

Peter Elfner

# Aktualisierungstendenz als Entwicklungspotenzial im Alter

## Wie kann der Personzentrierte Ansatz in der Gerontopsychiatrie dabei förderlich sein?

**Zusammenfassung:** Vor dem Hintergrund eigener Berufserfahrung und der psychosozialen Situation alter Menschen wird eine Übertragung des Personzentrierten Ansatzes auf die Behandlung psychischer Altersstörungen dargelegt. Das Postulat der Aktualisierungstendenz gesteht ein Entwicklungspotenzial bis ins hohe Alter zu. Psychische Störungen können erstmalig im Alter auftreten oder bereits vorher bestehen. Die Inkongruenz steht in wechselseitigem Zusammenhang mit den gewaltigen Anpassungsleistungen, die der Alterungsprozess fordert. Die theoretische Konzeption des Meta-Ansatzes beugt einer normativen Einengung des vielfältigen Erlebens dieser heterogensten Altersgruppe vor. Zur Erleichterung des Psychotherapiezugangs wird sowohl die Bereitschaft des Therapeuten zu einer längeren Motivationsphase gefordert als auch ein nicht ausschließlich sprachlich-explorierend festgelegtes Indikationskriterium des Ausdrucks von Inkongruenz. Neben störungsspezifischen Behandlungsmodifikationen ist ein fließender Übergang zwischen Psychotherapie, Beratung und konkreten Hilfestellungen ebenso erforderlich wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

**Schlüsselwörter:** Aktualisierungstendenz, Entwicklungspotenzial, alte Menschen, Gerontopsychiatrie, Motivation

**Abstract: Actualizing tendency as a potential for development in the elderly—How does the person-centred approach benefit this process in gerontopsychiatry?** *The person-centred approach in the treatment of mental disorders in the elderly is conveyed using professional experience and the psychosocial situation of elderly people. The postulate of actualizing tendency confers a potential for continued development into the advanced years of life. Mental disorders may appear for the first time in old age or have existed previously. Incongruence is reciprocally influenced by the enormous effort to manage the challenges of aging. The theoretical conception of the person-centred approach precludes a normative reduction of the diverse experience of this heterogeneous age group. To alleviate admission to psychotherapy, professionals are called upon to engage in an extended motivating period as well as not applying an exclusively verbal-explorative determined indication criteria as expression of incongruence. In addition to disorder-specific treatment, optimal care requires interdisciplinary teamwork and smooth transitions between psychotherapy, counselling and practical support.*

**Keywords:** *actualizing tendency, potential for development, elderly people, gerontopsychiatry, motivation*

Auf das Entwicklungspotenzial alter Menschen lässt sich auch dann uneingeschränkt vertrauen, wenn sie mit der Bewältigung psychischer Störungen konfrontiert sind. Entwicklung im Alter schließt eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit Alterungsprozessen ein, da diese an der Entstehung psychischer Störungen beteiligt sein können oder deren Erscheinungsformen sowie deren Verläufe abwandeln. In welcher Weise sich der Mensch in seiner Umgebung erhält und mit ihr weiterentwickelt, hat Rogers mit dem Konzept der Aktualisierungstendenz beschrieben. Sie ist ein grundlegendes und universelles Prinzip alles Lebendigen, die dem Organismus eigene Tendenz, all seine Kapazitäten so zu entwickeln, dass sie dazu

dienen, den Organismus zu erhalten oder zu erweitern (Höger, 2006). Aus neurobiologischer Sicht wird ein bis ins hohe Alter bestehendes Entwicklungspotenzial bestätigt (Spitzer, 2003; Hüther, 2004 a,b). Leider kontrastiert das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz mit nach wie vor weit verbreiteten verzerrten und defizitorientierten Vorstellungen sowohl über das Altern und psychische Altersstörungen als auch darüber, wie sich alte Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinandersetzen. Der Personzentrierte Ansatz stellt ein spezifisches Beziehungsangebot bereit, um in dieser Auseinandersetzung das Wachstum der jeweiligen Person zu fördern.

Infolge von steigender Lebenserwartung und sinkender Nachkommenzahl wird in den Industrieländern der Anteil der Altenbevölkerung zunehmen. Mit der demographischen Entwicklung steigt in Zukunft auch die absolute Zahl von psychisch erkrankten alten Menschen. Gegenwärtig wird davon ausgegangen, dass ein Viertel der Über-65-Jährigen an einer psychischen Störung leidet (Bickel, 2002; Helmchen & Kanowski, 2001). Angesichts dieser Herausforderungen ist es erstaunlich, dass personenzentrierte Veröffentlichungen den psychischen Störungen im Alter bisher nur beiläufig Aufmerksamkeit gewidmet haben. Auch wird das bislang nur gelegentliche Interesse den wirkungsvollen und vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten des Personenzentrierten Ansatzes in der Gerontopsychiatrie nicht gerecht.

Rogers selbst kann beispielhaft für ein fortgesetztes Vertrauen in die Aktualisierungstendenz alternder Menschen genannt werden. In seinen frühen Schriften legte er zwar zunächst als zeitliches Ausschlusskriterium für eine personenzentrierte Psychotherapie das 60. Lebensjahr fest, da ab diesem Zeitpunkt die Anpassungselastizität nicht mehr ausreichend sei (Rogers, 1942a). Später nahm er dieses Kriterium wieder zurück, da seine ursprüngliche Annahme fortgesetzt widerlegt worden sei. In seinem siebenten Lebensjahrzehnt überschrieb Rogers einen Artikel über sein eigenes Altern mit den Worten: „Growing old: or older and growing“ (Rogers, 1980a). Im gleichen Jahrzehnt begab er sich selbst in Psychotherapie.

## Altern und psychische Störungen

### Prävalenz psychischer Altersstörungen

Psychische Störungen können erst im Alter erworben oder aus jüngeren Lebensjahren mitgenommen werden. Mit Ausnahme der Demenzen zeigen Neuerkrankungsraten psychischer Störungen im Alter, die anerkannte Diagnosekriterien erfüllen, insgesamt eine fallende Tendenz (Bickel, 2002). Die Prävalenz psychischer Alterserkrankungen erreicht ein mit jüngeren Patientengruppen vergleichbares Vorkommen. Um eine fassbarere Vorstellung von der Verbreitung zu bekommen, sind nachfolgend die Häufigkeiten einiger Hauptstörungskategorien des Alters dargelegt:

Entgegen einer immer noch weit verbreiteten Auffassung liegen diagnoserelevante Depressionen auf ebenso hohem Niveau wie bei Jüngeren, wobei depressive Symptome ohne eindeutigen Krankheitswert mit dem Alter leicht zuzunehmen scheinen (Bickel, 2002; Ernst, 1997; Helmchen et al., 1996).

Bei den Demenzerkrankungen ist hingegen eine steile altersbezogene Zunahme zu verzeichnen. Die Häufigkeiten steigen von 2% (65 bis 69 Jahre) auf 10 bis 17% (80 bis 84 Jahre) und über 30% hinaus bei Über-90-Jährigen (Bickel, 2002).

Das Vorkommen der Alkoholabhängigkeit geht mit steigendem Alter zurück. Dafür dürfte zu einem großen Teil das hohe Mortalitäts-

risiko verantwortlich zu machen sein. In der Literatur ist umstritten, ob mit dem Alter ein nachlassender Alkoholkonsum einhergeht (Adams et al., 1990). Andere Autoren (Uchtenhagen et al., 2006) weisen auf höhere Risikofaktoren hin, die durch negative Attribuerungen hinsichtlich des Alterns begünstigt werden. Bei insgesamt schmäler epidemiologischer Datenlage und unter Berücksichtigung der Dunkelziffer wird die Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit jenseits des 60. Lebensjahres bei Männern zwischen 1 und 4%, bei Frauen unter 1% angesiedelt (Bickel, 2002).

### Alterungsprozesse

Alterungsprozesse sind in biologischer, psychischer und sozialer Hinsicht an der Entstehung, der Erscheinungsform und dem Verlauf psychischer Störungen beteiligt. Daraus ergibt sich nicht nur eine zwingend erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Diagnostik und Behandlung von Altersstörungen, sondern auch die Notwendigkeit differenzierten gerontologischen Wissens. Da eine umfassende Darstellung der Gerontologie den Rahmen dieses Artikels sprengen würde, seien anschließend grob zusammenfassend einige zentrale Aspekte des Alterns dargelegt.

Dem biologischen Alterungsprozess sind sämtliche Organfunktionen unterworfen. Die Geschwindigkeit dieses Prozesses variiert dabei nicht nur erheblich zwischen unterschiedlichen Individuen, sondern auch zwischen einzelnen Organsystemen desselben Individuums. Beim gesunden Altern können gealterte Organe Belastungen schlechter ausgleichen, während unter Ruhebedingungen kaum Veränderungen gegenüber jüngeren Erwachsenen festzustellen sind (Nikolaus, 2000). Altern und körperliche Krankheit sind nicht gleichzusetzen. Im Alter steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung.

Die Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit bedarf ebenfalls einer differenzierten Betrachtung. Langjährig erprobtes Erfahrungswissen bleibt weitgehend altersstabil (Lehr, 2003), geschwindigkeitsabhängige Leistungen und Wendigkeit nehmen hingegen ab. Erst jenseits des achten Lebensjahrzehnts zeichnet sich ein alle kognitiven Bereiche betreffender Leistungsverlust ab (Baltes, 2000). Neben dem chronologischen Alter wird die kognitive Leistungsfähigkeit von vielfältigen Faktoren wie Gesundheitszustand, Einkommen, Bildungsstand, Motivation sowie angemessener Darbietung von Lern- und Bildungsangeboten beeinflusst.

Es gibt keine universelle Alterspersönlichkeit. Auch im hohen Alter können bei ein und demselben Individuum in einzelnen Persönlichkeitsbereichen Entwicklungsprozesse im Sinne von Abbau, Zunahme und Konstanz gleichzeitig nebeneinander bestehen (Lehr, 2003). Ein überraschend hohes und konstantes Maß an subjektivem Wohlbefinden in der Altenbevölkerung korreliert paradoxerweise nicht mit dem objektiven Gesundheitszustand und den aktuellen Lebensverhältnissen (Perrig-Chiello et al., 1997). Diesen Befund

wertet Lehr (2003) als erhaltene Plastizität in der Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des Alterns. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Idealbild der Selbstbeherrschung vermittelt wurde. Viele der heute Älteren schämen sich daher ihrer Hilfsbedürftigkeit oder verleugnen sie (Peters, 2000; Kade, 2007).

Die vielfältigen Alterungsprozesse werden von alten Menschen trotz gemeinsamer zentraler Aspekte – je nach Lebensentwurf und biographiegebundener Selbstdeutung – auf ganz subjektive und daher unterschiedliche Weise erlebt und verarbeitet. Gemäß der gerontologischen Forschung haben zwar objektive Faktoren wie beispielsweise Gesundheitszustand, Leistungsfähigkeit, Einkommen, Bildungsstand und Verlust nahestehender Personen großen Einfluss auf den Verarbeitungsprozess des Alterns. Der subjektiven Verarbeitung dieser Faktoren kommt jedoch hinsichtlich der individuellen Reaktionen auf den Alterungsprozess ebenso große Bedeutung zu (Lehr et al., 2000; Kruse & Martin, 2004).

Das individuelle Altern vollzieht sich in wechselseitiger Beeinflussung von situativen, sozialen und gesellschaftlichen Bezügen. Betagte müssen sich nicht nur mit kritischen Lebensereignissen wie beispielsweise dem Verlust nahestehender Personen oder der Pensionierung auseinandersetzen, sondern auch mit den ebenso herausfordernden alltäglichen Anpassungsaufgaben. Defizitäre Altersbilder über vermeintliche Verhaltensweisen und Eigenschaften alter Menschen wirken sich dann besonders beeinträchtigend auf die psychische Befindlichkeit Älterer aus, wenn deren Lebenssituation bereits gesundheitlich, zwischenmenschlich oder ökonomisch belastet ist.

Die demographischen Veränderungen führen dazu, dass zunehmend mehr Generationen gleichzeitig leben, die Verfügbarkeit naher Verwandter jedoch abnimmt. Der Trend zur Singularisierung von Haushalten hat nicht zwingend Vereinsamung zur Folge, kann durch die äußere Distanz Generationenkonflikte minimieren und innere Nähe erleichtern (Rosenmayr, 1990). Für Frauen jenseits des 60. Lebensjahres ist die Verwitwung die häufigste Form des Familienstandes, während der überwiegende Teil der Männer in Partnerschaft lebt (Lehr, 2003). Obwohl Betagte familiären Beziehungen aktuell einen hohen Stellenwert einräumen, sinkt die Bedeutung der Familie (Lehr, 2003). Für viele Ältere von morgen wird das soziale Netzwerk außerhalb der Familie mehr Gewicht bekommen.

## Psychische Störungen des Alters

Nachfolgend werden Besonderheiten gerontopsychiatrischer Störungen anhand der Depression und des Alkoholismus im Alter beispielhaft umrissen. Weitergehend Interessierte seien an die einschlägigen Standardwerke der Gerontopsychiatrie (Förstl, 2002) und Geriatrie (Nikolaus, 2000) verwiesen.

Im Senium tritt keine grundsätzlich andere Art von Depression auf als im jüngeren Erwachsenenalter. Körperliche Erkrankungen können sich jedoch mit somatischen Symptomen einer Depression überlappen (Baldwin & Niklewski, 2002). Unter Umständen zeigen ältere Patientinnen und Patienten ihr depressives Erleben über körperliche Beschwerden oder bagatellisieren Symptome, wodurch eine Depression möglicherweise schwerer zu erkennen ist und leichter übersehen wird (Wolfersdorf et al., 2000). Häufig begleiten kognitive Defizite im Senium depressive Störungen. Eine genaue Unterscheidung zwischen einer Demenz und einer Depression lässt sich vielfach erst im Behandlungsverlauf treffen, wenn sich kognitive Schwächen unter der Depressionsbehandlung zurückbilden. In Lehrbüchern angeführte und anscheinend trennscharfe Unterscheidungskriterien für ältere Depressive – wie ein häufigeres Klagen über Denkschwächen, deren rascherer Beginn und ein Morgentief – bieten lediglich grobe Orientierungspunkte. Herauszuheben ist, dass die Behandlungsprognose einer Depression im höheren Lebensalter der Prognose jüngerer Altersgruppen entspricht (Baldwin & Niklewski, 2002).

Bei der Diagnose des Alkoholismus lässt sich ein sozialer Rückzug im Rahmen des Alterungsprozesses unter Umständen schwer von einer alkoholbedingten Vernachlässigung eigener Interessen abgrenzen. Typische soziale Auswirkungen wie Kündigung des Arbeitsplatzes, Scheidung oder Straftaten sind bei Älteren seltener, obwohl in der Regel sozialer Abstieg und Konflikte mit der Alkoholkrankung einhergehen. Häufig kommen schwere körperliche Folgeerkrankungen sowie Verletzungen durch Stürze zur Suchterkrankung hinzu. Alkoholbedingte kognitive Defizite können sich unter Abstinenzbedingungen häufig zurückbilden. Infolge einer unbegründeten fatalistischen Haltung angesichts vermeintlich geringer Therapieaussichten werden alten Menschen Therapien, Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen seltener empfohlen. Die meisten Suchtfachkliniken setzen eine Altersgrenze bei 60 bis 65 Lebensjahren. Vor dem 60. Lebensjahr entwickeln sich doppelt so häufig Alkoholabhängigkeiten wie danach. Bei einem späten Beginn ist die Prognose günstiger und die sozialen wie finanziellen Verhältnisse sind in der Regel weniger zerrüttet. Individuelle Therapieplanungen und gemeindenahere Angebote sind für alte Menschen zu bevorzugen.

## Versorgungsstrukturen

Hausärzte und Hauspflegedienste stellen für alte Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden, erste vertrauenswürdige Anlaufstellen dar. Mit der geforderten Breite des Fachwissens stoßen diese Dienstleister allerdings häufig an die Grenze gerontopsychiatrischer Fachkompetenz. Unter den Hausärzten besteht leider noch zu viel Zurückhaltung gegenüber einer fachspezifischen Delegation (Helmchen & Kanowski, 2001). Niedergelassene

Psychiater und Psychotherapeuten haben gegenwärtig für Betagte eine nur geringe Bedeutung (Kipp & Jüngling, 2007), wofür Vorbehalte auf beiden Seiten verantwortlich sein dürften. Behandlungen psychisch erkrankter alter Menschen finden im Wesentlichen – sofern es überhaupt zu einer Behandlung kommt – innerhalb des institutionellen Rahmens (geronto-) psychiatrischer Fachabteilungen statt. In der nahen Zukunft ist jedoch mit einer zunehmenden Bedeutung des ambulanten Versorgungsbereiches zu rechnen. Der verstärkte Kostendruck im Gesundheitswesen wird eine solche Entwicklung begünstigen. Älter werdende jüngere Alte werden vermutlich ihre Behandlungsansprüche selbstverständlicher und nachdrücklicher einfordern. Eine inzwischen differenziertere gerontologische und gerontopsychiatrische Ausbildung wird voraussichtlich eine entwicklungsbejahendere Haltung der Fachpersonen gegenüber Alten fördern und diesen dadurch den Behandlungszugang erleichtern.

### **Anwendungsmöglichkeiten des Personenzentrierten Ansatzes**

Wendet man sich den vielfältigen personenzentrierten Anwendungsmöglichkeiten zu, sollte man sich zunächst vergegenwärtigen, dass der Personenzentrierte Ansatz in erster Linie eine Metatheorie beinhaltet: Das Postulat der Aktualisierungstendenz drückt das Vertrauen aus, dass jedem Individuum Entwicklungsmöglichkeiten innewohnen. In zweiter Linie betont der Ansatz die innere Haltung eines spezifischen, wachstumsfördernden Beziehungsangebotes. Drittens leiten sich unterschiedlichste Interventionen ab, die jedoch immer der Metatheorie und der vorgenannten Haltung verpflichtet sind.

### **Offenheit und Subjektorientierung des Ansatzes**

Alte Menschen bilden eine überaus heterogene Bevölkerungsgruppe. Die Offenheit der Metatheorie bietet, zumindest von ihrer theoretischen Konzeption her, den Vorteil, das vielgestaltige subjektive Erleben Betagter nicht durch einengende theoretische Vorannahmen ersetzen zu müssen, sondern sich vielmehr am Gegebenen orientieren zu können.

Menschen reagieren mit ihrem Verhalten und Erleben nicht auf die objektive Welt, sondern darauf, wie sie diese in ihren Repräsentationen wahrnehmen. Eine solche Auffassung ist zentral für das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes. Die gerontologische Forschung unterstreicht zusätzlich die Notwendigkeit einer Subjektorientierung, wenn insbesondere das Verhalten und Erleben alter Menschen, eingebettet in deren vielfältige Alternsprozesse, umfassend verstanden werden soll.

### **Durchlässigkeit zwischen Interventionsformen und praktisches Handeln**

In der Arbeit mit psychisch erkrankten alten Menschen gilt die Unterscheidung zwischen Psychotherapie, Beratung und anderen Interventionsformen ebenso wie bei jüngeren Patienten. Während in der Psychotherapie die Beziehung der Patienten zu sich selbst im Mittelpunkt steht, liegt der Fokus in der Beratung mehr auf der Problemlösung. Ziel beider Vorgehensweisen ist der selbstbestimmte Wachstumsprozess der betreffenden Person. Für die komplexe Situation alter Menschen empfiehlt es sich, die Grenzen zwischen den verschiedenen Interventionsformen durchlässig zu halten. Die Arbeit im Altersbereich besteht aus einem Bündel von unterschiedlichen Teilmaßnahmen, die sich ineinandergreifend gegenseitig unterstützen oder aufeinander aufbauen, beim Patienten selbst und/oder in seinem Umfeld ansetzen (Linster, 1990). So kann beispielsweise ein Psychotherapie- oder Beratungsprozess zwischenzeitlich von einer Phase sozialpsychiatrischer Unterstützung unterbrochen oder begleitet werden, wenn ein Wechsel aus dem häuslichen Wohnumfeld in eine institutionell betreute Wohnform nötig wird. Unter Umständen ist die Koordination eines interdisziplinären Helfernetzes von Pflegepersonen, somatischen Medizinern, Sozialarbeitern, institutionellen Vertretern und nahestehenden Bezugspersonen erforderlich. Alte Menschen brechen häufig bereits initiierte und notwendige Veränderungen ab, wenn im Rahmen solcher Umgestaltungsschritte der Kontakt von einer vertrauten Fachperson auf eine fremde übergehen soll.

Das personenzentrierte Beziehungsangebot wird bei jüngeren Erwachsenen eher als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden. Alten Menschen sind körperlich, kognitiv, psychisch und sozial unter Umständen Grenzen gesetzt, was ihre Möglichkeiten zur Selbsthilfe angeht. Psychotherapeutisch und beraterisch Tätige sollten ebenso wie Betreuende gegebenenfalls zu ganz praktischen Hilfestellungen wie beispielsweise der aufsuchenden Hilfe, der Vermittlung von Fahrdiensten, Haushaltshilfen, Finanzberatung oder einer persönlichen Begleitung zu in den Behandlungsprozess involvierten Institutionen bereit sein. Derartige praktische Hilfestellungen sind durchaus auch bei Jüngeren angezeigt. Alte Menschen sind jedoch sehr viel mehr auf solche Unterstützungen sowie auf die entsprechende Bereitschaft der Helfenden angewiesen. Vielfach wird eine derartige Bedürftigkeit missbräuchlich als Ausschlusskriterium für eine Psychotherapie oder Beratung verwendet. Das nachfolgende Fallbeispiel soll die Ausführungen verdeutlichen.

*Ein 63-jähriger verwitweter Mann, Herr N., erleidet während seines Aufenthalts in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik erneut einen Schlaganfall. Eine Körperhälfte kann er nur mühsam koordiniert bewegen, trotz verwaschener Artikulation bleiben sein Ausdruck und das Verständnis von Sprache erhalten. Auf die unmittelbar hinzugezogene Notfallärztin reagiert er wütend und verweigert seine*

Mitarbeit, als sie ihm die Notwendigkeit einer sofortigen Einweisung in die neurologische Klinik mitteilt. Der teilstationären Behandlung sind zwei mehrmonatige psychiatrische Hospitalisationen vorausgegangen. Auf einen ersten Schlaganfall hin hat der Patient mit starken Angst- und Panikattacken reagiert, die zeitweise mit psychotischem Erleben und verbal aggressivem Verhalten verbunden gewesen sind. Bei erhaltenem Urteilsvermögen ist er zu Beginn der teilstationären Behandlung kognitiv verlangsamt gewesen und ohne Hilfsmittel – jedoch leicht unsicher und verlangsamt – zu Fuß gegangen. Herr N. lebt als frühpensionierter Witwer selbstständig in einer Eigentumswohnung. Beruflich hat er eine Kaderstellung in einem Dienstleistungsunternehmen innegehabt und ist beruflich wie familiär eine selbstbestimmte und dominante Lebensführung gewohnt gewesen. In den ersten Monaten der teilstationären Anschlussbehandlung haben während der psychologischen Einzelgespräche zunächst heftige Auseinandersetzungen stattgefunden, bis eine vertrauensvolle Beziehung erarbeitet gewesen ist, in der dem Patient ein Gleichgewicht zwischen Selbstkontrolle und hilfsbedürftiger Abhängigkeit möglich geworden ist. In der aktuell eskalierenden Notfallsituation räumt Herr N. erst dem ihm vertrauten Psychologen ein, wie sehr ihn der befürchtete Kontrollverlust in der hektischen Notfallambulanz ängstigt. Das Angebot des Psychologen, ihn während der Notaufnahme unterstützend zu begleiten, lässt Herrn N. entspannter in das unterbreitete Vorgehen einwilligen. Dank der unterstützenden Begleitung kooperiert der Patient während der Erstuntersuchung ebenso bereitwillig, wie er seinen nachfolgenden mehrwöchigen Aufenthalt in der neurologischen Klinik eigenständig und ohne erneute psychische Dekompensation bewältigt.

Bei derartigen Interventionen ist allerdings zu beachten, dass in der Altenbevölkerung ein Idealbild der Selbstkontrolle sowie Scham angesichts persönlicher Hilfsbedürftigkeit weit verbreitet sind (Peters, 2000; Kade, 2007). Eine wohlgemeinte Hilfestellung kann alte Menschen möglicherweise in ihrem Selbstverständnis von autonomem Altern kränken.

Die Selbstaktualisierungstendenz ist ein Teil der Aktualisierungstendenz, der auf das Selbst gerichtet ist. Die Selbstaktualisierungstendenz dient somit sowohl der lebensnotwendigen Erhaltung des Selbst als auch dessen Entfaltung, um mit den sich verändernden Bedingungen der äußeren und inneren Welt Schritt zu halten (Höger, 2006). Das Beharren auf Selbstüberzeugungen – auch wenn diese einer offensichtlichen Notlage entgegenstehen – kann solchermassen als selbsterhaltende Funktion eines lebenswichtigen Monitorsystems im Sinne eines Kränkungs-schutzes (Peters, 2000) oder eines Schutzes vor Enttäuschung (Pörtner, 1996) verstanden werden. Eine differenziert reflektierte entwicklungsbejahende Haltung gegenüber Betagten, eingebettet in das personzentrierte Beziehungsangebot, kann zusätzlich die Bedingungen fördern, unter denen Patienten jene Sicherheit und Schutz erfahren, der sie notwendige Veränderungen wagen lässt.

Eine wohl abgewogene Unterstützung setzt voraus, individuelle Lösungen stets mit den Betroffenen und nicht für sie zu entwickeln (Pörtner, 2006). Derartige Lösungen können innerhalb von Monate bis Jahre dauernden sensiblen Prozessen erarbeitet werden, wenn hochbeanspruchte betreuende Angehörige schließlich selbstverträglich einem Heimeintritt ihrer schwer dementen Partner zustimmen. Um hilfreiche Interventionen partnerschaftlich abzustimmen, lassen sich gemeinsam entwickelte Lösungen mitunter auch innerhalb eines Gesprächs finden. Ein Gesprächsausschnitt mit dem bereits erwähnten Patienten soll Letzteres verdeutlichen. Das Gespräch findet in der Anfangsphase der teilstationären Nachbehandlung statt, in der ein Gleichgewicht zwischen Beharren und selbstverträglicher Inanspruchnahme von Hilfe gesucht wird.

*Th.: In diesem Moment passiert genau das, was Ihnen häufig widerfährt. Die Situation wächst Ihnen über den Kopf.*

*Herr N.: [steht auf; laut und wütend] Dann hören Sie endlich auf, über den Scheißdreck zu sprechen! Sie machen jetzt noch eine Drehung und noch eine Drehung. [...] Das ist verrückt, was sich um mich abspielt!*

*Th.: Und ich trage dazu bei, es für Sie noch schlimmer zu machen.*

*Herr N.: Ja! [...] Wenn Ihnen daran liegt, dass es mir besser geht, dann müssen wir das Thema ändern. [geht im Raum umher; spricht versöhnlicher] Früher hätte ich ein Bierchen getrunken [...], das mache ich auch nicht mehr [...], ist ja egal! Verlassen wir diese Katastrophe einfach [...] und [...] und [...] unser Leben ist ja eigentlich in Ordnung. Es ist ein wunderschöner Tag draußen. Mit diesen Gedanken kann ich das nicht mehr sehen. [zunehmend wütender] Ich wollte spazieren gehen, als Sie zum Gespräch kamen. Dann musste ich den Scheißdreck erzählen! [...] Bis zum Geht-nicht-mehr!*

*Th.: Ich habe dazu beigetragen, dass es für Sie noch schlimmer wurde. [...] Dabei ist meine Absicht, mit Ihnen zusammen nach Entlastung zu suchen. [... 5 Sekunden Pause ...] Wie machen wir denn nun weiter?*

*Herr N.: [energisch und versöhnlicher] Dass Sie mir helfen, wenn ich aus dem letzten Loch pfeife! Ich schaffe es nicht, Stopp zu sagen. Und dass Sie nicht noch nach noch mehr Details fragen! Das kann ich tatsächlich nicht mehr. Sonst ist einfach meine Platte kaputt.*

(Elfner, 2008, S. 111)

Trotz anfänglicher Konflikteskalation lässt sich innerhalb weniger Minuten die Basis für ein gemeinsames Vorgehen finden, das in zahlreichen nachfolgenden Begegnungen wirkungsvoll dazu beiträgt, Überforderungen für den Patienten zu verringern. Das Vertrauen in seine Möglichkeiten und das Ernstnehmen seiner Bedürfnisse bilden die entscheidende, grundlegende Haltung für diese Lösung.

## Spezifischer Ausdruck von Inkongruenz

Für die Aufnahme einer Personenzentrierten Psychotherapie sind drei Indikationskriterien zu erfüllen. Mit Ausnahme schwerer Psychosen und fortgeschrittener Demenzen stellen sowohl das Wahrnehmen eines von Alltagskontakten unterscheidbaren Beziehungsangebots sowie die Beziehungsfähigkeit erfüllbare Indikationskriterien bei alterspsychiatrischen Patienten dar. Im Kriterium des Leidens an Inkongruenz dagegen kann eine diskriminierende Hürde verborgen liegen.

Da der Begriff der Inkongruenz im Laufe der Weiterentwicklung des Ansatzes unterschiedliche Auslegungen erfahren hat, sei die Begriffsbestimmung verdeutlicht. Im Kontext dieser Ausführungen wird der Begriff in der ursprünglichen Bedeutung von Rogers verwendet, als Nicht-Übereinstimmung der Erfahrung mit dem Selbstkonzept (Biermann-Ratjen, 2006).

Eine diskriminierende Hürde könnte mit den erwarteten Ansätzen von Selbstexploration errichtet werden. Dabei wird eine nachforschende Neugier der Patienten an sich selbst vorausgesetzt (Biermann-Ratjen et al., 1997). Bei alten Menschen steht der geforderten Selbstöffnung jedoch häufig das bereits erwähnte Ideal der Selbstbeherrschung entgegen. Unter Umständen drücken sie ihr psychisches Leiden eher über vage Mitteilungen oder über ihr körperliches Erleben aus. Bisweilen wird das Leiden bagatellisiert oder gar negiert. Der nachfolgende kurze Gesprächsausschnitt soll die Überlegungen veranschaulichen.

*Eine 66-jährige Patientin, Frau A., wird nach einem Suizidversuch während einer schweren Depression in die geschlossene gerontopsychiatrische Akutstation eingewiesen. Sie hat erst wenige Wochen zu Hause verbracht, nachdem sie etwa ein Jahr in einer anderen psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen war. In den ersten Behandlungswochen nimmt sie wegen ihrer Kraftlosigkeit nur unter großen Anstrengungen an den gemeinsamen Stationsmahlzeiten teil. In den anfänglichen psychotherapeutischen Einzelgesprächen äußert sich Frau A. sparsam zwischen langen Pausen in Ein- oder Zweiwortsätzen, die eher den Charakter eines unterstützten Selbstgesprächs haben. Trotz der anhaltenden schweren depressiven Episode entwickeln sich die weiteren psychotherapeutischen Begegnungen mehr zum Dialog und es entspannt sich folgendes Gespräch:*

*Frau A.: [nachdem sie zu Beginn des Gespräches im Bett gelegen ist, läuft sie nun schleppend und unruhig im Zimmer umher]*

*Th.: Sie sehen gleichzeitig bedrückt und unruhig aus.*

*Frau A.: Ganz schlimm [... 10 Sekunden Pause ...], wie wenn man mich aufhängen würde.*

*Th.: Sie fühlen sich tief bedroht, als ob es um Ihr Leben ginge, und das macht Sie ganz unruhig.*

*Frau A.: Es ist so schwierig [...] von A bis Z.*

*Th.: Ich möchte das gerne genauer verstehen. Haben Sie ein Beispiel?*

*Frau A.: Keine Kraft! [...] Kein Mumm! [...] Kein gar Nichts! [...] Kein Appetit! [... 10 Sekunden Pause ...] Das Schlimmste ist, ich kann noch nicht mal Kirschen essen.*

*Th.: Der Geschmack von Kirschen scheint Ihnen besonders zu fehlen.*

*Frau A.: Ja, [...] früher [... 20 Sekunden Pause ...], aber jetzt [...], wenn ich den anderen beim Essen zuschauen [...], mit welchem Appetit.*

*Th.: Sie sehnen sich sehr danach, wieder einen solchen Appetit zu spüren. Und Sie wissen nicht, wie das möglich werden soll.*

*Frau A.: [...] Ich habe keine Kraft mehr.*

*Th.: Ein wenig von Ihrer Kraft habe ich gespürt. Ich habe mich gefreut, als Sie sich vergangenen Montag so rasch entschlossen hatten, am Gruppengespräch teilzunehmen.*

(Elfner, 2008, S. 82)

Der Ausdruck des Leidens an Inkongruenz darf nicht allein auf eine sprachlich-explorative Ebene eingengt werden, vielmehr müssen vor allem indirekte Hinweise auf Inkongruenz wie Unruhe, Angst und Kraftlosigkeit besondere Beachtung finden, wenn Alten der Zugang zu einer hilfreichen Leistung nicht verstellt werden soll. In diesem Zusammenhang wäre eine Reduktion auf die Somatisierung psychischer Konflikte, wie sie in allen Altersgruppen vorkommt, zu vereinfachend. Wechselseitig sich beeinflussende negative Attribuierungen über das Altern auf Seiten der Betroffenen, der Helfenden und des Umfelds sind stets zu berücksichtigen. Eine solche Zuschreibung wird zwar von der Patientin in dem vorangegangenen Gesprächsausschnitt nicht explizit erwähnt. Erst ein gutes Jahr später, während der Entlassungsvorbereitungen aus der teilstationären Nachbehandlung, formuliert sie eine derartige Zuschreibung deutlicher: „Ganz schnell ist man alt und ist niemand mehr“ (Elfner, 2008, S. 87).

Auch in diesem Zusammenhang kann eine differenzierte entwicklungsbejahende Haltung gegenüber alten Menschen die notwendige und unbedingte positive Beachtung ergänzen, um ihnen dabei behilflich zu sein, die Selbstbedrohung zu reduzieren. Bisher verzerrte oder verleugnete Erfahrungen können somit präziser symbolisiert und selbstverträglich integriert werden. Damit wird Betagten erleichtert, sich aufgrund ihres eigenen Potenzials selbstbestimmt und konstruktiv auf ein für sie sinnhaftes Ziel hin entwickeln zu können.

## Verlängerte Motivationsphase berücksichtigen

Eng verwoben mit dem spezifischen Ausdruck von Inkongruenz ist die Motivation alter Menschen. Für sie ist Psychotherapie ein weniger vertrautes Verfahren und sie weisen gewöhnlich eine geringere Therapiemotivation auf als Jüngere. Unter Betagten ist der Anteil der Fremdmotivierten höher (Peters, 2000; Bäurle, 2000).

Ursächlich dafür werden das schon mehrfach erwähnte Ideal der Selbstbeherrschung und der befürchtete Verlust von Autonomie genannt, die als Selbstbehauptung interpretiert werden können. Des Weiteren wirken sich sozioökonomische Barrieren und negative gesellschaftliche Altersbilder nachteilig auf die Therapiemotivation alter Menschen aus. Daher kommt sowohl der Motivationsförderung Betagter als auch der Bereitschaft psychotherapeutisch Tätiger zu einer unter Umständen längeren Motivationsphase zentrale Bedeutung zu.

Möglicherweise ist eine verlängerte Motivationsphase eher in einem institutionellen Rahmen relevant. Unter Umständen gehören Betagte, die den Weg in eine niedergelassene Praxis finden, einer selektionierten und motivierteren Untergruppe der Altenbevölkerung an, die eine derartige Motivationsphase nicht benötigt. Untersuchungen zur Motivation alter Menschen unter Berücksichtigung des Settings könnten darüber genaueren Aufschluss geben. Da gegenwärtig jedoch die Mehrzahl psychisch erkrankter alter Menschen in Institutionen behandelt wird, erscheinen die Überlegungen dieses Abschnitts dennoch erforderlich.

Die bereits erwähnte depressive Patientin leidet im fünften stationären Behandlungsmonat weiter unter ihrem verlorenen Lebensmut. Das Ende der Motivationsphase zeichnet sich jedoch ab. An den Psychotherapiegesprächen ist sie spürbarer als Person beteiligt und zeigt zarte Ansätze der Selbstexploration. Ihre Selbstöffnung drückt sie hingegen weiterhin in selbstfernen Schilderungen aus. Kurze Zeit nach dem folgenden Gespräch formuliert sie erstmalig eigeninitiativ das Bedürfnis nach psychologischen Gesprächen und kommt aus eigenem Antrieb. Vorher musste sie geholt werden.

Frau A.: *Am liebsten ist, wenn man gar nicht mehr da wäre.*

Th.: *[... 10 Sekunden Pause ...] Sie empfinden Ihr Leben gerade so aussichtslos, dass Sie gar nicht mehr wissen, wie es weitergehen könnte, und am liebsten aufgeben würden.*

Frau A.: *Ja! [leise und berührt]*

Th.: *[... 15 Sekunden Pause ...] Was würde denn Ihr Mann dazu sagen, wenn er jetzt hier säße?*

Frau A.: *Er würde gerade weinen [... 10 Sekunden Pause ...], weil [...] ich bin eine ganz fröhliche Person gewesen. Allen alles getan, geholfen und gemacht. [...] Er kann es gar nicht glauben.*

Th.: *Und er würde weinen, weil er von dieser fröhlichen und hilfsbereiten Person gar nichts mehr wahrnimmt.*

Frau A.: *Ja. [... 10 Sekunden Pause ...] Er begreift Depression und alles, aber wehe, wenn ich danach was sag. Weint er grad [... 15 Sekunden Pause ...] Es ist alles so schwer. [...] Wie es weitergeht, nimmt einen auch Wunder.*

(Elfner, 2008, S. 84)

In der dem Psychotherapieprozess zugehörigen Motivationsphase, die einer Selbstexploration vorausgeht, werden Auftragsklärung und wachsendes Vertrauen in die therapeutische Beziehung

verfolgt (Swildens, 1991, 2007). Gegebenenfalls sind prätherapeutische Kontaktreflexionen (Prouty et al., 1998) angezeigt, um einen therapeutischen Kontakt (wieder-)herzustellen. Je nach Störung gilt es spezifische Modifikationen zu beachten (Swildens, 1991). Bei einer Depression sind das Vermitteln von Hoffnung und gezielte aufklärende Informationen förderlich.

Motivation wird dabei nicht als eine wundersame Triebkraft verstanden, die von außen in die Betroffenen hineingegeben werden muss. Sie ist als Aktualisierungstendenz im Sinne eines übergeordneten Prinzips menschlicher Motivation (Höger, 2006) und eines naturwissenschaftlichen Phänomens der Selbstorganisation von Systemen (Kriz, 2006) bereits vorhanden, benötigt jedoch unter Umständen achtsame Ausdauer, um sich entfalten zu können. Sowohl die Tendenz zur Selbstentwicklung als auch das Streben nach Selbsterhalt müssen einfühlsam ernst genommen werden. In dieser Prozessphase kann die ausdrückliche Beachtung der Betroffenen in Verbindung mit einer differenzierten entwicklungsbejahenden Haltung ausgesprochen förderlich sein. Dabei ist zu bedenken, dass die älteren Patienten den in der Regel jüngeren Therapeuten auf ihrem Lebensweg einige Schritte voraus sind. Swildens (2007) weist darauf hin, dass jüngere Therapeuten in einem ihnen unbekanntem Lebensabschnitt für Ältere erst zu bedeutungsvollen Personen werden müssen, um willkommene Begleiter zu sein. Des Weiteren können in der Motivationsphase praktische Hilfestellungen und informative sowie aufklärende Angebote förderlich sein.

### Informationsvermittlung und -aneignung

Nahezu alle in der Gerontopsychiatrie beschäftigten Berufsgruppen verfolgen das pädagogische Ziel, dass sich Patientinnen und Patienten Wissen aneignen. Innerhalb von Beratung und Psychotherapie finden Informations- und Aufklärungsgespräche statt. Mit Trainings sollen beispielsweise soziale oder alltagspraktische Kompetenzen verbessert werden. Der Sozialdienst ist gefordert, Informationen zur finanziellen Situation oder über mögliche Wohnformen zu geben. Pflegekräfte zielen auf eine Verhaltensänderung in der Körperpflege, der Haushaltsführung oder der Kommunikation ab.

Dabei bleibt häufig unberücksichtigt, dass nicht das gelernt wird, was gelehrt wird. Wissensaneignung und Transfer des Gelernten sind von den Betagten selbst organisiert, können nicht von außen erzeugt werden. Die Weiterentwicklung von Kompetenzen muss an der Lebenssituation, den Lebensentwürfen und den biographiegebundenen Selbstdeutungen der Lernenden anknüpfen (Kunze, 2003). Daher können Lerninhalte nur als Angebote betrachtet werden, die Patienten vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrungen selbst in ihre Erfahrungsnetze einordnen oder auch nicht. Ein förderliches Klima kann den Lernprozess zusätzlich unterstützen.

Bei alten Menschen verändert sich die Relevanz von Wissensangeboten. Es ist zu beachten, dass sie von Zwängen der Familien- und Erwerbsarbeit gesellschaftlich entpflichtet sind. Lernen im Alter wird mehr zum Selbstzweck. Die subjektive Bedeutung des Gelernten rückt gegenüber fremdbestimmten Vorgaben in den Vordergrund. Insbesondere geht es um ein weiterlernendes Anknüpfen an bestehenden Erfahrungen (Kade, 2007) und ein Lernen für die Alltagsbewältigung selbst. Darüber hinaus müssen die kognitiven und körperlichen Umgestaltungsprozesse des Alterns sowie die Art und das Ausmaß der jeweiligen Störung in die Aufbereitung von Wissen einbezogen werden (Elfner, 2008). Es bedarf also einer genauen Passung zwischen den Wissensangeboten auf der einen Seite und der spezifischen Bedürfnislage Betagter auf der anderen Seite. Nur allzu häufig wird die fehlende Passung dem Alter an sich zur Last gelegt, statt die Relevanz des jeweiligen Angebots kritisch zu prüfen.

Die Aktualisierungstendenz selbst gibt einerseits Anstoß zum Lernen und strebt nach Kompetenzerweiterung (Rogers, 1969a). Andererseits können Lernangebote Angst und Widerstand auslösen, wenn das Selbstkonzept bedroht wird. Während Lernprozesse, die das Selbstkonzept erhalten und schützen, relativ schnell geschehen können, benötigen insbesondere die für das Selbst bedrohlichen Lernprozesse ein angstakzeptierendes und damit angst-

minderndes Beziehungsangebot (Kunze, 2003). Sowohl das Streben nach Kompetenzerweiterung als auch die Angst vor Veränderung müssen einfühlsam ernst genommen werden. Des Weiteren können nachvollziehbar strukturierte Wissensinhalte, eindeutig kommunizierte Rahmenbedingungen, unterstützende wohl wollende Rückmeldungen sowie der gemeinsame Entwurf von alternativen Handlungsmustern den individuellen Lern- und Wachstumsprozess nachhaltig fördern.

Die theoretischen und praktischen Ausführungen geben einen Einblick in die breiten Anwendungsmöglichkeiten des Personenzentrierten Ansatzes in der Alterspsychiatrie. Weitere Falldarstellungen und detailliertere Erläuterungen sind an anderer Stelle ausgeführt (Elfner, 2008; Elfner & Minder, 2002). Mit personenzentrierten Interventionen können gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten wirkungsvoll dabei unterstützt werden, ihr psychisches Wohlbefinden wiederzuerlangen oder zu bewahren. In der Gerontopsychiatrie Tätige sind dabei auf vielfältige Weise gefordert, ihre Arbeit an die besondere Bedürfnis- und Motivationslage dieser Personengruppe anzupassen. Dafür beantworten betagte Patientinnen und Patienten die erhaltene Zuwendung und Wertschätzung ihrer Person mit einer Dankbarkeit, wie sie in keinem anderen Bereich der Psychiatrie erwiesen wird.

## Literatur

- Adams, W. L., Garry, P. J. & Rhyne, R. (1990). Alcohol intake in the healthy elderly. Changes with age in a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 211–216.
- Bäurle, P. (2000). Ist Psychotherapie auch für ältere Menschen geeignet? *Pro Mente Sana aktuell*, 1, 7–8.
- Baldwin, B. & Niklewski, G. (2002). Depressive Erkrankungen. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 436–448). Stuttgart: Thieme.
- Baltes, P. B. (2000). Gegen Vorurteile und Klischees. Die Berliner Altersstudie – neue Erkenntnisse über die Zielgruppe alte Menschen. In T. Nikolaus (Hrsg.), *Klinische Geriatrie* (S. 80–84). Heidelberg: Springer.
- Bickel, H. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 11–26). Stuttgart: Thieme.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (1997). *Gesprächspsychotherapie* (8. Aufl.). Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Heidelberg: Springer.
- Elfner, P. (2008). *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Elfner, P. & Minder, J. (2002). Psychotherapie im Alter. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 33, 44–47.
- Ernst, C. (1997). Epidemiologie depressiver Störungen. In H. Radebold et al. (Hrsg.), *Depressionen im Alter*. Darmstadt: Steinkopff.
- Förstl, H. (Hrsg.) (2002). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H. U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Helmchen, H. & Kanowski, S. (2001). Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwartige Entwicklung und zu künftige Anforderungen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland* (Bd. 4) (S. 11–95). Opladen: Leske und Budrich.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Hüther, G. (2004a). Psychotherapie und Beratung kann die Plastizität des Gehirns nutzen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35, 243–245.
- Hüther, G. (2004b). Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35, 246–252.

- Kade, S. (2007). *Altern und Bildung. Eine Einführung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Kipp, J. & Jüngling, G. (2007). *Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie* (4. Aufl.). München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Kriz, J. (2006). *Self-Actualization*. Berlin: Books on Demand.
- Kruse, A. & Martin, A. (Hrsg.). (2004). *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber.
- Kunze, D. (2003). *Lerntransfer im Kontext einer personenzentriert-systemischen Erwachsenenbildung*. Köln: GwG-Verlag.
- Lehr, U., Thoma, H., Schmitt, M. & Minnemann, E. (2000). Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters. Geschichte, theoretische Begründung und ausgewählte Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes. In P. Martin, K. U. Ettrich, U. Lehr, D. Roether, M. Martin & A. Fischer-Cyrlies (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters ILSE*. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U. (2003). *Psychologie des Alterns* (10. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle und Meyer.
- Linster, H. W. (1990). Gesprächspsychotherapie mit älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 144–153.
- Nikolaus, T. (2000). Physiologisches Altern, Morbidität und Mortalität. In T. Nikolaus (Hrsg.), *Klinische Geriatrie* (S. 10–16). Heidelberg: Springer.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Stähelin, H. B. & Ehram, R. (1997). Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und subjektive und objektive Gesundheitsindikatoren im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, 3–16.
- Peters, M. (2000). Aspekte der Psychotherapiemotivation Älterer und Möglichkeiten ihrer Förderung. In P. Bäurle, H. Radebold, R. D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 25–33). Bern: Huber.
- Pörtner, M. (1996). *Ernstnehmen–Zutrauen–Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pörtner, M. (2006). Alt sein ist anders – ein Interview. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 37, 5–8.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). *Prätherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1942a). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1969a). *Freedom to Learn. A view of what education might become*. Ohio: Columbus.
- Rogers, C. R. (1980a). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenmayr, L. (1990). *Die Kräfte des Alters*. Wien: Wiener Journal Zeitschriftenverlag.
- Spitzer, M. (2003). Neuronale Netzwerke und Psychotherapie. In G. Schiepek. (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 42–57). Stuttgart: Schattauer.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Swildens, H. (2007). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In J. Kriz & Th. Sluneco (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personenzentrierten Ansatzes* (S. 123–137). Wien: Facultas.
- Uchtenhagen, A., Schnoz, D., Gross, C. & Grubenmann, D. (2006). *Alter und Sucht. Recherchen und Dokumentation zu evaluierten Interventionen*. Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich, Bericht Nr. 0221.
- Wolfersdorf, M., Schüler, M. & Le Pair, A. (2000). Klinische Psychotherapie mit älteren depressiven Patienten. In P. Bäurle, H. Radebold, R. D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 150–161). Bern: Huber.

**Autor:**

*Peter Elfner, geb. 1962; Ausbildung als Physiotherapeut, Studium Universität Konstanz Dipl.-Psych.; Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, Personenzentrierter Psychotherapeut GwG / SGGT, GwG-Ausbilder in Personenzentrierter Beratung (Grundstufe); Anstellung in Gerontopsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur; Ausbildertätigkeit Institut facilitate*

*Publikation: Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie. München: Reinhardt 2008*

**Korrespondenzadresse:**

*Peter Elfner  
GAT Gerontopsychiatrisches Ambulatorium und Tagesklinik der  
Integrierten Psychiatrie Winterthur ipw  
CH-8400 Winterthur, Salstrasse 48  
E-Mail: peter.elfner@institut-facilitate.de*