefe.
- Radebold, H. (1999): Psychoanalyse. In: Jansen et al., 309–324.
- Radebold, H., Hirsch, R. (1994): Altern und Psychotherapie. Bern: Huber.
- Radebold, H., Schweitzer (1996): Der mühselige Aufbruch – Über Psychoanalyse im Alter. Reihe „Geist und Psyche“. Stuttgart: Fischer Taschenbuch.
- Ritter-Vosen, X. (1979): Verhaltenstherapie mit älteren Menschen. In: Petzold, Bubolz (1979) 311–328.
- Robbins, I. (1994): The long term consequences of war trauma: a review and case example. PSIGE Newsletter, 48, 26–28.
- Röhrle, B. (1995): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz.
- Röhrle, B., Sommer, G., Nestmann, F. (Hg.) (1998): Netzwerkkintervention. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Rowan, J., Cooper, M. (Hg.) (1999): The plural self. Multiplicity in everyday life. London: Sage.
- Sadavoy, J., Lazarus, L.W., Jarvik, L.F. (Hg.) (1991): Comprehensive review of geriatric psychiatry. Washington: American Psychiatric Press.
- Saup, W. (1984): Übersiedlung ins Altenheim. Weinheim: Beltz.
- Saup, W. (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schenda, R. (1972): Das Elend der Alten Leute. Informationen zur Sozialgerontologie für die Jüngeren. Düsseldorf: Patmos.
- Schneider, H.D. (Hg.) (1981): Vorbereitung auf das Alter. Paderborn: Schöningh.
- Schneider, H.D. (1990): Bewohner und Personal als Quellen und Ziele von Gewalttätigkeit in Altersheimen. Zeitschrift für Gerontologie 23, 186–196.
- Schmid, W. (1999): Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt/M.: Suhrkamp. 3. Aufl.
- Schmitz-Scherzer, R., Backes, G., Friedrich, I., Fred, K., Kruse, A.. (1994): Ressourcen älterer und alter Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schreyögg (1995): Coaching. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Schroots, J.J.F. (1993): Aging, health & competence. The next generation of longitudinal research. Amsterdam: Elsevier.

- Schütz, A. (1974): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*. Wien: Springer.
- Schütz, R. M. (1987): *Alter und Krankheit*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Schwabe, U., Paffrath, D. (1989): *Arzneimittelverordnungsreport*, Stuttgart: Fischer.
- Schweizer, E., Case, W., Rickels, K. (1989): Benzodiazepine dependence and withdrawal in elderly patients, *American Journal of Psychiatry* 146 (529–531).
- Schwerdt, R. (1998): Eine Ethik für die Altenpflege: ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber. Bern: Huber.
- Scogin, F., McElrath, L. (1994): Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 69–74.
- Solms-Wildenfeld, J. (1985): Psychosomatische Probleme im Altenheim. In: Bergener, M., Bendix, K. (Hg.), *Psychosomatik in der Geriatrie*. Darmstadt: Steinkopff, 77–82.
- Spencer, E. (1991): Ethical issues in clinical care. In: Sadavoy et al. S. 653–666.
- Spielman, B. J. (1986): Rethinking paradigms in geriatric ethics. *Journal of Religion and Health* 21, 142–148.
- Strauss, A.L. (1978): A social world perspective. In: Denzin, M.K., *Studies in symbolic interaction*, Vol. I, Greenwich: JAI Press, 119–128.
- Stoffels, H. (1995): Herausforderung an die ärztliche Ethik: Der Umgang mit dem gerontopsychiatrischen Patienten, *Wege zum Menschen* 47, 128–143.
- Stosberg, M. (1999): Netzwerk-, Familien- und Generationenbeziehungen. In: Jansen et al., 426–440.
- Thomas, W.I. (1923): *The unadjusted girl: with cases and standpoints for behavior analysis*. Criminal Sciences Monograph 4.
- Thomas, W.I. (1965): *Person und Sozialverhalten*. Soziologische Texte, Bd.26, Neuwied: Luchterhand.
- Tilburg, Th.van, Dykstra, P.A., Liefbroer, A., Broese van Groenou, M. (1995): *Sourcebook of living arrangements and social networks of older adults in the Netherlands*. Questionnaire and data documentation of the NESTOR-program, main study 1992 and network study 1992–1995. Amsterdam: VU.
- Tobin, S.S. (1980): Institutionalization of the aged. In: Datan, N., Lohmann, N. (eds.), *Transitions of aging*. New York: Academic Press, 195–211.
- Tokarsky, W., Karl, F. (Hg.) (1989): *Die „neuen Alten“*. Kasseler Gerontologische Schriften Bd. 6. Kassel: Gesamthochschulbibliothek.
- Uexküll, J.v. (1921): *Umwelt zur Innenwelt der Tiere*. Berlin.
- United Nations (1999): *Human Rights and older persons*. Genf: United Nations.
- Unruh, D.R. (1983): *Invisible lives. Social worlds of the aged*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (eds.) (1996): *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press. deutsch hg. von M. Märtens u. H. Petzold. (2000) Paderborn: Junfermann.
- Van der Aarts, P., op den Velde, W. (2000): Eine früher erfolgte Traumatisierung und der Prozess des Alterns. In: Van der Kolk et al., 284–308.
- Waldenfels, B. (1985): *In den Netzen der Lebenswelt*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Woods, R.T. (1996): Mental health problems in late life. In: Woods (ed.) 197–218.
- Woods, R. T. (ed.) (1996): *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester: Wiley & Sons.
- Zank, S., Niemann-Mirmehdi, M. (1998): Psychotherapie im Alter: Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 27(2), 125–129.