

Meinolf Peters

## Psychodynamische Psychotherapie im höheren Lebensalter

### Psychodynamic psychotherapy in old age

#### Zusammenfassung

Die Distanz zwischen Älteren und Psychotherapie scheint allmählich geringer, ja vielleicht überwunden zu werden; mehr Ältere suchen psychotherapeutische Praxen auf, und mehr Psychotherapeuten sind bereit, Ältere zu behandeln. Nach einer kurzen Klärung, was unter Psychodynamischer Psychotherapie zu verstehen ist, wird zunächst die „bifokale“ Perspektive des psychodynamischen Verstehens bei Älteren dargelegt. Die „Essentials“ der Psychotherapie Älterer werden durch eine Fallvignette eingeleitet, anschließend die für die Behandlung Älterer besonders wichtigen Fragen der Motivation und des Zugangs zur Psychotherapie; danach werden die Besonderheiten in der Übertragungsbeziehung erörtert. Schließlich spielt die Frage der Wechselwirkung von Innen und Außen sowie der therapeutischen Technik eine besondere Rolle. Abschließend werden einige Verknüpfungen zur allgemeinen Entwicklung innerhalb der Psychoanalyse hergestellt.

#### Schlüsselwörter

Alter – Psychoanalyse – Psychotherapie – Psychodynamische Psychotherapie

#### Summary

The distance between the elderly and psychotherapy seems to gradually decrease, even be overcome eventually; more old people attend a psychotherapist and more psychotherapists are prepared to treat these patients. After explaining briefly what is meant by psychodynamic psychotherapy, the psychotherapist will first elaborate on the “bifocal” perspective of psychodynamic understanding in old age. The essential facts of psychotherapy of the elderly will be introduced by a case study followed by questions regarding motivation and access to psychotherapy that are particularly relevant for the treatment of elderly people. Then the characteristics of the transmission relationship and the particular role of both interactions between the internal and external world and the therapeutic technique will be discussed. Finally, some links to the general development during psychoanalysis will be presented.

#### Keywords

the elderly – psychoanalysis – psychotherapy – psychodynamic psychotherapy

### ■ Alter und Psychotherapie – Eine Beziehung im Übergang

Wenn Sie, liebe Leserin, lieber Leser, vielleicht selbst nicht mehr ganz jung sind und sich einen Augenblick Zeit nehmen, um sich an diejenigen alten Menschen Ihrer Kindheit und Jugend zu erinnern, die in Ihnen Spuren hinterlassen haben, dann wird möglicherweise ein Bild ähnlich dem folgenden vor Ihren Augen erscheinen: Eine alte Frau vielleicht, mit runzeliger Haut, die Haare hinten zu einem Dutt zusammengebunden und von einem Haarnetz zusammengehalten, schwarz, allenfalls von ein paar Grautönen durchsetzt gekleidet. Im gebeugten Gang zeigen sich deutlich die Spuren eines arbeitsreichen Lebens. Dieses unscheinbare Äußere mag den Leser dann auch an ein unauffälliges Leben älterer Menschen in früheren Zeiten erinnern, das sich gleichförmig auf ein baldiges Ende hinzubewegen schien. Selbst dann, wenn die Erinnerung eher romantisch gefärbt ist und der Großvater oder die Großmutter vor dem inneren Auge erscheinen und im Sessel sitzend bereitwillig aus seinem/ihrer Leben erzählen, so bleibt doch

der Eindruck, dass Ältere in der Vergangenheit leben und kaum mehr für Neues offen sind. Es hat sich ein Bild in uns festgesetzt, in dem alte Menschen als erstarrt und unflexibel, zu keiner Veränderung mehr fähig erscheinen, und tatsächlich bot in früheren Zeiten das Leben im Alter auch kaum Gestaltungsmöglichkeiten. Viele Therapeuten werden ein solches Altersbild in sich entdecken, das durch nachfolgende Erfahrungen überlagert sein mag, aber dennoch seine unbewusste Wirkung nicht gänzlich verloren hat und skeptisch sein lässt, ob denn die Behandlung Älterer sinnvoll ist.

Ein ähnliches Bild mag auch S. Freud geprägt haben. Die Anmerkung Freuds, der zufolge Psychotherapie bei Älteren – und er meinte damit über 50-Jährige – wenig sinnvoll sei, hat bis heute Spuren hinterlassen. Bei älteren Menschen könne nicht mehr die Flexibilität erwartet werden, die für eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich sei, zudem sei das zu bearbeitende Material zu umfangreich, so die Überlegungen Freuds. Demgegenüber verhallte die Äußerung seines Zeitgenossen Karl Abraham, nicht das Lebensalter, sondern das Alter der Neurose sei ausschlaggebend, lange Zeit ungehört. Der

Grund hierfür dürfte weniger in der Person Freuds als vielmehr in der Tatsache zu suchen sein, dass dessen Aussage eher der damaligen Marginalität Älterer im gesellschaftlichem Leben sowie dem Zeitgeist entsprach, in dem allein die Defizite des Alters betont wurden. So blieben denn Ältere lange Zeit aus manchen Bereichen unseres gesellschaftlich-kulturellen Lebens ausgeschlossen, wozu auch die Psychotherapie zählte, wie alle versorgungsepidemiologischen Erhebungen zeigen (Heuft, Kruse & Radebold, 2006).

Doch das Alter hat sich aus dieser Erstarrung mehr und mehr gelöst. Es hat sich nicht nur zeitlich ausgedehnt, sondern auch ausdifferenziert und sich zunehmend zu einer dynamischen Lebensphase entwickelt. Wir finden gegenwärtig unterschiedlichste Formen und Facetten des Altwerdens, die kein Stereotyp zu erfassen vermag. Die Mehrzahl der Älteren erzielt in Befragungen hohe Werte für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit, nicht wenige brechen noch einmal zu neuen Ufern auf, holen Versäumtes nach und entfalten bisher nicht genutzte Ressourcen. Und auch ihre Einstellung zur Psychotherapie ist durch mehr Aufgeschlossenheit und Offenheit gekennzeichnet. Dass in gleicher Weise auch Therapeuten allmählich bereit sind, sich mit dem Thema Alter zu befassen, zeigt sich nicht zuletzt bei Tagungen, Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen, auf denen das Thema mehr und mehr präsent ist. Dabei fällt auf, dass sich diejenigen Therapeuten, die sich für das Thema interessieren, meist selbst bereits in einem höheren Lebensalter befinden, d.h. der Gruppe 50+ angehören, und sich damit in jenem „Grenzland“ befinden, von dem die schwedische Autorin Tudor-Sandahl (2003) gesprochen hatte, in dem das Alter seinen Schatten vorauswirft. Eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern geht dann einher mit einer wachsenden Bereitschaft, mehr Empathie für Ältere zu entwickeln, auch wenn diese Bereitschaft manchmal in der Suche nach positiven, ansonsten schwer zu findenden Vorbildern für das eigene Alter begründet sein mag.

Diese skizzierten Entwicklungen sind eingebettet in eine umfassende Veränderung des gesellschaftlichen Lebens, das Ältere wie Jüngere gleichermaßen erfasst hat. In Zeiten der Postmoderne verläuft das Leben weniger nach vorgegebenen Mustern, vielmehr ist eine Tendenz zur Destandardisierung der Lebensläufe zu beobachten. Verbunden damit scheinen sich Unterschiede zwischen den Generationen allmählich zu verringern, was Soziologen zu dem Hinweis veranlasst hat, dass sich generative Positionen zunehmend flexibel gestalten und hierfür den Begriff der Multigenerativität verwenden (Lüscher & Schultheis, 1993). Gemeint ist damit, dass der Vielfalt an Identitätsangeboten in der heutigen Gesellschaft eine Vielfalt an Generationszugehörigkeiten entspricht, die sich keineswegs immer am chronologischen Alter orientiert. Von diesem Prozess aber sind Patienten ebenso wie Therapeuten betroffen, und neben allen problematischen Seiten dieser Entwicklung, die zu neuen Konflikten führt (Schröter, 2008), ist damit die Chance auf eine Verringerung der Distanz zwischen den Generationen verbunden. Beide, Patienten und Therapeuten, sind aufgefordert, im Zuge des Individualisierungsprozesses ihr Leben selbst zu gestalten, wozu nicht zuletzt auch gehört, einen eigenen Weg ins Alter zu finden und sich dieses anzueignen. Dabei können

sie sich weniger denn je auf den Erfahrungsschatz der Vorgängergeneration stützen (Peters, 2008).

Die gesellschaftlichen Veränderungen beschleunigen somit eine Verringerung der Fremdheit, die in der Vergangenheit den Boden für Vorurteile und Ressentiments gebildet und die Psychotherapie Älterer oftmals zu einem schwierigen Unterfangen gemacht hatte. Auch wenn unbewusste Übertragungsreaktionen davon weniger beeinflusst werden, so dürfte sich doch zukünftig die Chance erhöhen, dass sich eine therapeutische Beziehung entwickelt, die deren Bearbeitung erlaubt. Es ist insbesondere die Psychodynamische Psychotherapie, die die zentralen Fragen der Beziehungsgestaltung und die Besonderheiten in der Beziehung zwischen älteren Patienten und jüngerem Therapeuten thematisiert und konzeptuell durchdringt.

### ■ Was ist psychodynamische Psychotherapie?

Dass auch Freud keineswegs auf das von ihm entwickelte Standardverfahren der Psychoanalyse, also die hochfrequente und in der Regel liegend durchgeführte Therapieform, festgelegt war, macht seine Anmerkung aus dem Jahre 1919 deutlich, in der er schrieb, dass „die verschiedenen Krankheitsformen (...) nicht durch die nämliche Technik erledigt werden können“ (Freud, 1967, S. 191). Er brachte damit die Notwendigkeit spezifischer Therapieformen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern und, so könnte man aus heutiger Sicht hinzufügen, unterschiedlichen Altersgruppen zum Ausdruck. Tatsächlich war die weitere Entwicklung durch die Schaffung immer neuer Varianten gekennzeichnet, die sich alle auf die Psychoanalyse bezogen, aber keineswegs mehr der klassischen psychoanalytischen Behandlung entsprachen. Dies spiegelt sich in Begriffen wie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Kurztherapie oder Fokaltherapie wider, um nur einige zu nennen.

Zur Vereinheitlichung dieses Bildes hat nun im Jahre 2008 der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie beschlossen, den Begriff der Psychodynamischen Psychotherapie als Oberbegriff für alle diese Therapievarianten, die aus der Psychoanalyse abgeleitet sind, festzulegen und damit gewissermaßen einen offiziellen Sprachgebrauch zu schaffen. Ausgenommen bleibt dabei allein die psychoanalytische Langzeitbehandlung, die über 100 Stunden hinausgeht. Parallel dazu ist eine Tendenz zu beobachten, die Psychodynamische Psychotherapie nicht nur als eine „Minusvariante“ der Psychoanalyse zu begreifen, sondern als eine Form der Psychotherapie sui generis mit spezifischen Vor- und Nachteilen; diese Tendenz zeigt sich nicht zuletzt in neueren Veröffentlichungen, in denen dieser eigenständige Stellenwert hervorgehoben und die spezifischen Merkmale herausgearbeitet werden (z. B. Dreyer & Schmidt, 2008).

Was ist nun unter Psychodynamischer Psychotherapie zu verstehen? Hoffmann (2000) hat folgende Definition vorgeschlagen: „Die Psychodynamische Therapie bzw. die Psychodynamischen Verfahren stellen Ableitungen von oder Modifikationen der Psychoanalytischen Therapie dar. Die Konzepte des dynamischen Unbewussten, der Abwehr, der Übertragung und der Gegenübertragung sind auch bei ihnen

grundlegend, kommen aber in der Therapie in unterschiedlicher Weise zum Tragen. Die unterscheidbaren Therapie-techniken sind stärker symptomorientiert, intendieren einen Gewinn an Zeit oder an Sitzungsaufwand, enthalten übende und supportive Elemente und fördern regressive Prozesse nur ausnahmsweise. Eine Psychodynamische Therapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist“ (Hoffmann, 2000, S. 54). Infolge dieser Entwicklung dürfte sich eine Tendenz zur spezifischeren Fassung therapeutischer Konzepte für bestimmte Patientengruppen bis hin zur Entwicklung von Manualen verstärken. Ältere Patienten gehören aber zu einer vergleichsweise neuen klinischen Gruppe, die jetzt verstärkt in die Praxen und Kliniken drängt und für die es gilt, solche Spezifika herauszuarbeiten.

### ■ Psychodynamische Grundlagen – Die bifokale Perspektive

Auch innerhalb der Psychoanalyse wurde lange Zeit ein Defizitmodell des Alters vertreten, das Ältere in die Nähe von geistig und körperlich Behinderten rückte. Das Konzept der Libidoinvolution im Alter, das letztlich das Bild vom Alter als zweiter Kindheit begründet, macht dies in besonderer Weise deutlich. Kinder sind demnach prägenital, Ältere postgenital. Doch dieses Bild hat sich inzwischen grundlegend gewandelt, und die auf Freud zurückgehende These von der Zeitlosigkeit des Unbewussten hat die Grundlage für eine andere Betrachtungsweise des Alters geschaffen (Radebold, 1992; Peters, 2004; Zank, Peters & Wilz, 2009). Die im Zentrum psychoanalytischen Denkens stehenden psychodynamischen Konflikte, also Triebkonflikte, der Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt und der narzisstische Konflikt, fallen nicht einfach einem allgemeinen Abbauprozess zum Opfer, sondern fordern das Subjekt auch im Alter immer wieder heraus. In dieser Sichtweise steht der ältere Mensch wie Menschen anderer Altersgruppen auch vor der Aufgabe, sich mit seinen inneren Konflikten auseinanderzusetzen, verbunden mit der Chance, an ihnen zu wachsen oder aber auch zu scheitern. Somit kommt hier das etablierte Wissen um die psychodynamischen Konflikte und deren Bedeutung für die Ätiopathogenese zum Tragen. Die Anwendung dieses Wissens im Hinblick auf das Verständnis des älteren Patienten kann als ein wesentlicher Schritt hin zur Normalisierung dieses klinischen Feldes verstanden werden.

Ein psychodynamisches Verständnis des älteren Menschen erfordert jedoch eine zweite Perspektive, die sich auf die Frage der Bedeutung des Alters selbst richtet. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Art und Weise, wie der Patient sein Alter erlebt, es innerpsychisch verarbeitet und mit ihm umgeht, nicht ohne Einfluss auf das Krankheitsbild oder doch zumindest auf die Art und Weise der Krankheitsverarbeitung und der Lebensgestaltung bleibt. Damit rückt ein zweiter Fokus ins Blickfeld, der erst ein umfassendes Verständnis des älteren Patienten ermöglicht, der zudem den psychodynamischen Fokus beeinflusst und mit diesem aufs Engste interagiert. Für die Psychotherapie resultiert daraus die Notwendigkeit eines dialektischen Vorgehens.

Das Alter als Thema einzubeziehen bedeutet mehr, als das kalendarische Alter zu registrieren und die altersbedingten körperlichen, sozialen und geistigen Veränderungen zu erfassen, obwohl auch dies natürlich unabdingbar ist, insbesondere dann, wenn sie ein Ausmaß erreicht haben, das den bisherigen Lebensfluss unterbrochen hat. Der psychodynamische Ansatz lenkt den Blick hingegen auf die inneren bewussten und unbewussten Repräsentanzen (Kurthen, 2000). Gemeint sind damit kognitiv-affektive Schemata, zumeist Interaktionsschemata, die sich in der Regel auf das Selbst und die Objekte beziehen. Anschaulicher formuliert könnte man Repräsentanzen – der Begriff ist eng verbunden mit dem der Vorstellung bzw. der Phantasie – auch als eine Art innere Szenarien mit dazugehörigen Drehbüchern beschreiben. Da sich der Objektbegriff nicht allein auf Personen bezieht, sondern auch auf Gegenstände bzw. Erfahrungsbereiche, stellt sich von diesem Konzept ausgehend die Frage, wie sich das Alter im bewussten und unbewussten Erleben des Patienten darstellt: Welche Bilder ruft es hervor, welche Wünsche und Erwartungen weckt es, und mit welchen Ängsten und Hoffnungen ist es verbunden? Daraus lassen sich Hinweise gewinnen, ob und in welcher Weise, bewusst oder unbewusst, Alter kognitiv und affektiv als inneres Konzept ausgebildet ist, welchen Differenzierungsgrad es dabei gewonnen hat, wie sich das Selbst ihm gegenüber verhält, ob es eine abgespaltene und womöglich als bedrohlich empfundene Vorstellung geblieben ist, die vom Selbst ferngehalten wird oder aber Teil dieses Selbst geworden ist (Peters, 2004). Es geht also um die vielfältigen Facetten des Alterserlebens und damit um die Frage, wie das Alter im Inneren repräsentiert ist. Meist sind die auf das Alter bezogenen Repräsentanzen früh im Leben durch Erfahrungen mit den eigenen Großeltern geprägt worden, und oft werden sie durch das Miterleben des Alterns der eigenen Eltern aktiviert, vielleicht auch modifiziert. Schließlich fließt in diese Repräsentanzen mehr oder weniger das gesellschaftliche, überwiegend negativ geprägte Altersstereotyp ein. Die frühen Erfahrungen entscheiden jedoch wesentlich darüber, wie weitgehend die äußeren die inneren Bilder beeinflussen und ihnen womöglich ihren Stempel aufdrücken. Zwar präsentiert sich das öffentliche Altersbild in neuerer Zeit zunehmend in einem positiven Gewand, doch diese Sicht bleibt allzu oft an der „Oberflächlichkeit des Positiven“ haften, wie Dieck und Naegele (1989) mit Blick auf das Konzept des aktiven Alterns kritisch angemerkt haben. Ein manchmal allzu einseitig positives Altersbild kann auch als Gegenidentifikation verstanden werden, dessen Bindung an ein negatives Altersbild damit keineswegs aufgehoben ist. Auch ist kaum in Abrede zu stellen, dass ein negatives Altersstereotyp in zentralen gesellschaftlichen Bereichen bis heute ebenso wirksam geblieben ist, wie es das subjektive Erleben vieler Menschen weiterhin zumindest hintergründig beeinflusst. Dies konnte in neuerer Zeit auch experimentell im Zusammenhang mit der Forschung zum Konzept des impliziten Altersbildes nachgewiesen werden (Levy & Banaji, 2002). In Assoziationsexperimenten konnte wiederholt gezeigt werden, dass ein unbewusst wirksames negatives Altersstereotyp die Wahrnehmung und Reaktionsweise der Versuchspersonen beeinflusst. Diese empirischen Befunde bestätigen einmal mehr die Bedeutung des Unbe-

wussten und die längst auch durch die Neurowissenschaften bestätigte Macht der inneren Bilder (Hüther, 2004), mit der ein psychodynamischer Therapieansatz arbeitet. Das Alter aber ist zweifellos eine mächtige, oft genug an archaische Ängste anknüpfende Repräsentanz, deren feine Verästelungen das Leben des älteren Menschen auf oft subtile Weise durchzieht. Mit der Einbeziehung dieser Fragen kann ein therapeutischer Prozess eingeleitet werden, der zu einer Aneignung des Alters führt. Indem es dabei zu einem Teil des Selbst wird, verliert es das Unheimliche und Bedrohliche. Aneignung geht weder von einem Defizitmodell noch von einer euphemistisch verkürzten Sicht des Alters aus, sondern zielt auf ein Durcharbeiten der Tiefendimension des Themas. Nur wenn dies gelingt, kann auf dem Boden der guten inneren Objekte auch ein authentisches, gutes Bild vom Alter entstehen, das die Schattenseiten aber nicht verleugnet (Hillmann, 2004; Peters, 2008).

## ■ Psychotherapeutische Aspekte

### 1 Fallvignette

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

Die klein gewachsene, korpulente Frau kam zum Erstgespräch und stellte rasch den Enkelsohn ganz in den Vordergrund, den sie weitgehend großgezogen hatte, weil sich die Mutter, ihre älteste, im Haus lebende Tochter, nicht ausreichend um ihn gekümmert habe. Voller Stolz berichtete sie von seinen beruflichen Erfolgen, und auch seine beiden kleinen Söhne, also ihre Urenkel, hatte sie ganz in ihr Herz geschlossen. Dies anzuerkennen und sie damit narzisstisch aufzuwerten war im Hinblick auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung nicht unerheblich. Dass es ihr leichtfiel, zu Männern eine positive Beziehung zu finden, hatte zweifellos mit der idealisierenden Beziehung zum geliebten Vater zu tun. Nachdem dieser zum Kriegsdienst eingezogen worden war und sie die Schule verlassen hatte, absolvierte sie eine hauswirtschaftliche Ausbildung und arbeitete lange Zeit im Haushalt eines Professors, den sie sehr verehrte. Sie hatte drei Töchter, aber keinen Sohn, und es schien, als ob in ihrer Schilderung die Botschaft enthalten war, dass sie dem männlichen Therapeuten zugedacht hatte, diese Lücke zu schließen. Es entwickelte sich also rasch eine positive Übertragung, in der sich Anteile eines phantasierten Sohnes und des Vaters miteinander mischten. Die Patientin war das zweitälteste von 6 Geschwistern; da die ältere Schwester jedoch bei Verwandten aufwuchs, nahm sie die Rolle der Ältesten ein. Als der Vater zum Wehrdienst eingezogen wurde, gab er ihr den Auftrag, sich angesichts der überforderten Mutter um die Geschwister zu kümmern.

Mit diesem Auftrag identifizierte sie sich und entwickelte ein hohes Verantwortungsgefühl auf der Basis einer phallisch-narzisstischen Identifikation, die ihre Identität wesentlich prägte und ihrer Rolle als Mutter und Großmutter eine sichere Basis verliehen hatte, die aber nun in Frage gestellt war. Es quälte sie ein Gefühl des Versagthabens, also ein Schamgefühl, das mit ihrem sozialen Rückzug aus dem Dorfleben und der depressiven Stimmungslage in engem Zusammenhang stand. Dieses Gefühl nun war Folge des Zerwürfnisses mit der ältesten Tochter, die, nachdem sie in zweiter Ehe verheiratet war, einen Hausumbau geplant hatte und dafür von der Mutter eine Bürgschaft einforderte, die diese ihr jedoch verweigerte. Erstmals habe sie dieser Tochter etwas abgeschlagen, war diese doch von Kind an Diabetikerin, was zu einer besonders engen Beziehung geführt hatte. Sie sei immer sehr verwöhnt gewesen, wie die „Prinzessin auf der Erbse“ sei sie ihr manchmal vorgekommen. Die Tochter und ihr Mann strengten sogar ein Gerichtsverfahren an, mieden jeden Kontakt mit ihr, obwohl sie sich im Haus ständig begegneten, eine Situation, die sie als äußerst belastend empfand. In ihrem Ich-Ideal waren familiäre Werte hoch besetzt, und immer wieder schilderte sie mit Stolz, wie sehr man auch in schweren Zeiten zusammengehalten habe und wie wichtig allen das Familienleben sei. Doch nun hatte sie das Gefühl, diesem Ideal nicht mehr gerecht werden zu können, sie machte sich große Vorwürfe, dass die Tochter sich von der ganzen Familie distanzierte. Hinzu trat die Angst, bei Pflegebedürftigkeit die Erste in der Familie zu werden, die in ein Pflegeheim müsse, weil die Tochter sie nicht pflegen werde; die zunehmenden Stürze vergrößerten diese Angst vor dem Alter. Auch dies erlebte sie wie einen Beweis ihres Versagens und des endgültigen Scheiterns, den Auftrag des Vaters auszuführen. Und noch etwas kam hinzu: Die Ehe des Enkels, von dem sie eingangs voller Stolz berichtete, stand vor dem Scheitern, und so schien auch der Versuch, am Enkel den Auftrag des Vaters fortzuführen, fehlzuschlagen.

Ziel der Behandlung war es, die Scham zu mildern und das Ich-Ideal durcharbeiten. Dazu war es erforderlich, sich noch einmal mit dem Auftrag des Vaters auseinanderzusetzen, um eine größere Distanz zu dieser lebensbestimmenden Anforderung zu gewinnen, was auch bedeutete, das Belastende und Einengende dieses Auftrages zu erkennen. Hierzu konnte auch die Übertragungsbeziehung beitragen, in der sich die Angst vor Enttäuschung und Verurteilung durch das väterliche Objekt, die vielleicht schon im Hinblick auf die zögerliche Kontaktaufnahme von Bedeutung war, nicht bestätigte, kommt doch der Widerlegung pathologischer Beziehungserwartungen eine kurative Wirkung zu. Im Laufe der Zeit reduzierten sich die Scham- und Schuldgefühle. Verbunden damit war auch eine Abmilderung der Enttäuschung über die Mutter, die sich gewissermaßen in der ältesten Tochter fortsetzte, sowie der ödipalen Schuldgefühle angesichts der Tatsache, dass sie und nicht die Mutter den bevorzugten Platz beim Vater eingenommen hatte. Es war ihr zwar nicht möglich, sich mit der vor einigen Jahren verstorbenen Mutter auszusöhnen, aber doch versöhnliche Schritte auf die Tochter zuzugehen, die diese zwar zunächst brüsk zurückwies, dennoch entstand im Laufe der Zeit ein verträglicheres Klima. Die Patientin entwickelte

wieder mehr Lebensfreude und nahm aktiver am Dorfleben teil, obwohl sich die Gebrechlichkeit verstärkte. Doch sie konnte diese zusätzlichen Einschränkungen hinnehmen, weil die Altersangst nicht mehr wie zuvor durch Scham- und Bestrafungsängste verstärkt wurde.

## 2 Zugang, Motivation und Behandlungsbündnis

Der Frage, wie ein Zugang des älteren Menschen zur Psychotherapie erleichtert, dieser in einen therapeutischen Prozess involviert und ein tragfähiges Behandlungsbündnis geschaffen werden kann, kommt in mehrfacher Hinsicht eine besondere Bedeutung zu. Ältere bisheriger Kohorten hatten eine erhebliche Distanz zur Psychotherapie, vielfach besaßen sie von diesem Behandlungsverfahren nur sehr grobe und oft nicht positiv besetzte Vorstellungen (Peters, Lange & Radebold, 2000; Zank, Peters, Will 2002). Sie hielten es eher für eine Frage des Willens, persönliche Probleme selbst zu lösen, und waren weniger bereit, ihre Erkrankungen mit seelischen Problemen in Verbindung zu bringen, stattdessen schätzten sie körperliche Vorgänge wie Verschleißerscheinungen oder Vererbung als Ursachen höher ein. Auch zeigen Studien, dass sie weniger bereit waren, negative Affekte wahrzunehmen und sich mit Konflikten auseinanderzusetzen (Lehr, 2000). Zu dieser eine konfliktorientierte Psychotherapie erschwerenden Haltung trugen unterschiedliche Faktoren bei: Bisherige Kohorten Älterer sind noch eher geprägt von einer autoritären Erziehungshaltung, wie sie in der Zeit der Weimarer Republik und des Dritten Reiches, aber auch der Nachkriegszeit vorherrschend war. Sie sind eher bereit sich zu disziplinieren, halten es eher für unangemessen, offen über eigene Gefühle und Probleme zu sprechen.

Dennoch trifft eine solche Beschreibung heute weniger denn je auf alle Älteren zu, vielmehr bestätigt sich, dass es sich bei Älteren um eine äußerst heterogene Gruppe handelt, nicht zuletzt auch in ihrer Einstellung zur Psychotherapie. Manche Autoren sind sogar der Auffassung, dass Ältere besonders gut für Psychotherapie geeignet sind, weil sie über eine größere emotionale Stärke und mehr Selbstvertrauen verfügen und weil die begrenzte Lebenszeit das Gefühl hervorruft, eine letzte Chance nutzen zu wollen (Hildebrand, 1982). Der Kohortenwandel mag dazu beitragen, die vorherrschenden Motive mehr in Richtung der zuletzt genannten zu verschieben. Welche Motive auch immer im Vordergrund stehen mögen, vernachlässigt eine solche Betrachtungsweise doch die psychodynamische Bedeutung der Motivstruktur. Es ist davon auszugehen, dass unterschiedliche Motive einer „guten“ bzw. einer „schlechten“ Motivation, um Begriffe von Argelander (1970) zu verwenden, bei unterschiedlichen Älteren mehr oder weniger von Bedeutung sind. Argelander zufolge können auf der bewussten Ebene ganz andere Kräfte wirksam sein als auf der unbewussten. „Schlechte“ bewusste Motive, also Ablehnung und Skepsis, können unbewusst gute Motive, also Aufgeschlossenheit und ein echtes Interesse an Veränderung entgegenstehen oder umgekehrt. Es geht darum, die Behandlungsmotivation nicht als eine Persönlichkeitseigenschaft, sondern in ihrer dynamischen Funktion zu betrachten. Dann aber öffnet sich der Blick für eine häufig festzustellende Ambivalenz in der Motivstruktur, und es gilt, mögliche gegenläufige Motive zu untersuchen.

Eine solche ambivalente Motivstruktur aber liegt bei Älteren besonders häufig vor (Peters et al., 2000), wobei in vielen Fällen zunächst eine ablehnende Haltung festzustellen ist. Psychodynamisch dürfte dabei Scham von besonderer Bedeutung sein, widerspricht das Angebot zur Selbstöffnung doch vielfach den oben erwähnten Werten und Normen sowie einem vom Über-Ich gesteuerten Umgang mit Konflikten. Auch soziale Scham bzw. Stigmatisierungsangst („Was werden meine Kinder sagen?“) spielen bei Älteren eine nicht unerhebliche Rolle (Peters, 2000). Damit einher gehen Schamgefühle, etwa darüber, die Kontrolle über das eigene Leben verloren zu haben oder nach einem langen, erfahrungsreichen Leben auf äußere Hilfe angewiesen zu sein.

Die Ablehnung von Psychotherapie ist dann als Kränkungschutz zu verstehen (Franz, 1997), den es durchzuarbeiten gilt, um so eine unbewusst bestehende „gute“ Motivation freizulegen, die zur Grundlage der weiteren Behandlung werden kann. Für die Therapie folgt daraus, dass in der Behandlung Älterer das besondere Interesse Fragen des Zugangs zur Therapie, der Haltung zur Therapie – auch bei Angehörigen – sowie des Aufbaus der therapeutischen Beziehung zu gelten hat, so wie es auch bei der oben geschilderten Patientin sichtbar wird.

## 3 Eine besondere Beziehung – Übertragung, Gegenübertragung und Eigenübertragung

Übertragung und Gegenübertragung bilden das Kernstück der psychodynamischen Psychotherapie, zugleich bilden sich darin wesentliche altersspezifische Besonderheiten ab, indem es zu komplexen umgekehrten und multigenerationalen Übertragungskonstellationen kommt (Heuft et al., 2006; Radebold, 1992). Hiatt (1971) hat die multigenerationelle Übertragung in drei Kategorien eingeteilt: Elternübertragung, Geschwisterübertragung und Kinder-Enkel-Übertragung. Obwohl auch bei Älteren der Wunsch nach mächtigen Elternimages besteht, werden die jüngeren Therapeuten zunächst eher als Kinder oder Enkelkinder gesehen. An sie werden Wünsche nach besonderer Zuwendung, Hilfestellung und Versorgung herangetragen, oder sie werden zunächst nicht in ihrer Expertenrolle akzeptiert, manchmal sogar entwertet. Diese Sohn- bzw. Tochter-Übertragung, die insbesondere zu Beginn einer Behandlung häufig im Vordergrund steht, bietet für die Älteren selbst die Chance, die in der Beziehung zur jüngeren Generation unbewältigt gebliebenen Konflikte durchzuarbeiten. Für den Therapeuten ist diese Form der Übertragung aber oft eine besondere Herausforderung, ja Verunsicherung, insbesondere dann, wenn ihn die Enttäuschung trifft, die eigentlich den eigenen Kindern gilt. Dann sieht er sich selbst dem Vorwurf ausgesetzt, unzulänglich zu sein, oder aber er wird mit der Erwartung konfrontiert, der bessere Sohn oder die bessere Tochter zu sein. Im Laufe der Zeit wird diese Form der Übertragung aber meist abgelöst von einer regulären Elternübertragung, oft bestehen beide Formen der Übertragung auch nebeneinander, so wie es bei der geschilderten Patientin von Beginn an der Fall war. Bei Älteren ist aber immer zu berücksichtigen, dass auch ganz andere Personen im Leben von besonderer Bedeutung waren und in der Übertragung auftauchen können. So haben oft die Geschwister eine herausragende

Position eingenommen, beispielsweise dann, wenn die Familie infolge der Kriegereignisse auseinandergerissen worden war. Dann sind Geschwister in eine Ersatzelternposition gerückt worden, so dass auch diese bedeutsamen Beziehungen in einer Therapie wiederbelebt werden können.

Durch die beschriebene Übertragungskonstellation entstehen für den Therapeuten Gegenübertragungsgefühle, die sich oftmals mit Eigenübertragungsanteilen mischen. Mit Eigenübertragung hatte Heuft (1990) eigene Übertragungsbereitschaften beschrieben, die im Zusammenhang mit ungelösten Konflikten in der Beziehung zu den eigenen Eltern stehen, bzw. unsere kulturell geformte Haltung Älteren gegenüber widerspiegeln (Peters, 2006; Zank et al., 2009).

- Ältere nach privaten und intimen Details zu befragen wird als Tabuverletzung erlebt, ist es doch bereits im Alten Testament nachdrücklich verboten, „die Blöße der Älteren“ aufzudecken (Radebold, 2002).
- Zu dicht auf den Verfall der elterlichen Imagines zu blicken kann als zu ängstigend erlebt werden, gibt es doch über die Kindheit hinaus den Wunsch nach mächtigen und beschützenden Eltern.
- Es können besondere Verpflichtungsgefühle gegenüber Älteren geweckt werden, die jede Abgrenzung erschweren.
- Es können eigene Ängste vor Alter, Abhängigkeit und Hilflosigkeit geweckt werden.
- Die Abwehr der Sexualität Älterer kann als Abwehr eigener ödipaler und präödipaler Wünsche verstanden werden.
- Es kann eine Tendenz bestehen, sich mit Kindern oder Enkelkindern von Patienten zu identifizieren.

Die Bedeutung der Übertragung, Gegenübertragung und Eigenübertragung macht deutlich, dass der Frage der Beziehungsgestaltung in der Behandlung Älterer ein herausgehobener Stellenwert zukommt und die Besonderheiten dieser Beziehung einen deutlichen Unterschied zur Behandlung Jüngerer markieren.

#### **4 Die biografisch-historische Perspektive – Sinn- und Identitätsfindung**

Die biografische Perspektive ist ein wesentlicher Bestandteil jeder psychodynamischen Psychotherapie, im Besonderen jeder Therapie mit älteren Patienten. Lohmann und Heuft (1995) haben sogar die Frage aufgeworfen, ob eine Psychotherapie Älterer überhaupt nur notwendig wird, weil der Betroffene ein eigenes Life-Review bisher versäumt hat. Erikson (1973), der sich als einer der Ersten von psychoanalytischer Seite mit der Entwicklung im Alter befasste, hatte diesen Lebensabschnitt unter der Polarität „Integrität versus Verzweiflung“ beschrieben, wobei er mit Integrität die Annahme seines einen und einzigen Lebens und der Menschen meint, die in ihm notwendig da sein mussten und durch keine anderen ersetzt werden können. Auch wenn dieses Bild von ihm selbst später differenziert wurde (vgl. Peters, 2004), hat er damit doch bereits eine im Hinblick auf die psychische Stabilität im Alter zentrale Dimension aufgegriffen. Die Fähigkeit zur Sinn- und Identitätsbildung über den Lebenslauf knüpft an die narrative Kompetenz Älterer an, über

die auch die oben geschilderte Patientin in besonderer Weise verfügte, vermochte sie doch zahlreiche „Geschichten“ aus der Familiengeschichte spannungsreich zu erzählen. Bei allen negativen Eigenschaften, die Älteren in der Regel zugeschrieben werden, stellt diese Fähigkeit ein positives Element dar. Die Fähigkeit, erzählen zu können, ist dabei nicht allein im Hinblick auf seine Kohärenzschaffende Wirkung, sondern auch auf die dialogische Entwicklung der therapeutischen Beziehung von Bedeutung (Boothe, 2007).

Durch die Einbettung in einen gesellschaftlich-historischen Kontext gewinnt die biografische Dimension eine kohortenspezifische Bedeutung, die Straub (1998) von historisch-narrativer Kompetenz sprechen lässt, mithin einer Fähigkeit, die vermutlich im Alter zunimmt. Im Hinblick auf die heutige Kohorte Älterer ist diese Fähigkeit vor dem Hintergrund der Tatsache zu betrachten, dass deren historisches Bewusstsein in besonderer Weise durch die zeitgeschichtlichen Umstände des Dritten Reiches, des Zweiten Weltkrieges sowie Flucht und Vertreibung geprägt ist, Zusammenhänge, die auch bei der geschilderten Patientin sichtbar werden. Dadurch haben nicht nur Lebensläufe ihre besondere, oft schicksalhafte Wendung erfahren, in erheblichem Umfang ist diese Kohorte traumatischen Erfahrungen ausgesetzt gewesen, die oft im Alter reaktiviert werden (Radebold, 2005).

#### **5 Innen und Außen – eine dialektische Perspektive**

In die Interaktion der Dyade tritt die Innenwelt des Patienten mit ihren Repräsentanzen, Abwehrmechanismen und ihrem Unbewussten genauso ein wie ein Außen, also die äußere Lebensrealität ebenso wie die körperliche Verfassung. Dieses Außen aber hat für viele Ältere angesichts rapider Veränderungen ihrer Lebenssituation, der dahinschwindenden Lebenszeit sowie des körperlichen Alterns eine besondere Bedeutung, es entfaltet eine kaum mehr zu überwindende Macht. Kommen altersbedingte Einschränkungen in der Mobilität hinzu, wie es mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher wird - und auch bei der geschilderten Patientin der Fall war -, ist die äußere Lebenswelt für den Älteren immer schwerer zu erreichen. Die eigene Wohnung wird mehr und mehr zu dem begrenzten Lebensort, in dem sich das Leben abspielt (Peters, 2004). Nicht selten kommen auch finanzielle Grenzen hinzu, die den Zugang zur äußeren Welt erschweren. Der Umgang mit der äußeren Realität wird damit zu einem bevorzugten Thema, und häufig werden Antworten allein im reflektierenden Dialog nicht zu finden sein, sondern nur unter Bezugnahme auf andere, nichtpsychotherapeutische Hilfen.

Dennoch ist diese äußere Realität nicht allein in ihrem objektiven Gehalt zu berücksichtigen, sie ist zugleich eine Welt der projizierten Subjektivität, gewissermaßen eine „dynamisierte“ Außenwelt. Es geht mithin darum, dass Innen im Außen zu entdecken, ohne das Außen allein darauf zu reduzieren, es also allein als Ausdruck der Projektion des Patienten zu betrachten (Dreyer & Schmidt, 2008). Dies zu differenzieren und zu erkennen, wie beide Seiten miteinander verflochten sind, erfordert von Seiten des Therapeuten Kenntnisse der Lebenswelten älterer Menschen und die Bedeutung des körperlichen Alterns. Nur so wird er in der Lage sein, Innen und Außen

zu differenzieren und zwischen beiden Perspektiven hin- und herzu pendeln. So machten der geschilderten Patientin häufiger werdende Stürze zu schaffen, und auch darin lag ein Grund, sich aus dem Dorfleben zurückzuziehen. Der Rollator, den sie sich längst angeschafft hatte, aber kaum benutzte, jedenfalls nicht, um sich damit im Dorf fortzubewegen, wurde zum Objekt ihrer Ambivalenz, hier vermischten sich Innen und Außen auf schwer zu unterscheidende Weise.

## 6 Fragen zur therapeutischen Technik – Sind Modifikationen erforderlich?

In der Literatur zur psychotherapeutischen Behandlung Älterer wird immer wieder eine größere Aktivität und Flexibilität des Therapeuten und ein weniger an formalen Kriterien orientiertes Vorgehen gefordert (z. B. Newton & Lazarus, 1992). Dies ist zweifellos angemessen, wenn über die psychotherapeutische Behandlung hinaus weitere Hilfen erforderlich werden, etwa bei körperlicher Komorbidität oder schwierigen sozialen Lebenslagen. Doch die Forderung nach Modifikationen auch der psychotherapeutischen Technik verlangt eine differenziertere Betrachtung. Als pauschale Forderung gerät sie in den Verdacht, einem negativen Altersbild zu entspringen. In diesem werden Ältere als passiv, sich der Autorität des Therapeuten unterwerfend gesehen, als Patienten mithin, die ihre Kontroll- und Omnipotenzwünsche auf den Therapeuten projizieren - ein Bild allerdings, das kaum der Wirklichkeit standhält. Studien zur Alltagskommunikation zwischen älteren und jüngeren Menschen zeigen, dass Ältere diese eindeutig dominieren; sie geben in der Regel nicht nur die Themen vor, sondern beanspruchen auch einen viel größeren Redeanteil für sich (Thimm, 2000). Die Reaktion der jüngeren Gesprächsteilnehmer auf diese Dominanz der Älteren ist entweder ein Kommunikationsabbruch oder aber ein Wechsel in eine patronisierende Redeform, also eine dezent abwertende und distanzierende Form der Kommunikation. Dieser Befund bestätigt sich durchaus im therapeutischen Gespräch, in dem sich Ältere in der Regel durchaus aktiv zeigen, diese Aktivität jedoch nicht allein dem therapeutischen Prozess dient, sondern auch einen Widerstand bzw. eine umgekehrte Übertragung zum Ausdruck bringen kann. Der Therapeut könnte nun geneigt sein, seinerseits mit einer erhöhten therapeutischen Aktivität zu reagieren und durch rasche Deutungen seine analytische Potenz unter Beweis zu stellen, insbesondere dann, wenn er sich durch die umgekehrte Übertragung verunsichert fühlt. Doch bereits Balint (1968) hatte davor gewarnt, alles sogleich verstehen und „weganalysieren“ zu wollen. Stattdessen ist es Aufgabe des Therapeuten, die „Zwischentöne“ im Erzählstrom wahrzunehmen und die Desiderate des Unbewussten herauszuschälen. Dieses Hören mit dem „dritten Ohr“ setzt voraus, nicht in der Gegen- und Eigenübertragung gefangen zu sein, sondern diese reflektierend zu handhaben und die Bereitschaft aufzubringen, sich vom Patienten berühren zu lassen und dessen Leiden geduldig zu ertragen. Eine solche Haltung ist in der Behandlung Älterer nicht immer leicht aufzubringen, doch nur wenn dies gelingt und der Therapeut zugleich als „wirkliches Gegenüber“ (Winnicott, 1965/1993) wahrgenommen werden kann, wird der Ältere seinen Erzählstrom verlassen und die notwendige

therapeutische Regression zulassen. Der Therapeut sollte in der Lage sein, in „annehmender Passivität“ auf die Gefühle des Patienten zu reagieren, ja diese stellvertretend für ihn auszuhalten, was keineswegs ein Unsichtbarwerden im Schweigen bedeutet. Dieser „Container-Funktion“, von der Bion (Hinshelwood, 2004) gesprochen hatte, kommt in der Behandlung Älterer, in der es oft um schwer zu ertragende Gefühle von existenzieller Bedeutung geht, eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Indem der Therapeut die Gefühle und das vom Patienten selbst Abgelehnte aushält und in sich „verdaut“, kann der Patient sich mit ihm identifizieren und seinerseits die abgelehnten Seiten seines Selbst und der verleugneten Gefühle, die nicht selten mit dem Alter selbst zu tun haben, leichter aushalten und einen Umgang mit ihnen finden. Therapeutischer Aktionismus lässt ein solch ruhiges, aufnehmendes, „verdauendes“ therapeutisches Klima nicht entstehen, sondern birgt die Gefahr, dass Aktivität die Funktion einer interpersonellen Abwehr gewinnt. Hinzu kommt, dass eine therapeutische Haltung von „annehmender Passivität“ eine Einstellung vermittelt, die auch im Hinblick auf eine Aneignung des Alters von Bedeutung sein kann, weil sie eine implizite Anerkennung von Werten wie Rezeptivität, Gelassenheit und Langsamkeit vermittelt, die für ein gelingendes Altern unerlässlich sind (Peters, 2008).

## ■ Neuere Entwicklungen der Psychoanalyse – Chancen für Ältere

Vielfach gilt die Psychoanalyse in der Öffentlichkeit heute als „verstaubt“ und in einer Zeit der Qualitätssicherung und des Effizienzdenkens als nicht mehr zeitgemäß. Eine solche Kritik übersieht allerdings die Entwicklung, die die Psychoanalyse nicht nur in Bezug auf ihre theoretischen und empirischen Grundlagen durchlaufen hat. Die moderne Psychoanalyse sucht engen Kontakt und Austausch mit benachbarten Disziplinen wie der neueren Säuglingsforschung, der Bindungstheorie oder der Neuropsychologie. Dieser interdisziplinäre Dialog hat bereits zu mancher Blickveränderung geführt; die Mentalisierungstheorie beispielsweise setzt ganz neue wissenschaftliche Akzente und bindet die Psychoanalyse wieder stärker ein in die scientific community. Diese erweiterten wissenschaftlichen Grundlagen für das Verständnis der inneren Welt des älteren Patienten zu nutzen, steht noch weitgehend aus.

Die neueren Entwicklungen sind nicht ohne Einfluss auf die Behandlungstechnik geblieben. Das Bild des passiven, nur spiegelnden Analytikers hatte Thomä bereits 1981 in seinem Buch *Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker* kritisiert. Thomä zufolge strebt die Psychoanalyse nach neuen Ufern; das Ideal des anonymen Analytikers wird zunehmend kritisch gesehen; scheinbar etablierte Begriffe wie Neutralität und Abstinenz werden neu diskutiert. Eine strenge Abstinenzregel wird nunmehr durch die Forderung nach einer parteilichen Abstinenz ersetzt, die mehr Unterstützung seitens des Therapeuten und dessen Besorgnis und Mitgefühl erlaubt. In stärkerem Maße werden interaktive Aspekte betont und der Therapeut als aktiver „Mitspieler“ in der therapeutischen Beziehung gesehen. Dadurch wird die Therapie gewissermaßen „demokratisiert“ und die Hierarchie abgebaut – eine Veränderung,

die gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen durchaus entspricht. Somit wird in der neueren Psychoanalyse eine Tendenz sichtbar, die es erleichtert, sich auf unterschiedliche Patienten einzustellen. Die gerontologische Forschung hat immer wieder auf die große Heterogenität älterer Menschen hingewiesen, auch kann das Alter kaum mehr als eine homogene Lebensphase betrachtet werden. Altersstereotype zu überwinden ist Voraussetzung dafür, diese Differenziertheit wahrnehmen und der Individualität des älteren Menschen Rechnung tragen zu können. Dadurch erhöht sich zweifellos die Möglichkeit, Ältere psychotherapeutisch zu behandeln, gleichzeitig sind damit aber auch erhebliche Anforderungen an den Therapeuten verbunden, kann er dieser Aufgabe doch nur dann gerecht werden, wenn er über gerontologische, gerontopsychiatrische und geriatrische Kenntnisse verfügt und eine Empathie- und Reflexionsfähigkeit einzubringen bereit ist, die es ermöglicht, die innere Welt des älteren Menschen zu verstehen.

## ■ Literatur

- Argelander, H. (1970). Das Erstgespräch in der Psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff.
- Balint, M. (1968). Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer. (Erstveröffentlichung 1939).
- Boothe, B. (Hrsg.). (2007). Erzähltes Alter – erzählte Angst. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Dieck, M. & Naegele, G. (1989). Die „Neuen Alten“ – Die „Karriere des neuen Alters“ ist voraussichtlich von kurzer Dauer. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 5, 162-172.
- Dreyer, A.-A., Schmidt & M.G. (Hrsg.). (2008). Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erikson, E.H. (1973). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp.
- Franz, M. (1997). Der Weg in die psychotherapeutische Behandlung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Freud, S. (1967). Wege der psychoanalytischen Therapie. GW XII (S. 240-251). Frankfurt/M.: Fischer. (Original veröffentlicht 1919).
- Heuft, G. (1990). Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung? Forum der Psychoanalyse, 6, 299-315.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie (2. Aufl.). Heidelberg: UTB.
- Hiatt, H. (1971). Dynamic psychotherapy with the aged patients. American Journal of Psychotherapy, 25, 591-601.
- Hildebrand, H. (1982). Psychotherapy with older patient. British Journal of Medical Psychology, 55, 19-28.
- Hillmann, J (2004). Vom Sinn des langen Lebens. München: dtv.
- Hinshelwood, R.D. (2004). Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hoffmann, S.O. (2000). Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren. Psychotherapeut, 45, 52-4.
- Hüther, G. (2004). Die Macht der inneren Bilder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kurthen, M. (2000). Repräsentanz. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe (S. 615-618). München: Kohlhammer.
- Leh, U. (2000). Psychologie des Alterns (9. Aufl.). Heidelberg: UTB.
- Levy, B.R. & Banaji, M.R. (2002). Implicit Ageism. In T.D. Nelson (Ed.), Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons. Cambridge: Bradford Press.
- Lohmann, R. & Heuft, G. (1995). Life Review: Förderung der Entwicklungspotentiale im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 18, 183-203.
- Lüscher, K., Schultheis, F. (Hrsg.). (1993). Generationsbeziehungen in „postmodernen“ Gesellschaften. Konstanz: Universitätsverlag.
- Newton, N.A. & Lazarus, L.W. (1992). Behavioral and Psychotherapeutic Interventions. In J.E. Birren, R.B. Sloane & G.D. Cohen (Eds.), Handbook of Mental Health and Aging (pp. 699-722). San Diego: Academic Press.
- Peters, M. (2000). Aspekte der Psychotherapiemotivation Älterer und Möglichkeiten ihrer Förderung. In P. Bäurle (Hrsg.), Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen (S. 25-34). Bern: Huber.
- Peters, M. (2004). Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für Psychosoziale Beratung und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Peters, M. (2006). Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Peters, M. (2008). Die gewonnenen Jahre. Von der Aneignung des Alters. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Peters, M., Lange, C. & Radebold, H. (2000). Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 46, 259-273.
- Radebold, H. (1992). Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin: Springer.
- Radebold, H. (2002). Brauchen wir eine psychodynamische Sicht des Alterns? In M. Peters & J. Kipp (Hrsg.), Zwischen Abschied und Neubeginn (S.103-115). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Radebold, H. (2005). Der dunkle Schatten unserer Vergangenheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schröter, K.R. (2008). Verwirklichungen des Alterns. In A. Amann & F. Kolland (Hrsg.), Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie (S. 235-275). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Straub, J. (1998). Erzählung, Identität und historische Bewusstseins. Frankfurt: Suhrkamp.
- Thimm, C. (2000). Alter – Sprache – Geschlecht. Sprach- und Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven auf das höhere Lebensalter. Frankfurt: Campus.
- Thomä, H. (1981). Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Frankfurt: Suhrkamp.
- Tudor-Sandahl, P. (2003). Das Leben ist ein langer Fluss. Über das Älterwerden. Freiburg: Herder.
- Winnicott, D.W. (1993). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt: Fischer. (Erstveröffentlichung 1965).
- Zank, S (2002). Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 23, 181-195.
- Zank, S., Peters, M. & Wilz, G. (erscheint 2009). Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters. Stuttgart: Kohlhammer.

## ■ Korrespondenzadresse

Dr. phil. Meinolf Peters  
Schwanallee 48a | 35037 Marburg  
Meinolf-Peters@t-online.de