

Transaktionsanalyse in einer alternden Gesellschaft – Wo greifen unsere Konzepte und wo sind Veränderungen nötig

(TA in an aging society – how far our concepts reach and where changes are urgent)

Der deutsche Schriftsteller Peter Bamm fasst die Thematik kurz zusammen:

„Im Grunde haben die Menschen nur zwei Wünsche: alt zu werden und dabei jung zu bleiben“

Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gliedert das Alter in fünf Phasen:

- 51-60 alternder Mensch
- 61-75 älterer Mensch
- 76-90 alter Mensch
- 91-100 sehr alter Mensch
- Über 100 langlebiger Mensch

Die Schwelle des Alterns mit 50 mag manchen überraschen, weil dies „doch noch kein Alter ist!“ dennoch ergeben die Veränderungen im sozialen Feld, der psychischen Haltungen und Ziele und der körperlichen Abbauprozesse eine neue Aufgabenstellung.

Der Umgang mit Alter und Altern ist für viele ambivalent: Die Vorteile erscheinen durchaus erstrebenswert, die Nachteile sollen möglichst nicht wahrgenommen werden. Alter und Altern wird zwischen Romantik und Erschrecken dargestellt. Dennoch sind die sozialen, psychischen und somatischen Hinweise deutlich. Einige Beispiele können das verdeutlichen:

- Ein Stellenwechsel kommt kaum noch in Frage,
- die Werbung hat den Markt „50+“ entdeckt, wirbt mit „Anti-Aging“ Produkten,
- Fragen des Rentenalters werden konkret,
- körperliche Abbauerscheinungen lassen sich nicht mehr so einfach verbergen

Der demographische Wandel zeigt, wie unsere modernen Gesellschaften zunehmend mit der Zunahme älterer und alter Menschen konfrontiert sind. Noch besteht eine Scheu bei Älteren, Beratung und Therapie in Anspruch zu nehmen, dies kann sich bald ändern. Auch auf Seite der Therapeuten entsteht die Notwendigkeit, für die Therapie bei älteren Menschen ausgebildet zu sein. Dies wird sich in den kommenden Jahren ändern. Die zukunftsorientierte TA braucht daher Konzepte und Methoden, Menschen über 50 zu begleiten.

Die Alterspyramide und Lebenserwartung

Die Alterspyramiden für Deutschland zeigen die Entwicklung:

Im Jahr 2008 wird deutlich, dass sehr wenige Kinder geboren werden. Man sieht eine deutliche Mehrheit der 40 -60 Jährigen und das Ansteigen der Lebenserwartung von einem Maximum bei 80 Jahren auf über 90 Jahre.

Das Ansteigen der durchschnittlichen Lebenserwartung ist enorm:

1871 betrug sie noch 35-38 Jahre, 1932 schon 60 -63 Jahre, 2001 steigt sie auf 76 bis 82 Jahre und liegt heute schon höher.

Die Gruppe der Senioren (>60 Jahre) steigt von heute 24 % auf geschätzte 34 % und 2050 kann sie bei 36-37 % der Bevölkerung liegen.

Psychotherapie und ältere Menschen

Die Kassenärztliche Vereinigung informiert mittlerweile zur Psychotherapie:

Viel zu lange wurde angenommen, dass Psychotherapie bei älteren Menschen wirkungslos sei. Es zeigt sich im Gegenteil, dass Psychotherapie sinnvoll und zugleich langfristig erfolgreich ist. Nicht nur psychische Symptome, sondern auch körperliche Erkrankungen bessern sich. Ältere Menschen schneiden im Behandlungserfolg genauso gut ab wie jüngere Menschen.

Die Psychotherapie für ältere Menschen weist einige Besonderheiten auf: In einer Psychotherapie steht häufig die Erinnerung an die Lebensgeschichte im Mittelpunkt, die nicht selten auch traumatische Erlebnisse aus der Kriegs- und Nachkriegszeit beinhaltet. Oft wird die eigene Vergänglichkeit zum Thema ebenso wie die Trauer um verstorbene Angehörige und der Verlust der körperlichen Kräfte. Allerdings bringen ältere Menschen sehr viel Lebenserfahrung und gute Strategien, Schwierigkeiten im Leben zu meistern, mit.

Wegen dieser Besonderheiten brauchen PsychotherapeutInnen besondere Qualifikationen und Erfahrungen im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung von älteren Menschen. Fortbildungen in diesen Bereichen werden beispielsweise in regelmäßigen Abständen von der Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angeboten. (Info KVB)

Der Bedarf an Psychotherapie wird deutlich unterstrichen:

„Etwa ein Viertel aller älteren Menschen ist psychisch schwer belastet. Demenz ist mit 14 Prozent die häufigste Diagnose, gefolgt von depressiven Erkrankungen, die einen Anteil von zehn Prozent ausmachen. Danach kommen Angst- und Belastungsstörungen, somatoforme Störungen, Substanzmissbrauch und Schlafstörungen. Etwa 40 Prozent aller Suizide werden von Menschen verübt, die älter als 60 Jahre sind.“ (KVB)

Bedingungen der therapeutischen Arbeit mit älteren Menschen

Forschung zum Alter

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Fragen der Therapie älterer Menschen ist relativ jung. Die Darstellungen der Entwicklungspsychologie bis 1970 endeten mit der Zeit der „Reife“, d.h. mit 18 – 20 Jahren. Ähnlich sind auch die entwicklungspsychologischen Modelle der TA auf die Adoleszenz begrenzt. Ab 1960 beginnen Autoren mit der Untersuchung der Lebensspanne und ausführlicher mit einer Entwicklungspsychologie des Alters (Knight u.a. 2002, Peters 2004). Vorangegangene Beschreibungen sind relativ vage oder spekulativ. So wird auch E.H. Erikson in seiner Darstellung „Kindheit und Gesellschaft“ kritisiert, weil er nicht sehr konkret wird.

Weniger bekannt ist, dass E.H. Erikson in einem Buch kurz vor seinem Tod nun aus der Erfahrung des Alters die Phasentheorie für das Alter revidiert und spezifiziert hat. Der Titel des Buches ist sein Programm: Vital involvement in old age. Er betont darin, dass die Grundfragen aller Lebensphasen im Alter wirksam sind, es aber nicht um Gegensätze, sondern um Integration gehe. So wird das „Gegen“ (engl. Versus) durch ein „mit“ (with) ersetzt.

Die moderne Entwicklungspsychologie betont die Wachstumschancen bis ins hohe Alter: „ In jedem Alter sind aber neue Erkenntnisse möglich,.....Neue Kompetenzen zur besseren Gestaltung des persönlichen Lebens und des sozialen Zusammenlebens, zur Bewältigung von Krisen und Verlusten können erworben werden. Psychische Störungen können überwunden werden.“ (Oerter / Montada 2008, S.7) Ebenso wird die Individualität der Entwicklungen herausgestellt: „Im mittleren und höheren Erwachsenenalter sind nur wenige generelle Veränderungen bekannt. Die Veränderungen sind eher kultur-, subkultur- oder personenspezifisch; sie sind unterschiedlich je nach Lebensschicksal, je nach gesellschaftlichen und beruflichen Anforderungen, je nach Erfahrungen, je nach Qualität der sozialen Einbindung und Unterstützung...“ (Oerter / Montada 2008, S.7).

Kontextbedingungen für die Arbeit mit Älteren

Da wir uns als BeraterInnen / TherapeutInnen den gesellschaftlichen Einflüssen nicht entziehen können, ist es wichtig, sich mit den Vorurteilen, Idealisierungen, den ökonomischen und sozialen Bedingungen des Alterns auseinanderzusetzen. Dabei gilt es, eine Typisierung zu meiden und stets beim Individuum in seiner momentanen Verfassung anzusetzen. Dies heißt auch, der Anpassung älterer Menschen an das Klischee „des Alten“ auf die Spur zu kommen, um eine realistische Einschätzung der Fähigkeiten und Möglichkeiten zu erhalten (z.B. Masche: „in meinem Alter...“, Spielmuster „Holzbein“).

Die Gruppe der Älteren ist in vielen Bereichen sehr heterogen, so dass allgemeine Aussagen schwer zu treffen sind und die Individualität in der beraterischen Arbeit einen hohen Stellenwert erhalten muss. Die hohe Komplexität der Fragestellungen

und der Behandlungsmöglichkeiten erfordert in der Regel eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die Werbung suggeriert, dass es möglich sei, das Altern zu vermeiden. Der Druck des Körperkultes und der Jugendlichkeit im Aussehen hilft *Anti-Aging* –Produkte zu verkaufen. Die „alles ist möglich“-Ideologie schafft unrealistische Vorstellungen und ist andererseits Quelle der Scham für körperliche und mentale Schwächen oder das Erscheinungsbild. BeraterInnen/TherapeutInnen werden so mit Fehlerwartungen von KlientInnen konfrontiert, sind aber auch gleichzeitig in ihren eigenen Vorstellungen von „gutem Altern“ durch Zeitströmungen beeinflusst.

Auf der anderen Seite steht das verbreitete *Defizitmodell* des Alterns, das gewöhnlich starke Ängste auslöst vor Altersabbau, chronischen Krankheiten, Pflegebedürftigkeit. Hirsch (1999, S.161) beschreibt dem gegenüber unter wichtigen Einstellungen des Psychotherapeuten „körperliche Störungen ertragen und aushalten“, „Sterben als natürliche menschliche Notwendigkeit akzeptieren“ und „Alten mehr zutrauen als sich selbst“.

Ziel einer sinnvollen Arbeit ist das „Well-Aging“, die Suche nach einer kreativen Art, das eigene Altern zu gestalten (Baltes / Carstensen, 1996). „Diese Zeit zu gestalten kann historisch gesehen als neue Aufgabe verstanden werden, für deren Bewältigung es keine Vorbilder gibt. Hinzu kommt, dass sich nach dem Wegfall beruflicher und anderer gesellschaftlicher Rollen das Leben mehr auf den Bereich sozialer Beziehungen konzentriert und die Identität sich vornehmlich hier konstituiert und verankert.“ (Peters, 2004, S. 170)

Als typische positive Veränderungen werden aufgeführt:

- Verbreiterung des Interessenshorizonts (berufliche Enge lässt nach)
- Freierer Gefühlsausdruck, (keine gesellschaftlichen Zwänge mehr, weniger Selbstkontrolle nötig, mehr Ehrlichkeit möglich)
- Gelassene Lebenshaltung
- Suche nach zwischenmenschlichen Begegnungen (weniger, aber mehr gute Freunde)
- Abwechslungsreicherer Lebensstil
- (Neu- oder Wieder-) Entdeckung eigener Talente (Hobbies etc.)

Die Vielfalt der Einflüsse und Aufgaben macht eine spezielle Weiterbildung zu diesem Thema sinnvoll und wichtig (Radebold 1999, Hirsch 1999). Diese sollte die Bereiche soziale Gerontologie, Gerontopsychologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie einschließen. Besonderen Wert wird auf die „gerontologisierte“ Anwendung psychotherapeutischer Methoden gelegt, d.h. überarbeitete oder eigene Methoden für die Arbeit mit alten Menschen zu praktizieren.

Fördernde und hemmende Bedingungen beim Therapeuten

Da wir für die Arbeit mit Älteren nicht auf eigene Erfahrung zurückgreifen können, sind auf der einen Seite sorgfältige Information, wissenschaftliche Fundierung und offene Fragestellungen besonders wesentlich. Andererseits ist die Gruppe der Älteren in vielen Bereichen sehr heterogen, so dass allgemeine Aussagen schwer zu

treffen sind und die Individualität in der beraterischen Arbeit einen hohen Stellenwert erhalten muss.

Günstige Voraussetzungen bei TherapeutInnen für die Arbeit mit Älteren

- Positive Erfahrungen mit älteren Menschen
- Reflexion eigener Situation
- Verlust/Trauererfahrung
- Krankheitserfahrung
- Alltag mit Älteren
- Eigene Erfahrung als Mutter/Vater
- Selbsterfahrung
- Interesse an Zeitgeschichte (Ältere Menschen als Experten (Zeitzeugen) sehen können)

Typische hemmende Bedingungen

- Zeitknappheit
- Probleme mit Leid und Tod
 - Beschränken auf nicht emotionale Themen
 - Ablenken von emotionalen Themen
 - Herunterspielen von Gefühlen als „normal“
 - Beruhigen, um Gefühle zuzudecken
- Sexualität (Scham Erlaubnis)
- Eigene Ängste
 - Unzulänglichkeit, Versagen
 - Emotionale Reaktionen
 - Ungelöste, eigene Probleme

Die Sicht des älteren Menschen in der klassischen TA

TA und das Altersskript

Eric Berne erwähnt zwar in einigen Passagen seiner Bücher auch „Gewinner“-Skripts, meist aber ist die Prognose düster, wenn nicht sogar erschreckend. „...andererseits kann ein praktikables und konstruktives Skript durchaus großes Glück zur Folge haben, wenn die anderen Darsteller gut ausgewählt sind und ihren Part zufriedenstellend spielen“ (Berne, 2001, S. 115). Es gibt demnach auch konstruktive Lebenspläne und eine geschickte Regie in der Auswahl der Mitspieler. Dagegen steht: „Neurotische, psychotische und psychopathische Skripts sind fast immer tragisch und folgen den aristotelischen dramaturgischen Grundsätzen mit bemerkenswerter Zuverlässigkeit: es gibt den Prolog, die Klimax und die Katastrophe, unter Entfaltung von wirklichem oder symbolischem Pathos und Verzweiflung, bis hin zur Beweinung der Opfer.“ (Berne, 2001, S. 115) Da das Skript eine analoge Struktur zum Spiel (Game) aufweist, ist am Lebensende auch mit einem Payoff, der Endauszahlung zu rechnen: „Die Nutzeffekte, die in der

klinischen Praxis vorkommen, lassen sich in der Regel auf vier Alternativen reduzieren: „Sei ein Einzelgänger! Sei ein Trunkenbold! Werde verrückt! Fall' tot um!“ (Berne, 1975, S. 104)

Das Skript muss nicht die gesamte Lebenszeit umfassen, es kann z.B. im mittleren Erwachsenenalter enden.

Auch dies wird in der klassischen TA nicht unbedingt als Erlösung gesehen: „Es trifft sicherlich zu, dass die meisten Menschen in ihrem Lebensplan auch eine bestimmte Lebensspanne eingeplant haben danach kann sich seine Lebensweise folgendermaßen ändern:

1. Er entschließt sich zu einer entspannteren Lebensweise, denn er hat den gefährlichen Zeitpunkt seines Lebens überschritten und auch überlebt.

2. Er erleidet eine Depression, denn dadurch dass er überlebt, hat er einer Skript-Aufforderung den Gehorsam verweigert, und er verliert so die Liebe seiner Mutter.

3. Er beginnt ein hektischeres Leben zu führen, denn er lebt mit „geliehener“ Zeit, und der Tod kann jeden Augenblick zuschlagen.

4. Er zieht sich ganz zurück, denn seine Gnadenfrist ist an bestimmte Bedingungen geknüpft. Sie kann jederzeit widerrufen werden, wenn man ihn dabei erwischt, dass er sich amüsiert und das Leben genießt.“ (Berne, 1975, S. 168)

Die mögliche Freiheit nach dem Abarbeiten der Skriptaufträge kann der Mensch schwer nutzen, weil er den Umgang mit Freiheit nicht gelernt hat, damit der zweifelhafte Schutz des Skripts fehlt und das banale Leben als „warten auf den Tod“ beginnt. (Berne, 1975, S.170ff)

In einer Untersuchung an Studentinnen mit dem Skriptmuster „sleeping beauty“ (Dornröschen), deren Lebenszweck im Hausfrau- und Mutter-Sein endet, fand Dorothy Jongeward als Folge dieses Verlauf Depressionen, Gefühle von Wertverlust oder das „Warten auf den Tod“, d.h. ein Leben ohne neue Ziele und Herausforderungen.

Die Sicht des älteren Menschen in der jüngeren TA

Erskine und Selzer (1977) relativieren die Ergebnisse von Jongeward in einer eigenen Untersuchung: Demnach nutzen die meisten Frauen, die das existentielle Vakuum spüren, die neue Rollenfreiheit. Sie treffen neue Entscheidungen, kümmern sich um sich selbst, fühlen sich in Entscheidungen nicht mehr abhängig von „EL“-Botschaften und sozialen Zwängen. Männer seien hingegen gefährdeter durch den Ausstieg aus dem Berufsleben. Die Autoren empfehlen, weniger auf die negativen Ausgänge von „open-end-scripts“ zu fokussieren, sondern mehr auf neue Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen, die normale Lebensaufgabe des Alterns zu betonen und zu helfen, eigene Wünsche zu entdecken und zu leben.

Cornell nimmt Abstand von der Überbetonung des kindlichen Erlebens und akzentuiert die Lern- und Veränderungsfähigkeit des Erwachsenen. Die vielfältigen auch nicht skriptgebundenen Ereignisse schaffen ständig neue Lernsituationen. Solche Erfahrungen werden in die Persönlichkeit integriert und damit ein zwingender Skriptablauf und eine Vorhersagbarkeit über einen längeren Zeitraum infrage gestellt. (Cornell, 1988)

Für eine zeitgemäße Anwendung des Skriptmodells ist die Definition von Fanita English passend:

„Skripts enthalten genetische Elemente und Muster, die aus vergangenen Erfahrungen, Fantasien und Glaubenssätzen stammen. Diese sind miteinander verwoben in eine mythologische Geschichte mit vielen Variationsmöglichkeiten. Diese Muster können je nach Vernetzung und Entwicklung sowohl zu positiven wie auch negativen Zielen führen. Daher haben Skripts unspezifische Endausgänge. Das Skript stammt als wertvolle Struktur- und Organisationshilfe aus der Kindheit. Es erlaubt uns, in der Fantasie mit vielen Möglichkeiten zu „spielen“, bevor wir sie im aktuellen Leben gebrauchen. Daher sind unsere Skripts ein Beitrag zum Ausdruck, Ausgestaltung und Entwicklung unserer inneren Fähigkeiten.“(English 1988)

James und Barbara Allen (1997) betrachten das Skriptkonzept aus der Sichtweise des Konstruktivismus und betonen den narrativen Charakter der Skriptgeschichten. Demnach erzählen wir uns und anderen unsere Lebensgeschichte immer wieder zur Bestätigung von eigener Identität. Gleichzeitig wird diese Geschichte modifiziert nach den Lebensumständen, eigener Entwicklung und den Zuhörern. Die Lebensrückblickstherapie für Ältere kann so gut mit der TA-Skriptarbeit verknüpft werden. Die Grundhaltungen der positiven Zukunfts-Orientierung, Arbeit mit den Stärken und Ressourcen, Einbezug von Wünschen und Hoffnungen sind insgesamt für die Therapie/Beratung mit Älteren wesentlich.

Wenn wir das Skript im Lebenslauf betrachten, können wir nach der Aktivierung des Skripts im jungen Erwachsenenalter drei weitere Stadien beobachten:

Im mittleren Erwachsenenalter werden häufig Kompromisse zwischen Skript, Autonomiebedürfnissen und äußerer Realität geschlossen. Es entsteht eine „ökologische Nische“, eine Lebenswelt, in der die Einschränkungen des Skripts durch Vermeidung oder Anpassung möglichst nicht mehr gespürt werden.

Für die Therapie älter Menschen sind dann die beiden folgenden Phasen wesentlich: Die ursprünglich funktionale Anpassung wird durch Ende der Kindererziehungszeit, Erreichen der höchsten Karrierestufe, aber auch durch erste körperliche Beeinträchtigungen infrage gestellt. Ein möglicher Skriptpayoff rückt näher, die Beschränkungen durch das Leben im Skript werden als verlorene Zeit erlebt, Nachholbedarf entwickelt und Fragen von Aussöhnung, Lebensbilanz und Lebenssinn werden zentral.

Übersicht notwendiger Modifikationen der klassischen TA-Arbeit

TA mit älteren Menschen braucht in vielen Aspekten eine Anpassung an die spezielle Situation von Beratung und Therapie. Charakteristisch ist der ständige Wechsel zwischen Pathologie- und Ressourcenorientierung.

Methodisch brauchen wir hier die Integration der Lernstile älterer Menschen in die praktische Arbeit, veränderte Fragestellungen, ergänzende Arbeitsweisen. Modelle und Methoden der Transaktionsanalyse wurden von jüngeren Menschen für junge Erwachsene entwickelt (E. Berne war um die 50, viele seiner Schüler im Studentenalter oder knapp darüber). Daher macht es Sinn, über notwendige Ergänzungen, Modifikationen und Begrenzungen nachzudenken.

Eine Gegenüberstellung mag das verdeutlichen:

TA für junge Erwachsene

- hoher Veränderungsoptimismus
- Expansions-, Wachstumsorientierung
- Wettbewerbsbetonung, besser sein als andere
- Abschied von den Eltern, „Neubeeltern“
- Korrigierbarkeit von Fehlentscheidungen, Neuentscheidungen
- Autonomie, Selbstverantwortung
- Konfrontation von Abwertungen, Spielen, Maschen; Ideen von Skript-, Spiel- und Maschenfreiheit, offener Kommunikation

TA für Ältere

- persönliche Grenzen anerkennen, Realismus der Möglichkeiten, Versöhnung mit sich selbst
- Grenzen des Wachstums akzeptieren, um gutes Leben zu ermöglichen; Kritik der Verführung durch Werbung
- Freiwillige Selbstbegrenzung, Suche nach Zufriedenheit, eigenen Maßstab in sich finden
- Versöhnung mit den Eltern, Sorge für alte Eltern, Abschied von den Kindern
- Folgen der Entscheidungen erleben, Verantwortung für Fehlentscheidungen tragen, Verzicht auf die Illusion des Neuanfangs
- Annahme der Abhängigkeiten bis zur Pflegebedürftigkeit, Folgen der Bindungsprozesse an Personen, Werte, Lebensstil, Gegenstände akzeptieren
- Akzeptieren von Abwehrmechanismen als „Coping“. Verdeckte Kommunikation, Maschen, Spiele, Skriptelemente als Hilfe für die Alltagsbewältigung begreifen.

Praktische Aufgabenstellungen der Transaktionsanalyse

Typische Fragestellungen in der Beratung

Die Liste der Fragestellungen, mit der ältere KlientInnen zur Beratung kommen, ist lang. Sie enthält vorwiegend die Notwendigkeit, das Leben umzuorganisieren, Gewohnheiten zu ändern, Abschied zu nehmen und Beziehungen neu zu organisieren. Sie beginnt mit pragmatischen Fragen zu materiellen Problemen, Beziehungsproblemen von Paaren im Rentenalter, Erwartungen an Freizeit und Selbstverwirklichung, neuen Engagements, aber auch der Trauer um Nicht-Erreichtes, Fragen von Schuld, Lebenssinn bis zu Ängsten vor Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod. (ausführlich hierzu: Peters, 2004) Im Vordergrund steht dabei meist eine Entscheidungsunsicherheit, der Druck, das Beste zu finden wegen der kürzeren Lebensspanne und die Sorge, Fehlentscheidungen nicht mehr korrigieren zu können.

Typische Gesprächsthemen sind daher oft:

- Geldmangel, materielle Probleme
- Traditions- und Pflichtbewusstsein

- Verpasste Chancen, ungelebtes Leben
- Kriegserlebnisse
- Schuld
- Religiöse Fragen
- Sinnfragen/Sinnlosigkeit
- Tod, Sterben, Suizid
- Lebenssatte und Lebensmüde ohne Depression

Therapieranliegen

Akute Belastungsreaktionen

KlientInnen kommen oft mit depressiven Symptomen, die auf länger dauernden Stresssituationen beruhen, die sie selbst nicht auflösen können. Hierzu gehören vor allem Verluste (Menschen, Arbeitsplatz, Sicherheiten). Grundbedürfnisse nach Beachtung, Anerkennung, Zuwendung sind scheinbar nicht mehr erfüllbar, Funktionseinschränkungen und Krankheiten (besonders irreversible Erkrankungen) werden als *narzisstische Kränkungen* erlebt und lösen *Selbstwertkrisen* und *Schamblockaden* aus. Die mitmenschlichen Beziehungen im Alter schaffen jeweils eigene Probleme und Sackgassen. Peters (2004) diskutiert hier vor allem Beziehungen zu Gleichaltrigen, Probleme der langdauernde Ehe, Folgen von Trennung und später Scheidung, Konflikte in der Beziehung zu erwachsenen Kindern, Anforderungen im Umgang mit betagten Eltern und deren Pflege und Betreuung (s. ausführlicher in Pelz, 2010).

Aktualkonflikte

Häufige Motivation, eine Therapie zu suchen sind *Aktualkonflikte*: „Ursächlich für die Probleme dieser Patienten können entweder erhebliche konflikthafte äußere Lebensbedingungen oder primär innerpsychisch erlebte konflikthafte Belastungen durch Entwicklungs- und Alterungsprozesse im Lebenslauf sein. Im Gegensatz zum psychoneurotischen Konflikt sind dem Patienten die motivationalen Beweggründe im Erleben äußerer und innerer aktueller Konflikte teilweise oder ganz bewusst. Das pathogene Element wird nicht über die Qualität der Bewusstheit des Konfliktes, sondern über seine prinzipielle, subjektive oder objektive Unlösbarkeit definiert.“ (Heuft, 1997, S.46) Die Therapie muss hierbei möglichst nahe am Hier-und-Jetzt bleiben, Ressourcen nutzen und ermutigend arbeiten. Die Analyse von Entstehungsbedingungen (Suche in der Kindheit) verschlechtert eher die Symptomatik. Es reicht die Bearbeitung der aktuellen Beziehungs- und Lebensgestaltung. „Häufig handelt es sich dabei um Geschichten, in der die Opferrolle betont wird. Positive Seiten des Lebens werden dann höchstens als Kontrast geschildert. Die Gespräche in der Therapie, gerade bei älteren Patienten, betreffen meist die Gegenwart, die heutigen Sorgen, Schwierigkeiten und Konflikte, und wenden sich, wenn Widerstand oder Übertragung gedeutet werden, der Beziehung zum Therapeuten im Hier und Jetzt zu.“ (Kipp, 1997, S.127)

Neurotische Konflikte

Viele Psychoanalytiker nehmen an, dass die späten neurotischen Konflikte grundsätzlich auf Problemen der Kindheit beruhen. „Nach psychoanalytischer Auffassung besteht zwischen krankheitsauslösenden Konflikten in späteren Lebensaltern ein enger Zusammenhang zu unerledigten Konflikten in der frühen Kindheit“ (Kipp, 1997, S.126). Genauso „ist unstrittig, dass bei Menschen in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens auch nach vierzigjähriger Latenz psychoneurotische Konflikte aus der kindlichen Entwicklung durch Veränderung des psychosozialen Arrangements (z.B. Wegzug der erwachsenen Kinder) aufbrechen können.“ (Heuft, 1997, S.44)

Klassisch neurotische Konflikte aus der Lebensgeschichte werden beim älteren Menschen aus verschiedenen Gründen wieder akut: Zum einen lässt die Abwehrkraft nach, die bislang (Über-)Kompensationen stabilisiert hat. Auch die veränderte Lebenssituation, wenn die Kindererziehung oder Arbeit nicht mehr als Ablenkung dienen, lässt bisher vermiedene Konflikte wieder auftauchen. (Insbesondere finde ich ein deutliches Thema die Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen, auch der Eltern, im 3. Reich). Ein weiteres Motiv kann sein, nun Zeit für „unerledigte Geschäfte“ zu haben, sich freier zu fühlen und diese vor dem Tod abzuschließen. „Der Einfluss, den das frühe Kindheitsbewusstsein auf den größten Teil unseres Erwachsenenlebens hatte, lässt nach den Mittvierzigern merklich nach. Die Andeutungen unserer eigenen Sterblichkeit beginnen unsere Angst vor dem zu verdrängen, was andere denken und tun werden“ (Gould, 1978, S. 317)

Vertragsarbeit

Für viele ältere Menschen ist die Festlegung auf ein Veränderungsziel schwierig, oft geht es nur um Klärung, Bestätigung, Absicherung, Verständnis oder auch um Vermeidung von unangenehmen Folgen eigener, früherer Entscheidungen. Häufiger sind auch Verträge mit sehr begrenzten Zielen, engeren Erwartungen und weniger Zeitaufwand.

Neben den klassischen Veränderungsverträgen brauchen wir nun auch Fürsorgeverträge mit den Zielen der Erhaltung von Fähigkeiten, Verlangsamung von Alterserscheinungen und höherem Bedarf an Schutz und Unterstützung. Auch Verträge zur Selbst- oder Fremdkontrolle können sinnvoll und nötig sein. (vgl. Loomis, 1982) Wird die Autonomie mit zunehmendem Alter eingeschränkt, braucht es eine sorgfältige Abwägung zwischen Herausforderung, Aktivitätsorientierung, Selbstverantwortung und auf der anderen Seite Schonung, Rücksichtnahme, Akzeptanz bis hin zu tröstender Intervention.

Trotz des oft vorhandenen Altersunterschiedes ist der Wunsch nach kompetenter Führung und ‚Expertness‘ meist sehr hoch. Der/die BeraterIn/TherapeutIn sollte von daher Verträge offener, „weicher“ gestalten und lieber regelmäßige Überprüfungen und Modifikationen anregen.

Sinnvolle Zielsetzungen und problematische Zielvorstellungen

Sinnvolle Zielsetzungen enthalten eine Chancen- und Nutzensabwägung für Heilung, Veränderung, Hilfestellungen für Bewältigungsstrategien (Coping). Sie

berücksichtigen die Komplexität der Probleme, vorhandene Ressourcen, die zeitlichen Begrenzungen, die Lernfähigkeit (Flexibilität) von KlientInnen und den Einfluss des Umfeldes (Familie, Beziehungen), der förderlich oder hemmend einwirkt.

Die Balance im Zeitbezug zwischen Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsorientierung sollte Gegenstand der Vertragsarbeit sein. Dabei soll Gegenwarts- und Zukunftsorientierung Vorrang vor der Vergangenheitsbetrachtung haben.

Sinnvolle Vertragsziele im Überblick sind:

- Selbständigkeit entwickeln/ erhalten
- Gegenwartsbezug fördern, anstelle von Zukunfts- oder Vergangenheitsorientierung
- Erarbeiten praktischer Lösungen für Alltagsprobleme
- Verbesserung sozialer Fähigkeiten, Kontakte
- Stärkere Berücksichtigung des Körpers,
 - Bewältigung chronischer Krankheiten
- Soziale Konfliktbewältigung
 - Intragenerative Konflikt (z.B. Ehepartner)
 - Intergenerativer Konflikt (Kinder, alte Eltern)
- Akzeptanz des „gelebten Lebens“
- Verluste bewältigen
- Auseinandersetzung mit Alter, Sterben, Tod
- Sinnfindung, „den verbliebenen Jahren Leben geben“

Interventionen

Viele Ältere sind in Bezug auf Interventionen nicht mehr so risikofreudig, suchen eher das Bekannte oder bevorzugen rein das Gespräch. Dennoch kann es sehr sinnvoll sein, KlientInnen zu anderen Medien des Selbstaushdrucks (Rollenspiel, Malen, Aufstellungen) einzuladen.

Die Anknüpfung an Ressourcen (was lernte ich aus meinen persönlichen „Katastrophen“?), Suche nach Faktoren der Resilienz (was habe ich ohne Schaden überstanden?), innere Faktoren der Selbstwertstabilisierung stellen das Grundgerüst für Beratung und Therapie dar.

Gerade für jüngere BeraterInnen/TherapeutInnen ist wichtig zu wissen, dass das Lernen älterer Menschen immer eine assoziative Grundlage hat, d.h. der Mensch versucht, Neues in seine vorhandene Erfahrung und seine Denkschemata einzufügen. Das kann leicht zu Konflikten führen, wenn dieses Lernen von dem /der BeraterIn/TherapeutIn als Widerstand oder Starrköpfigkeit erlebt wird. Die richtige Dosierung der veränderten Sichtweisen und die notwendige „Störung“ des Bezugsrahmens in kleinen Schritten braucht Geduld und Erfahrung.

Das Gespräch

Grundsätze für das Gespräch mit Älteren betonen vor allem Klarheit, Offenheit und dosierte Direktheit, um Vertrauen und Sicherheit herzustellen. Dabei ist das Erleben der Pfad zum Verstehen und Handeln. Die Selbstverantwortung hat besonderen Stellenwert, deren subjektive oder objektive Bedrohung (Bevormundung) löst meist erhebliche Widerstände aus.

Bei bestehenden Generationsunterschieden hilft es dem/der BeraterIn/TherapeutIn sich klarzumachen, dass es nicht nur (m)eine Realität gibt, dass Lernen und Entwicklung lebenslange Prozesse sind und die Person reicher, erfahrener ist, als dies ihr momentaner Zustand zeigt. Im Umgang mit den problematischen Gesprächshaltungen von KlientInnen wie Egozentrik, assoziative Reaktionen, Haften an Lieblingsthemen, Abwertung des Gegenübers etc. braucht der/die BeraterIn/TherapeutIn ein gutes Repertoire sanfter Führungsmöglichkeiten. (vgl. Hautzinger, 2005)

Folgende Grundsätze können als allgemeine Strategie gelten:

- Klarheit schafft Sicherheit und Vertrauen
- Erleben als Schlüssel zum Verstehen und Handeln
- Ressourcenerweiterung
- Entwicklung ist lebenslanger Prozess
- Selbstverantwortung hat existentielle Bedeutung
- Die Person ist mehr als ihr gegenwärtiger Zustand
- Es gibt nicht nur (m)eine Realität

Behandlungsplanung

In der Behandlungsplanung werden dann weitere Grundsätze im Vordergrund stehen:

- Fokussieren auf das Gesprächsthema
- Langsameres Vorgehen
- Multimodale Instruktionen, mündlich / schriftlich / visuell
- Gedächtnishilfen, Notizen, Tagebuch, Wiederholungen, Zusammenfassung
- Strategien des Aufmerksamkeitserhalts
- Einstellung zur Psychotherapie prüfen, besonders negative Vorurteile abbauen
- Unkonventionelle Settings, Spaziergang, Cafe,
- Medizinisches Grundwissen und Kontakt zu Ärzten
- Berücksichtigung von Ressourcen und Kompetenzen

Hilfreiche TA-Konzepte für die Arbeit mit älteren Menschen

Grundsätzlich sind alle TA-Konzepte wegen ihrer Anschaulichkeit und Verständlichkeit auch in der Arbeit mit älteren Menschen gut zu gebrauchen. Die Spiel-, Maschen- und Skriptanalyse muss dabei immer dem Wert der psychischen Abwehr und Kompensationsmechanismen berücksichtigen. Wichtig ist auch deren Verankerung in der persönlichen Identität und der Zugehörigkeit zur Referenz-Gruppe in Rechnung zu stellen.

Besonders gut praktikabel haben sich folgende Konzepte erwiesen:

- Arbeit mit den Lebensgrundpositionen, besonders o.k. Corral (M.Ernst)
- Die Transaktionsanalyse im engeren Sinne (TA proper) ist für die Analyse von Kommunikationsproblemen und Konflikten leicht zu verstehen.
- Die Analyse des Umgangs mit Bedürfnissen (needs, hunger), Zeitstruktur und Struktur allgemein führt zu schnellen Einsichten und Veränderungsbereitschaft.
- Enttrübungen sind leichter bei einer K-Er Trübung als bei El-Er Trübung.
- Für innere Konflikte eignet sich gut das Konzept des inneren Dialogs sowie die Engpassarbeit ersten Grades.
- Für die Externalisierung der Introjekte wird die Stuhlarbeit eher gemieden. Es sind andere Möglichkeiten (wie z.B. Briefe schreiben, Tagebuch, Bilder malen) wichtig.

Innere Haltungen bei BeraterInnen/TherapeutIn

In Unterscheidung zur Arbeit mit jungen Erwachsenen geht es bei der Beratung und Therapie oft um das Akzeptieren von Kompromissen, das Leben in Symbiosen, das Skriptarrangement (das „nicht so schlechte“ Leben) mit Spielen und Maschen, das nicht mehr grundsätzlich infrage gestellt werden soll. Hier wird der Idealismus von BeraterIn/TherapeutIn herausgefordert und die Haltung „o.k.-realistisch“ erforderlich.

Die drei „P“s der Transaktionsanalyse erhalten eine erweiterte Deutung:

„Permission“ (Erlaubnis) wird zu begleitender Ermutigung

„Protection“ (Schutz) wird zu Begegnung im Dialog

„Potency“ (Potenz) bedeutet dann liebevollen Umgang auch mit Verlierern

Die Einstellung zum Altern und zu den alten Menschen kann durch die konkrete Arbeit eine Bereicherung erfahren. Oft handelt es sich um die Auflösung von Vorurteilen, von denen ältere Frauen stärker betroffen sind als Männer (Boellhoff Giesen/Datan, S. 58).

Die therapeutische Beziehung

Besonders der/die jüngere BeraterIn/TherapeutIn muss mit sehr heterogenen Übertragungsreaktionen rechnen: Häufig wird er/sie in der Rolle der Kinder von KlientInnen wahrgenommen, wird idealisiert oder spürt den Impetus, ihn/sie zu „erziehen“. Gleichzeitig tauchen Phänomene der Übertragungsliebe und des Hasses

auf. Nach einer Weile der Zusammenarbeit kommt es in der Regel zur klassischen Elternübertragung, d.h. unbesehen vom Alter wird der/die BeraterIn/TherapeutIn in einer Elternrolle wahrgenommen (vgl. Hinze 1999).

In der Gegenübertragung muss der/die BeraterIn/TherapeutIn mit eigenen Reaktionen umgehen können. Die eigene Angst vorm Altern, Verlusten an Aussehen, Fähigkeiten etc. bis hin zur Gerontophobie kann den Kontakt blockieren. Es kann schwer fallen, KlientInnen in der Elterngeneration als schwach, hilflos, bedürftig zu erleben. Eigene unerledigte Geschäfte mit den eigenen Eltern (Rache, Revanchegefühle, Schuldgefühle) sind vom aktuellen Geschehen zu trennen. Die Konfrontation mit starken Gefühlen muss der/die BeraterIn/TherapeutIn ertragen können und handlungsfähig bleiben (u.a. Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Abhängigkeit, Angst, Verzweiflung, Resignation, Zynismus, Suizidalität).

Abschluss

Schulz kommt zum Arzt und beklagt sich darüber, dass er alt werde.

„Mein Lieber“, sagt daraufhin der Arzt, „bedenken Sie, dass Altwerden bisher die einzige Möglichkeit ist, um lange zu leben.“