

Johannes Johannsen und Josy Fischer-Johannsen

## Systemische Therapie älterer Menschen

### Systemic therapy of elderly patients

#### Zusammenfassung

Da psychische Störungen älterer Menschen oft mit Problemen in ihren Familienbeziehungen und/oder ihren Beziehungen zur weiteren Umwelt verknüpft sind, kommt die systemische Therapie für diese Klientengruppe vorrangig in Frage. Die systemische Therapie konzentriert sich auf die Beziehungsdynamik statt auf die intrapsychische Dynamik. Sie versucht den Handlungsspielraum aller Beteiligten zu erweitern, indem sie Veränderungen der Beziehungsstrukturen und veränderte Sichtweisen der Problemsituation anregt. Ein Fallbeispiel veranschaulicht die Praxis.

#### Schlüsselwörter

systemische Therapie – systemische Therapie älterer Menschen – Familientherapie mit älteren Menschen – Psychotherapie Älterer

#### Summary

Systemic therapy is highly recommended for elderly patients suffering from psychic disorders, since their problems are often associated with difficulties in their family relations and/or their relationships with their reference system. Systemic therapy is directed towards the dynamics in relationships rather than towards intrapsychic dynamics. It tries to extend the scope of behaviour of all persons involved by promoting differences in interactions and subjective views of the problem situation. A case study illustrates the practice.

#### Keywords

systemic therapy – systemic therapy of elderly patients – family therapy with older persons – psychotherapy of the elderly

### ■ Verschiedene familientherapeutische Schulen

Die systemische Therapie versteht sich inzwischen neben der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie und anderen humanistischen Therapien als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren mit eigener Krankheitstheorie und Methodologie (von Sydow et al., 2007). Sie bezieht sich nicht mehr ausschließlich auf die Arbeit mit Familien oder vergleichbaren Bezugssystemen, sondern sie findet auch bei Einzelpersonen, Paaren und Gruppen Anwendung.

Die systemische Therapie hat sich bei der Behandlung jüngerer Altersgruppen bewährt. Bisher wird sie bei der Behandlung über 60-Jähriger wenig genutzt. Dabei könnten durch die systemische Sichtweise effiziente Lösungsimpulse gesetzt werden, weil das auffällige Verhalten oder das klinische Problem eines älteren Patienten in der Regel mit problematischen Beziehungen zwischen ihm und seinen Angehörigen bzw. seiner Umwelt einhergeht und diese Beziehungsprobleme ohne entsprechende Anstöße nicht lösbar sind.

Vermutlich aufgrund der immer noch weitverbreiteten defizitären Sichtweise des Alters werden bei älteren Menschen und

ihren psychischen Störungen eher psychoedukative Verfahren eingesetzt. Diese sollen durch Informationen und Instruktionen einen veränderten Umgang zwischen dem Patienten, den Angehörigen und den weiteren Bezugspersonen bewirken. Bei entsprechenden Gesprächen ist der Patient selbst oftmals nicht dabei.

Historisch haben sich neben der systemischen Therapie aus den klassischen Psychotherapieverfahren und der humanistischen Psychologie weitere familientherapeutische Richtungen etabliert, u. a. die psychoanalytische, die verhaltenstherapeutische, die strukturelle und die entwicklungsorientierte Familientherapie. Nach einer allgemeinen Definition von Wynne (1988) zielt Familientherapie darauf, Interaktionen zwischen einem Paar, in einer Kernfamilie, in einer erweiterten Familie oder zwischen einer Familie und anderen interpersonellen Systemen zu verändern und dadurch Probleme einzelner Familienmitglieder, Probleme von Familiensubsystemen oder der Gesamtfamilie zu lindern.

In der psychoanalytischen Familientherapie steht die aktuelle und vergangene Beziehungsdynamik im Zentrum der Therapie. Bewusste und unbewusste Konflikte, verdrängte und über die Generationen tradierte Themen sind in der Therapie aufzu-

zeigen. Methodisch werden der psychoanalytischen Tradition entsprechend insbesondere die Konzepte Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand beachtet (Bauriedl, 1980).

Die verhaltenstherapeutische Familientherapie bezieht sich auf das aktuelle Erleben der Familienmitglieder im Zusammenhang mit Problemen, Aufgaben und Belastungen, die vom System zu bewältigen sind. Über eine Verhaltensanalyse werden Einsichten über frühere und aktuelle Lernkontexte und das Erleben und Verhalten beeinflussende Umweltfaktoren gewonnen. Eine Verbesserung des Problemlöseverhaltens in der familiären Kommunikation sowie die Erarbeitung neuer Problemlösungsstrategien sind das Ziel (Hahlweg et al., 1991).

In der strukturellen Familientherapie stehen die Strukturaspekte familiärer Bindungen im Vordergrund. Es werden insbesondere familiäre Grenzen, Normen, Regeln, Hierarchien und Beziehungsqualitäten wie Zusammenhalt bzw. Bindung und Anpassung an Anforderungen beachtet (Minuchin, 1981).

Die entwicklungsorientierte Familientherapie beachtet vorrangig lebenszyklische Prozesse in Familien. Zugrunde gelegt wird, dass familiärentypische Phasen durchlaufen werden, deren Übergänge mit Krisen einhergehen können, in denen sich das familiäre System neu orientieren muss und dabei störungsanfällig sein kann. Therapeutisch geht es um die Stärkung des familiären Entwicklungspotentials, um den Rahmen für eine positive Entwicklung der einzelnen Familienmitglieder zu schaffen (Satir, 1977).

Die systemische Familientherapie betont die Aspekte der Zirkularität, Neutralität, Allparteilichkeit sowie die ressourcen- und lösungsorientierte therapeutische Einstellung. Theoretisch beziehen sich diese Ansätze auf die Systemtheorie und den Konstruktivismus. Die Wurzeln liegen in der Kybernetik und den kommunikationstheoretischen Konzepten (Schweitzer & von Schlippe, 1996).

Nachfolgend werden die systemische Theorie und Praxis in ihren Grundzügen skizziert, bevor dann die systemische Therapie älterer Menschen sowohl ihrer historischen Entwicklung nach als auch in ihrer aktuellen Praxis dargestellt wird. Die Praxis wird anhand eines Fallbeispiels erläutert.

## ■ Systemische Therapie

Systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das auf die Interaktionen des Menschen mit seiner Umwelt fokussiert statt auf den Einzelnen und seine innerpsychischen Dynamiken.

Menschen werden im kybernetischen Sinne als sich selbst organisierende Systeme angesehen, die in mehreren Systemen Mitglied sind – von der eigenen Familie über die Nachbarschaft und die Firma, bei der sie arbeiten, bis hin zum Kegelclub.

## ■ Verstehen im Kontext

Die systemische Sichtweise siedelt Probleme **zwischen** den Elementen eines Systems an, nicht **in** einem Element. Problematisches, störendes oder diagnostiziertes krankes Verhalten einzelner Menschen wird als Ausdruck der Kommunikation und Interaktion innerhalb des relevanten Bezugssystems verstanden. Systemische Therapeuten gehen von der Annahme aus, dass jedes menschliche Verhalten in einem bestimmten Kontext Sinn macht und oftmals einen Lösungsversuch für ein anderes Problem darstellt(e), der seinerseits zum Problem geworden ist. Deshalb ist es wichtig, das als schwierig oder auffällig beschriebene Verhalten wieder in diesem ursprünglichen Kontext zu sehen, es zu rekontextualisieren. Zum möglichen Sinn eines Verhaltens bildet ein Systemiker von Anfang an Hypothesen, die ihm als roter Faden im Gespräch dienen und die er kontinuierlich überprüft und verändert. Aus dieser Grundannahme eines Zusammenhangs zwischen Bezugssystem und Problem ergibt sich, dass der systemische Therapeut immer auf das Beziehungsgefüge schaut, auch wenn er nur mit dem Klienten allein spricht. Die systemische Therapie kennt dafür spezielle Frageformen, um die Interaktionen zwischen dem Klienten und seinem Bezugssystem zu thematisieren.

## ■ Systemisches Erstgespräch

In einem systemischen Erstgespräch geht es zunächst darum, an den Klienten anzukoppeln, d. h., ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihm aufzubauen. Dies geschieht am besten dadurch, dass der Therapeut sich mit wertschätzender Neugier nach den Lebensumständen des Klienten erkundigt und nach den Personen, die in seinem Leben eine Rolle spielen. Sind Begleitpersonen dabei, kann man diese mit Einverständnis des Betroffenen zum Gespräch hinzubitten. Damit und mit Fragen wie „Wer ist (außer den Anwesenden) noch am Ausgang unseres Gesprächs interessiert?“ entstehen erste Informationen zum relevanten Bezugssystem des Klienten. Goolishian und Anderson nennen es das Problemsystem (Goolishian & Anderson, 1988) und unterscheiden es vom Lösungssystem. Letzteres kann sich vom Problemsystem dadurch unterscheiden, dass für die Lösung wichtige Personen dazugeholt werden. Einem erfahrenen Therapeuten kann es jedoch durchaus gelingen, die für die Lösung wichtige(n) Person(en) in das Gespräch mit einzubeziehen, ohne dass diese persönlich anwesend sind.

Das familiäre und soziale Bezugssystem des Klienten lässt sich gut in einem Genogramm zeigen, das in der Anfangsphase der Therapie erstellt und im weiteren Verlauf ergänzt werden kann. Zentrale Ereignisse im Leben der Familie wie Geburten, Hochzeiten, Trennungen, Scheidungen, Krankheiten, Todesfälle und andere Verluste lassen sich auf diese Art und Weise übersichtlich darstellen, und zugleich können mit Hilfe des Genogramms Hypothesen im Hinblick auf das auffällige Verhalten gewonnen werden (McGoldrick & Gerson, 1990).

Zu einem Erstgespräch gehören weiterhin Informationen zum Überweisungskontext: „Wessen Idee war es, hierher in diese Einrichtung zu kommen?“ Diese Frage ist eng verbunden mit

dem Thema Auftragsklärung: „Was erhoffen Sie sich? Was erhofft sich die Person, die möchte, dass Sie zu uns kommen, von Gesprächen bei uns bzw. davon, dass Sie zu uns in die Klinik kommen?“, „Gibt es Personen in Ihrem Umfeld, die eher skeptisch sind, was die Idee von Gesprächen hier im Rahmen eines Klinikaufenthaltes angeht?“

Diese Erkundigungen bewirken in der Regel, dass sich der Klient ernst genommen fühlt und mehr und mehr Vertrauen fasst. Sie geben dem Therapeuten wertvolle Informationen darüber, wie es mit der Eigenmotivation des Klienten aussieht und mit der des Umfeldes. Erfahrungsgemäß kann keine anhaltende Veränderung ohne die Einbeziehung des Umfeldes erzielt werden. Deshalb ist es sinnvoll, schon vor Beginn einer Maßnahme ihre möglichen Auswirkungen auf das Umfeld zu thematisieren. Gleichzeitig wird durch diese Erkundigungen manchmal deutlich, ob die geplanten Gespräche/ der geplante Aufenthalt in der Klinik vorrangig Alibifunktion haben, um alles beim Alten zu lassen.

An dieser Stelle kommt die Veränderungsneutralität des systemischen Therapeuten ins Spiel. Sie bedeutet, dass es ihm gleichwertig ist, ob sich der Klient/ das System für oder gegen eine Veränderung entscheidet. Indem er sich nicht zum Fürsprecher und Vorreiter von Veränderungen macht, lässt er die Ambivalenz und damit die Verantwortung im Klientensystem. Er wird natürlich im Verlaufe des Gesprächs immer wieder beide Seiten thematisieren: die Seite der Veränderung mit ihren Vor- und Nachteilen und die der Nichtveränderung mit ihren Nachteilen, aber auch mit dem möglichen Guten im Schlechten.

### ■ Auftragsklärung

Die Auftragsklärung schließt explizit auch die möglichen Anliegen nicht anwesender, aber relevanter Systemmitglieder ein. Dabei können sehr unterschiedliche Aufträge zur Sprache kommen, zum Beispiel:

Der Ehemann der Tochter möchte die Schwiegermutter möglichst schnell in einer Institution unterbringen und erwartet, dass der Therapeut eine entsprechende Empfehlung ausspricht, weil er den Eindruck hat, dass sich seine Frau in der Pflege der Mutter aufreibt und er zu kurz kommt. Die Sozialpädagogik studierende Enkelin ist der Auffassung, dass man alte Menschen nicht ins Heim abschieben kann, und plädiert für vielfältige Unterstützungsmaßnahmen, was aber einiges kosten könnte, und damit für einen Verbleib der Großmutter zu Hause. Die Tochter selbst ist völlig erschöpft, braucht dringend eine Auszeit von der Pflege und ist hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, der eigenen Familie gerecht zu werden, und der Verpflichtung den eigenen Eltern gegenüber, die doch auch Geld für den Bau des Hauses gaben mit der unausgesprochenen Hoffnung, dafür im Alter dort gepflegt zu werden. Die Patientin selbst will vor allem niemand zur Last fallen und ist verzweifelt darüber, dass sie so viel Hilfe braucht.

Die Phase der Auftragsklärung führt idealerweise zu der

Definition von erreichbaren Zielen, die sich in einzelne Etappenziele aufgliedern lassen. „*Habe ich Sie richtig verstanden, dass der Aufenthalt hier in der Klinik auch dafür gut wäre, um der Familie zunächst eine Atempause zu verschaffen, um dann in Ruhe und mit neuen Kräften darüber nachzudenken, wie es für alle Beteiligten einigermaßen gut weitergehen könnte?*“

Diese noch unspezifisch formulierte Zieldefinition bildet dann das Oberthema der Gespräche. Sie wird im Laufe der Zeit spezifiziert durch die Vorstellungen der Einzelnen, die dann zu einem Konsens zusammenwachsen können darüber, wie es hinreichend gut weitergehen könnte. Die Einschränkung durch das Wort „hinreichend“ macht deutlich, dass es keine ideale Lösung für alle geben wird, sondern eher eine kleine Lösung, in der sich die Beteiligten mit ihren eigenen Interessen „hinreichend“ berücksichtigt sehen.

### ■ Zirkuläres Fragen

Die zentrale Methode einer systemischen Gesprächsführung ist das Fragen, insbesondere das zirkuläre Fragen. Es gründet auf der Prämisse von zirkulären statt linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen in lebenden Systemen. Darunter wird verstanden, dass sich die Mitglieder eines Systems wechselseitig beeinflussen. Jede Aktion einer Person führt zu einer Reaktion bei einer anderen Person, deren Reaktion wiederum von anderen als Aktion gesehen wird. Diese Interaktionsketten werden erfragt mit Formulierungen, wie z. B.: „*Wenn die Patientin aus ihrem Zimmer laut ‚Hallo, Hallo‘ ruft, wenn die Familie beim Abendbrot sitzt, wer reagiert als Erster? Wie? Wie reagiert die Patientin darauf? Wie die anderen Familienmitglieder? Wie reagiert die Patientin dann?*“

Systemische Fragen generieren Informationen, die dem Therapeuten Hinweise für die eigene Hypothesenbildung geben und oftmals auch für das Klientensystem neu sind. Mit seinen Fragen streut ein Systemiker zusätzlich auch Informationen aus, denn diese enthalten jeweils bestimmte Vorannahmen, die implizit an das Klientensystem herangetragen werden. Wichtig dabei ist weniger die Antwort, als dass die Frage mit ihren Implikationen gestellt wird. Ein Therapeut muss sich über die versteckten Botschaften in seinen Fragen und Äußerungen jeweils sehr genau im Klaren sein, denn sie stellen eine Möglichkeit dar, das System in seiner bisherigen Sicht- und Verhaltensweise zu „verstören“ und zu neuen Sichtweisen anzuregen. Damit sind systemische Fragen eine wirkungsvolle Form der Intervention gemäß dem Spruch von Lichtenberg: „*Was er für das Stimmen der Instrumente hielt, war schon das Konzert.*“

Grundsätzlich vermittelt die Technik des zirkulären Fragens an sich den Befragten die Botschaft, dass ihre Handlungen miteinander in Beziehung stehen und sich gegenseitig bedingen. Wenn die Wechselwirkungen deutlich werden, werden auch die eigenen Einflussmöglichkeiten deutlich.

Das Verhalten der einzelnen Systemmitglieder kann mit einzelnen Tanzschritten verglichen werden, die in ihrer Gesamtheit den Tanz der Familie um das Problem ergeben. Wie ein Tanz sich ändert, wenn einzelne Schritte verändert werden, können die Beteiligten durch kleine Veränderung ihrer Handlungen die gesamte Interaktionskette beeinflussen.

Ein systemischer Therapeut fragt nicht nur nach den einzelnen Tanzschritten, sondern auch danach, welchen Tanz die Systemmitglieder aus ihrer Sicht tanzen und nach welcher Musik. Er interessiert sich also neben den beobachtbaren Handlungen auch für die Erklärungen und Bewertungen der Einzelnen, d. h. nach ihren Weltbildern. Denkt z. B. ein Angehöriger: „*Die ruft nur deshalb so häufig, weil sie mich schikanieren will*“, wird er das Rufen anders bewerten, als wenn er es als Zeichen von Angst oder Hilflosigkeit oder Schmerzen interpretiert oder wenn er es in Zusammenhang damit sieht, dass die Patientin gerade zuvor vom Pflegedienst vom Tagesstuhl in der Küche in ihr Bett gebracht wurde. Je nach Erklärung wird er das Verhalten des Klienten in den Kategorien von krank/gesund, gut/böse und stark/schwach bewerten und seine eigene Reaktion wird entsprechend anders ausfallen. Aus diesem Grunde erkundigt sich ein systemischer Therapeut gerne danach, wie die einzelnen Systemmitglieder sich das gegenseitige Verhalten erklären: „*Wie erklären Sie sich, dass Ihre Mutter das Essen auf Rädern nicht anrührt, aber mit gutem Appetit isst, wenn Sie dabei sind?*“, „*Was, glauben Sie, möchte Ihre Mutter Ihnen damit sagen, dass sie das Essen auf Rädern bestreikt?*“.

### ■ Wirklichkeitskonstruktionen

Was die Weltbilder angeht, so folgt ein Systemiker dem sozialen Konstruktivismus. Es gibt keine richtige Sicht der Dinge, keine allgemeingültige Wahrheit, die Wirklichkeit ist eine soziale Konstruktion. Da jeder Einzelne die Welt durch die Brille seiner bisherigen Lebenserfahrungen, also subjektiv betrachtet, ist keine objektive Wahrheitsfindung möglich. Schon durch die Tatsache seiner Beobachtung nimmt ein Beobachter Einfluss auf das Geschehen. Ziel eines systemischen Therapeuten ist es folglich, einengende Wirklichkeitskonstruktionen zu erweitern, um damit neue Handlungsspielräume zu eröffnen. Er möchte die Wahlmöglichkeiten der Menschen vergrößern, nicht eine Wahl vorgeben (Veränderungsneutralität). Ob die Betroffenen künftig beschließen, ein anderes Verhalten zu zeigen, bleibt ihrer Entscheidung überlassen.

Neben den beiläufigen Interventionen in den Formulierungen der Fragen kennt die systemische Therapie auch die explizite Intervention am Ende eines Gesprächs, meist vorbereitet durch eine Pause. Sie sollte alle am Gespräch Beteiligten einbeziehen und ihnen zunächst Anerkennung aussprechen, z. B. für das im Gespräch deutlich gewordene Engagement füreinander, sodann eine neue Sichtweise des Problemtanzes einführen und schließlich eine Verhaltens- oder Beobachtungsaufgabe enthalten.

Die lösungsorientierte systemische Therapie fokussiert darauf, wie es gut weitergehen könnte, also auf die Zukunft. Wichtig ist die Vergangenheit vor allem im Hinblick auf die Fähigkeiten und die Ressourcen, die die einzelnen Mitglieder aus ihrer bisherigen Lebenserfahrung mitbringen und die sie für die Lösung des anstehenden Problems nutzen können.

### ■ Zur Entwicklung der Familientherapie mit älteren Menschen

Nachdem sich in den 1950er Jahren die Familientherapie in den USA etabliert hatte, wurde diese systemorientierte Betrachtungsweise Mitte der 1960er Jahre auch auf Familien mit älteren Mitgliedern bzw. Problemstellungen des Alterns übertragen und angewandt.

So empfahlen die amerikanischen Gerontologen Shanas und Streib 1965 nachhaltig, dass der ältere Mensch mit seinen Problemsituationen und Erkrankungen immer im sozialen Kontext seiner Familie betrachtet werden müsse (Shanas & Streib, 1965).

Eine erweiterte Sicht auf die Familie wurde von Sussman und Burchinal (1962) vorgeschlagen. Sie plädierten dafür, bei der Betrachtung des sozialen Systems älterer Menschen nicht nur die direkten Angehörigen, sondern vielmehr das um weitere Angehörige und um Freunde vermehrte Verwandtschafts- bzw. Beziehungsgefüge zu berücksichtigen.

Dass die Familieninteraktionen möglicherweise einen entscheidenden ätiologischen Faktor bei Altersproblemen darstellen, wurde Mitte der 1960er Jahre erstmals von Brody behauptet (Brody, 1966). 1966 betonten Brody und Spark, dass bei der Behandlung von Altersproblemen nicht der ältere Angehörige allein, sondern die ganze Familie als Klient anzusehen sei (Brody & Spark, 1966). Die Autoren beschrieben später eine Reihe von problematischen Interaktionsformen in Familien mit alternden Angehörigen. So würden z. B. ältere Familienmitglieder „zum Sündenbock gemacht“, indem sie „an all den Schwierigkeiten in der Familie schuld“ seien, z. B. auch daran, dass die verheirateten Ehepartner der mittleren Generation mit ihrer realen Lebenssituation nicht fertig würden. Ähnlich wie bei Familien mit jüngeren Mitgliedern könnten die Parentifizierung oder auch Ausstoßungsprozesse in Familien mit älteren Angehörigen beobachtet werden, z. B. wenn das ältere Mitglied in eine Institution übersiedeln müsse (Spark & Brody, 1970).

Ebenfalls für die Erweiterung des Blickwinkels auf die Generationen sprachen sich im Rahmen ihrer kontextuellen Therapie Boszormenyi-Nagy und Framo aus. Sie versuchten, sowohl individuelle als auch familiäre Störungen auf eine gestörte „Beziehungsethik“ zwischen den Generationen, d. h. auf ein Ungleichgewicht zwischen Geben und Nehmen, Anspruch und Erfüllung, Verdienst und Schuld im Bereich der emotionalen Fürsorge zurückzuführen. Allerdings steht in ihrem therapeutischen Vorgehen das ältere Familienmitglied oftmals nicht im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses, sondern die



Großelterngeneration wird einbezogen, um Loyalitätsverstrickungen aufzulösen (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1975).

1979 erschien das immer noch richtungsweisende Buch „Counseling Elders and their Families“ von Weakland und Herr, in dem sie die systemorientierte Betrachtung und Beratung auch bei älteren Menschen und ihren Problemen bzw. Erkrankungen anerkannten und anwandten (Weakland & Herr, 1979). Ausführlich beschrieben sie ihre therapeutische Praxis in 7 Schritten, nämlich (1) Kontaktaufnahme zum Familiensystem, (2) Problembestimmung, (3) Lösungsversuche, (4) Zielbestimmung, (5) Analyse des Familiensystems, (6) Aktivierung des Familiensystems und (7) Ende der Beratung. Diese Darstellung sollte eine Art „Einübung“ in die Praxis der Beratung älterer Menschen bieten. Die Autoren plädierten für ein therapeutisches Vorgehen im Hier und Jetzt, für eine neue Sicht und einen veränderten Umgang mit Problemen und für kleine, aber strategisch wichtige Veränderungen im System.

Dieser methodische Ansatz wurde in der Folgezeit weiter ausgebaut. Besondere Bedeutung wurde einer guten tragfähigen therapeutischen Beziehungsaufnahme zuerkannt, und im Rahmen von therapeutischen Interventionen wurde auf die Notwendigkeit konkreter Unterstützungsmaßnahmen für die Familien hingewiesen.

Es entwickelten sich in den unterschiedlichen familientherapeutischen Methoden mit alten Menschen unterschiedliche Einschätzungen. Auf der einen Seite wurde betont, dass in der Therapie älterer Menschen Zielsetzungen, Einsatz von Interventionen, zeitliche Strukturierungen und das Setting eher als begrenzt anzusehen seien. Bei älteren Menschen stünden nur limitierte Kapazitäten zur Verfügung. Ihre Flexibilität und Kreativität seien begrenzt. Pro Zeiteinheit könnten weniger Themen besprochen werden, so dass mehr Zeit und ein längerer Zeitraum vorzusehen seien. Allerdings wurde auch erstmals betont, dass ein Familientherapeut in der Arbeit mit älteren Menschen um die gängigen medizinischen Probleme des Alters wissen müsse.

In den 1990er Jahren kommt eine stärker an Aktivitäts- und Kompetenzansätzen orientierte Sichtweise zur Darstellung, in der Familientherapie mit älteren Menschen das gleiche Potential zuerkannt wird wie der mit jüngeren Familienmitgliedern. Es werden vorrangig Kasuistiken dargestellt, aus denen Empfehlungen abgeleitet werden (Berlin & Canaan, 1991). Diesen Hinweisen zufolge sollten durchaus viele Familienmitglieder und Mitarbeiter aus dem psychosozialen Unterstützungsnetz einbezogen und die bisherigen Konsultationen und Problemlösungsversuche erörtert werden. Außerdem seien die konkreten Angelegenheiten und Probleme unter ausdrücklicher und stärkerer Berücksichtigung von Gefühlen wie Angst und Schuld zu besprechen, um in der weiteren Folge auch Angelegenheiten des Alltags wie Finanzen und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten zu regeln. Dabei sei darauf zu achten, dass die Familie sich für ihre Entscheidungen genug Zeit nehme, um dann selbst zu handeln. Die Autonomie der Familie sei zu respektieren.

Im angloamerikanischen Sprachraum wird Anfang der 1990er Jahre die Familientherapie in systemischer Sichtweise verstärkt mit der Angehörigenarbeit nach dem psychoedukativen Ansatz verglichen (Richardson et al., 1994). Der psychoedukative Ansatz sieht die Familien, die mit einem älteren Mitglied zurechtkommen müssen, in einer Notlage, und die therapeutische Intervention zielt darauf, die familiäre Belastung oder gar den familiären Zusammenbruch, der durch die Erkrankung des alten Menschen hervorgerufen werde, zu verhindern.

Die Angehörigen müssten über das Krankheitsbild informiert und belehrt werden, um einen veränderten Umgang mit dem Patienten zu bewirken.

Gegenüber dem psychoedukativen Ansatz versteht die Familientherapie im engeren Sinne ihr Vorgehen so, dass sie von Anfang an die ganze Familie oder das entsprechende relevante soziale Bezugssystem in den Blick nimmt, um die Interaktionen und Einstellungen zwischen und unter den Mitgliedern des Systems zu analysieren und zu verändern, da Erkrankungen, Problemsituationen und Familieninteraktionen als wechselseitig miteinander verknüpft angesehen werden.

Qualls berichtet 1996 in ihrem Beitrag in der von Zarit und Knight herausgegebenen Übersicht „Guide to Psychotherapy and Aging“, die im Auftrag der American Psychological Association erstellt wurde, darüber, dass die beiden o. g. unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren je nach Patient und Beziehungsgefüge, Art und Erscheinungsbild der Erkrankung und Problemstellung durchaus zu kombinieren seien (Qualls, 1996).

In Deutschland wurde die Bedeutung der Familientherapie mit älteren Menschen vor allem von H. Radebold erkannt. 1982 gab Radebold zusammen mit G. Schlesinger-Kipp einen Überblick über familientherapeutische Ansätze aus psychodynamischer Sicht auf dem bis dahin in der psychotherapeutischen Praxis noch nicht wahrgenommenen Gebiet (Radebold & Schlesinger-Kipp, 1982). In ihrem 1984 erschienenen Aufsatz „Psychische Erkrankung im Alter – Symptom der Familie?“ benannte Schlesinger-Kipp in Anlehnung an Spark und Brody (s. d.) eine Reihe von problematischen Konstellationen in Familien mit mehreren Generationen und auffälligem älterem Familienmitglied (Schlesinger-Kipp, 1984).

Die systemische Therapie mit Älteren wird im deutschsprachigen Raum erstmals von Johannsen 1990 auf der zweiten Arbeitstagung für Psychotherapie im Alter in Erlangen vorgestellt (Johannsen, 1992). Wenn auch methodisch im therapeutischen Prozess ähnlich wie bei einem Familiensystem mit einem jüngeren Patienten zu verfahren sei, so erfordere der Kontext Alter und Altern in der Familientherapie mit älteren Menschen doch eine Reihe von Unterschieden und Modifikationen. Für das Feld der Paartherapie für ältere Paare eröffnet Riehl-Emde mit der Darstellung therapeutischer Zugangsweisen weitere breite Anwendungsmöglichkeiten (Riehl-Emde, 2002).

## ■ Alter "Was sind häufige Themen ...?"

Nach der WHO beginnt das Alter mit dem 60. Lebensjahr. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird die Lebenszeit vom 60. bis zum 75. Jahr als drittes Lebensalter bezeichnet, nach Baltes auch als „Belle Époque“ (Baltes, 1989). Ab dem 75. Lebensjahr fängt das 4. Lebensalter an, nach Baltes „Hoffnung mit Trauerflor“. Ältere Menschen werden gerne dem 3. Lebensabschnitt zugeordnet, die alten Alten dem 4. Abschnitt. Hochbetagte sind im allgemeinen älter als 80 Jahre.

Angesichts einer Lebenszeit, die im noch Alter 20 oder häufig auch 30 Jahre und mehr umfasst, haben Alter und Altern viele Facetten. Wann darf vom Alter gesprochen werden – erst bei den alten Alten oder auch schon bei den jungen Alten? 70-jährige Menschen reagieren manchmal empört, wenn sie alt genannt werden. Alt und älter sind immer nur die anderen. Altern wird außerordentlich subjektiv empfunden.

Im medizinischen Kontext hat es sich bewährt, Menschen ab 60 Jahren dem Alter zuzuordnen. Kliniken nehmen oftmals 60-jährige und ältere Patienten auf speziellen Stationen auf.

## ■ Problemerzeugende Beziehungskonstellationen

Was sind häufige Themen problemerzeugender Beziehungskonstellationen älterer Menschen untereinander oder auch in Relation zu ihren Kindern und Enkelkindern? Kein Lebensabschnitt birgt so viele Risiken für Veränderungen oder krisenhafte Zuspitzungen in den Beziehungen, wie sie das Alter bereithält. Dazu zählen der Übergang von der Berufstätigkeit in den Ruhestand, womit nicht nur für das Individuum, sondern auch für seine Beziehungen zur Umwelt ganz erhebliche Veränderungen verbunden sein können. In diesen Lebensabschnitt fallen viele Verlust- und Trennungserfahrungen durch den Tod lieber Angehöriger und Freunde oder sogar des eigenen Partners. So sieht sich der alte Mensch damit konfrontiert, sein Leben neu auszurichten und sich mit dem zunehmenden Auf-sich-gestellt-Sein auseinanderzusetzen. Es kann sich auch um materielle Verluste handeln, wodurch die finanzielle Absicherung hinfällig oder bedroht ist. Ganz ähnlich kann es zu gravierenden Störungen kommen, wenn die bisherige Wohnsituation z. B. aufgrund einer eigenen Erkrankung oder der des Partners nicht mehr aufrechtzuerhalten ist. Um dies zu vermeiden, holen sich manche Familien Unterstützung durch externe Hilfsdienste oder durch osteuropäische Pflegekräfte, die in die Familie integriert werden müssen. Dies erfordert eine Auseinandersetzung mit den Werten und Regeln aus anderen Kulturen und dem regelmäßigen Wechsel dieser Pflegenden unter schwierigen Bedingungen, z. B. einer mangelnden Sprachkompetenz der Pflegenden.

Natürlich ist auch eine schwere eigene Erkrankung eine enorme Belastung und Herausforderung, wodurch ebenfalls eine Krise im Bezugssystem ausgelöst werden kann, erst recht, wenn mit der Erkrankung Einschränkungen in der bisherigen Lebensführung (z. B. Autofahren nicht mehr möglich) oder zunehmende Hilfebedürftigkeit verbunden sind.

Solche Erfahrungen können umso schwerer zu bewältigen sein, je mehr mit dem Alter erwartungsvolle Perspektiven verknüpft wurden, die jetzt nicht mehr realisierbar erscheinen, nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für seinen Partner. Ganze Lebenskonzepte können dann zur Diskussion stehen oder müssen abrupt aufgegeben werden. Zum Beispiel trifft es junge Alte, die sich auf viele Wanderungen gefreut hatten, sehr, wenn sich Erkrankungen des Bewegungsapparates einstellen und nur noch eingeschränkte Bewegungsaktivitäten möglich sind. So können Beziehungen verloren gehen, wenn man wegen Krankheiten die Aktivitäten nicht mehr betreiben kann, die man zuvor mit Freunden oder im Verein ausgeübt hat. Jemand mit einer rheumatischen Erkrankung kann keine Modellbauten mehr ausführen, jemand, der eine Netzhautablösung erlitten hat, tut sich mit dem Hobby Briefmarken sammeln schwer.

Auch wenn vom Patienten und seinen Angehörigen häufig betont wird, wie harmonisch doch die Beziehungen untereinander und zu den Kindern seien, lohnt es sich für einen systemischen Therapeuten, jeweils behutsam genauer nachzufragen. Dort, wo die Harmonie sehr betont wird, findet man häufig ein eher rigides System, das sich durch Veränderungen in seinem Zusammenhalt bedroht fühlt und mit verstärkter Bindung reagiert.

## ■ Systemische Therapie älterer Menschen

Grundsätzlich sollte ein Therapeut, der mit älteren Menschen arbeitet, – unabhängig von seiner methodischen Ausrichtung – über die entsprechenden historischen Kenntnisse verfügen, um den Erlebnis- und Erfahrungshorizont verstehen zu können. D. h., er muss sich auskennen in der Weimarer Zeit, in der nationalsozialistischen Vergangenheit, im Zweiten Weltkrieg mit seinen Folgen Gefangenschaft, Flucht und Vertreibung, aber auch in der Wiederaufbauphase bis hinein in die 1950er Jahre. Selbstverständlich gilt dies nicht nur für die politischen Ereignisse, sondern auch für die damit verbundenen soziokulturellen Hintergründe.

Im Rahmen der Eingangsphase des Gespräches ist es nützlich, den möglicherweise großen Altersunterschied zwischen der älteren Generation und dem Therapeuten anzusprechen. Welche Bedeutung kommt ihm zu? Wie könnte er sich auf die Gespräche auswirken?

## ■ Zum Setting

Wenn es um ältere Menschen und ihre Probleme oder psychischen Störungen geht, kann das entsprechende relevante Beziehungssystem ganz anders aussehen als bei jüngeren Familien. Oft nehmen drei Generationen am Gespräch teil, der alte Patient, sein(e) Kind(er) und engagierte Enkel. Es kann sogar vorkommen, dass ein hochbetagter Elternteil des Patienten noch lebt und eine wichtige Rolle spielt. Diese Konstellation trifft man eher bei Hausbesuchen an.

Vielleicht ist der Partner des alt gewordenen Patienten schon verstorben, die Ehe kann kinderlos geblieben sein, oder aber die Kinder wohnen entfernt und stehen für Gespräche nicht ohne Weiteres zur Verfügung. Geschwister, Neffen und Nichten oder Cousinen rücken in das therapeutische Blickfeld. Wenn die Familie nur in Teilen oder gar nicht mehr vorhanden ist, gewinnen Freunde und Bekannte, Nachbarn oder aber Helfer von psychosozialen ambulanten Diensten und natürlich auch die Mitarbeiter der Institution, in der der Patient lebt, umso mehr an Bedeutung.

Diese oftmals andersartige Konstellation des Problemsystems bringt es mit sich, dass womöglich recherchiert werden muss, wer für das relevante Bezugssystem in Frage kommt, erst recht, wenn es gilt, für die Zukunft ein tragfähiges Beziehungsnetz zu knüpfen. Selbstverständlich wird dies in Absprache mit dem Patienten geschehen.

Darüber hinaus kann es auch möglich sein, dass das bisherige Beziehungsgefüge durch die Wahl eines neuen Lebenspartners eine ganz andere Zusammensetzung annimmt, wobei die Konstellation einer erwachsenen Stieffamilie zu berücksichtigen ist.

In jedem Fall bedarf es eines geschickt das Gespräch steuernden therapeutischen Vorgehens, alle Beteiligten aus den verschiedenen Generationen zu Wort kommen zu lassen, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen und Anerkennung dafür zum Ausdruck zu bringen, dass es die Beteiligten eingerichtet haben zu kommen und damit ihre Bereitschaft zeigen, eine Lösung zu finden (Johannsen, 2004). Manches Mal ist festzustellen, dass die Familie schon lange nicht mehr in einem solchen großen Kreis zusammengesessen und miteinander gesprochen hat. Wichtig ist es, insbesondere den älteren Menschen genügend Raum einzuräumen, um ihre Sichtweise zur Sprache zu bringen.

Dies gilt umso mehr, wenn in der Familie ein eher abwertender Umgang mit den Älteren besteht. Der Therapeut hat darauf zu achten, dass angesichts heikler Themen das Schamgefühl der Teilnehmer nicht verletzt wird. Es ist günstig, schon zu Beginn des Gespräches die Anwesenden darauf hinzuweisen, dass sie selbst bestimmen, welche Fragen sie beantworten und welche nicht, und dass sie das Gespräch unterbrechen können, wenn ihrer Meinung nach etwas angesprochen worden ist, mit dem sie nicht einverstanden sind oder was noch nicht Thema sein sollte. Damit kann allen Familienmitgliedern das Gefühl vermittelt werden, dass sie nicht nur gefragt werden, sondern dass sie den Ablauf des Gespräches aktiv mitgestalten können und selbst bestimmen, in welchem Tempo und mit welchen Themen vorangegangen wird. Die Erfahrung zeigt, dass durch solche Hinweise in weiteren Gesprächen auch heikle Themen angesprochen werden können.

Öfter ist zu beobachten, dass die älteren Familienmitglieder zwar zum Gespräch kommen, sich zum Problem oder Konflikt aber ausweichend äußern. Womöglich neigen sie dann dazu, zu harmonisieren, oder erwarten, dass jemand anders,

etwa die Generation der Kinder oder sogar der Enkelkinder, es übernimmt, über heikle Themen wie das Erbe oder die Heimübersiedlung zu sprechen. Die alte Generation hat z. B. ein Haus gebaut, darin die Kinder erzogen und sie in ihrer Berufsausbildung finanziell unterstützt und erwartet nun, im Haus wohnen bleiben zu können und von den Kindern dabei gleichermaßen tatkräftig unterstützt zu werden. Hier kann eine latente Erwartungshaltung bestehen, die gehäuft bei der Generation zu beobachten ist, die in der Nachkriegszeit den Wiederaufbau geleistet hat. Dieser Einstellung der älteren Generation kann durch das zirkuläre Fragen recht gut begegnet werden, weil auf diese Art und Weise allzu konfrontierende Fragen vermieden werden können, indem das Enkelkind oder ein Mitglied der jüngeren Generation nach dem vermuteten Anliegen oder der Einschätzung des älteren Familienmitgliedes befragt wird.

Auf der anderen Seite ist jedoch oft genug auch festzustellen, dass die älteren Mitglieder im System freier und deutlicher als die jüngeren über ihre Situation, etwa auch über ihre Krankheit, Sterben und Tod sowie über familiäre Konflikte sprechen können, weil die Jüngeren Angst haben, die Alten zu verletzen, oder nicht wissen, wie sie diese Themen ansprechen können.

### ■ Fallbeispiel – Eine Geschichte aus der Kölner Innenstadt

Im Rahmen einer Beratung zu Fragen der Demenz und Alzheimer in der Kölner Innenstadt bittet ein älterer Herr um ein Gespräch wegen seiner Mutter.

Herr Keller, im 2. Weltkrieg geboren, einziges Kind einer schon lange verwitweten, jetzt über 80-jährigen Dame ist ratlos. Sein Anliegen ist, von einem Fachmann zu hören, ob seine Sorgen um seine Mutter berechtigt sind oder nicht und wie er sich verhalten soll. Seine Mutter wohnt seit eh und je in der Kölner Innenstadt. Sie lebt allein und versorgt sich noch selbst.

Auslöser dieser Sorge seien Informationen von einigen Bekannten, die seine Mutter in der Stadt getroffen hätten und denen diese von regelmäßigen Treffen mit lokalen Größen erzählt habe. Erst habe er darüber geschmunzelt, aber die Geschichten hätten immer unglaubwürdiger geklungen. Er habe daraufhin mehrfach versucht, mit seiner Mutter darüber zu sprechen. Es habe jedoch immer wieder Streit gegeben. Sie habe ihm vorgeworfen, dass er das ja nicht wissen könne, da er so häufig unterwegs sei.

Ihm sei in der letzten Zeit selbst aufgefallen, dass seine Mutter ihm öfter erzählt habe, dass sie irgendwelche bedeutenden Leute der Stadt Köln in der Innenstadt getroffen habe und diese sich anerkennend über sie und ihre Tüchtigkeit geäußert hätten.

Jetzt habe sie ihm sogar vom Oberbürgermeister Schramma erzählt – etwa mit den Worten „Den Schramma hab ich heut

getroffen und mit ihm da hinten auf der Bank gesessen ... Er hat auch gesagt, was für eine tolle Frau ich bin und dass ich doch eigentlich noch gut zurechtkomme.“

Auf Nachfragen, wann seine Mutter das beschriebene Verhalten vor allem zeige, ist zu erfahren, dass dies dann der Fall sei, wenn er sie einige Zeit nicht besucht hätte. Dann würde sie ihm erzählen, mit wem sie sich in der Zwischenzeit alles getroffen habe. Bislang und ohne die Informationen seiner Freunde habe er dies durchaus für möglich gehalten, denn seine Mutter habe früher durchaus gelegentlich Kontakte mit „lokalen Größen“ gehabt. Herr Keller erwähnt, dass er sich jetzt nach seiner Pensionierung vor einem Jahr ein Wohnmobil gekauft habe und mit seiner Frau viel auf Reisen sei.

Herr Keller berichtet weiter, dass er diese Geschichten von der Mutter höre, seit er einmal mit ihr ein Gespräch darüber geführt habe, wie sie sich vorstelle, wie und wo sie alt werde. Er habe sinngemäß gefragt: „Mutter, wie stellst du dir das Alter vor?“ Da sei sie regelrecht wie eine Bombe hochgegangen. Sie habe ihm erklärt: „Ich bin doch nicht alt ... kannst du nicht abwarten, bis ich nicht mehr da bin?“

Auf die Frage nach einem guten Ergebnis des heutigen Gesprächs aus der Sicht seiner Mutter meint er, für seine Mutter sei es ein gutes Ergebnis – wenn sie wüsste, dass dieses Gespräch stattfindet –, wenn er wieder wie vor der Pensionierung ca. 2- bis 3-mal pro Woche zu Besuch käme und auch mit ihr z. B. in eine Operette ginge.

Ein gutes Ergebnis dieser Beratung aus der Sicht seiner Frau wäre, dass er Entscheidungshilfe bekomme, um seine Mutter endlich in ein Heim umzusiedeln. Der Hausarzt sei auch der Meinung, dass sie eigentlich ins Heim müsse, obwohl er sie selten sehe.

Er selbst fühle sich zerrissen zwischen seiner Frau und seiner Mutter. Einerseits hätten seine Frau und er sich schon lange auf Reisen mit dem Wohnmobil gefreut, andererseits fühle er sich seiner Mutter sehr verbunden und spüre ihre Traurigkeit, wenn er sich verabschiede, auch wenn sie diese zu überspielen versuche. Die schlechte Beziehung zwischen seiner Frau und seiner Mutter mache ihm schon seit Jahren zu schaffen. Aber solange er berufstätig gewesen sei, sei das nicht so schlimm gewesen.

Was er schon versucht habe? Er habe schon oft an die Einsicht seiner Mutter und seiner Frau appelliert, aber in beiden Fällen führe das regelmäßig zum Streit und zum „beleidigten“ Rückzug.

Auf die Bemerkung, dass es offenbar eine besondere Bindung zwischen Mutter und Sohn gäbe, erzählt Herr Keller – sichtlich bewegt – Folgendes: Der Vater sei Soldat und in Kriegsgefangenschaft gewesen. Seine Mutter habe ihn während 10 Jahren allein großgezogen. Oft habe sie ihm von den Bombennächten erzählt, wie sie mit ihm auf dem Arm in den Luftschutzkeller hinuntergelaufen sei und was sich damals abgespielt habe. Einmal sei es so dramatisch gewesen, dass die Eisentür des Luftschutzkellers aufgesprungen sei. Dahinter

sei eine Feuerwand gewesen. Die Mutter sei aber mit ihm auf dem Arm irgendwie durch eine Brandmauer hinausgelangt und habe sich mit ihm retten können.

So ein Erlebnis habe Sohn und Mutter ja vermutlich ungeheuer zusammengeschweißt? Herr Keller seufzt zustimmend. Nur, seine Frau könne das nicht verstehen. Es dürfte seiner Mutter nicht ganz leicht gefallen sein, ihn gehen zu lassen, als er geheiratet habe? Ja, zumal der Vater geschwächt aus der Gefangenschaft zurückgekommen sei und Mutter anstehende Entscheidungen eher mit ihm, dem Sohn, als dem Vater besprochen habe.

Diese Informationen legen folgende Hypothese nahe: Reisebedingt besucht Herr Keller seine Mutter deutlich seltener als vor seiner Pensionierung. Die Mutter erträgt und kompensiert diesen Verlust durch Treffen mit lokalen Größen. Auf die hypothetische Frage: „Angenommen, seiner Mutter würde es wie Schuppen von den Augen fallen, und sie würde nicht mehr glauben, dass sie diese Menschen getroffen habe, würde es ihr leichter oder schwerer fallen, seine Reisen zu akzeptieren, oder würde es keinen Unterschied machen?“, reagiert Herr Keller nachdenklich und meint, dass dies seiner Mutter dann wohl deutlich schwerer fallen und sie sich sehr allein fühlen würde. Als Ersatzprogramm für die Sohnbesuche habe er die Geschichten noch nie gesehen. Daraufhin werden noch andere Möglichkeiten von Kontakt und sozialer Teilhabe für seine Mutter erörtert, wie z. B. das Erzählcafé.

Anschließend wird mit Herrn Keller überlegt, was seine Mutter ihm und den alten Bekannten wohl damit zu verstehen geben wollte, dass sie so regelmäßig von der Wertschätzung ihrer Tüchtigkeit durch diese wichtigen Personen berichtet. Er stellt zunächst einen Zusammenhang zu dem Drängen seiner Frau auf Übersiedlung ins Heim her. Jemand, dem sogar Außenstehende bestätigen, wie gut er noch zurechtkäme, müsse nicht ins Heim. Weiterhin erwägt er, dass sich seine Mutter womöglich mehr Anerkennung und Dank (z. B. durch Besuche) für seine Rettung aus dem Luftschutzraum wünschen könnte. Auf die Frage, ob diese wahrlich beeindruckende Heldentat je innerfamiliär gewürdigt worden sei, zuckt der Sohn mit den Schultern.

Zum Abschluss des Gesprächs werden noch weitergehende hypothetische Überlegungen angestellt: Angenommen, er und seine Frau würden auf die Idee kommen, seiner Mutter z. B. im Rahmen eines nächsten Familienfestes ausdrücklich dafür zu danken, dass sie ihn damals im Krieg gerettet und danach weiter gut für ihn gesorgt habe, so dass er das im Leben erreicht habe, was er erreicht habe, wie würde sich die Beziehung zwischen seiner Frau und seiner Mutter ändern? Wie müsste er mit seiner Frau reden, wenn er ihr diese neuen Gedanken nahebringen wolle, ohne dass sie dabei in Streit gerieten? Sicherlich würde er mit den Anregungen und Ideen aus dem heutigen Gespräch selbst gute Wege mit beiden Frauen finden, so dass es nicht nötig sei, diesen oder ähnlichen Gedanken jetzt noch nachzugehen. Gegebenenfalls könne er sich wieder melden.

Einige Wochen später ruft Herr Keller an, um mitzuteilen, dass es mit seiner Mutter besser geworden sei. Er gehe jetzt wieder mit seiner Mutter öfter ins Café. Die Situation habe sich insgesamt entspannt.



Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit Herrn Keller versucht wurde, eine andere Sicht auf das Verhalten der Mutter zu entwickeln. Die von der Mutter erfundenen Begegnungen stellten für sie eine Lösung des Einsamkeitsproblems dar. Indem sie sich vorstellte, sie habe Treffen mit sie wertschätzenden wichtigen Leuten gehabt, konnte sie die Abwesenheit ihres Sohnes – der für sie allerwichtigsten Person – leichter ertragen.

Im Unterschied zu Sohn und Schwiegertochter und als Gegengewicht gegen deren Drängen auf Umzug ins Heim, betonten die imaginierten „lokalen Größen“ jeweils die Rüstigkeit und Tüchtigkeit der alten Dame und dienten ihr damit als Sprachrohr und Argumentationshelfer. In dem Moment, wo sich Herr Keller statt für die objektive Wahrheit der Begegnungsgeschichten für deren Bedeutung zu interessieren begann, gelangte er zu einer neuen Sichtweise ihres Verhaltens (Sohn-Ersatz-Programm) und zu neuen Verhaltensmöglichkeiten ihr gegenüber, die wiederum zu einer Entspannung der Beziehung und zum verringerten Auftreten der Geschichten führten.

## ■ Literatur

- Baltes, P.B. (1989). Das Doppelgesicht des Alterns. In *Jahrbuch 1989 der Max-Planck-Gesellschaft*, München: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bauriedl, T. (1980). *Beziehungsanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Berlin, R.M. & Canaan, A. (1991). A family systems approach to competency evaluations in the elderly. *Psychosomatics* 32 (3), 349-354.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J.L. (1975). *Familientherapie*. Reinbek: Rowohlt.
- Brody, E.H. (1966). The aging family. *Gerontologist*, 6, 201-206.
- Brody, E.H., Spark, G.M. (1996). Institutionalization of the elderly. A Family crisis, *Family process*, 5, 76-90.
- Goolishian H, Anderson A (1988): *Menschliche Systeme*. In: Reiter L, Brunner E, Reiter-Theil S (Hrsg.): *Von der Familientherapie zur systemischen Einzeltherapie*. Berlin: Springer
- Hahlweg, K., Müller, U., Feinstein, E., Dose, M., Wiedemann, G. & Hank, G. (1991). Praxis der psychoedukativen Familienbetreuung. In A. Retzer (Hrsg.), *Die Behandlung psychotischen Verhaltens*. Heidelberg: Carl Auer.
- Johannsen, J. (1992). Systemische Therapie mit Älteren. In R.D. Hirsch, J. Bruder, H. Radebold & H.K. Schneider (Hrsg.), *Multimorbidität im Alter*. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.
- Johannsen, J. (2004). Das systemische Erstgespräch mit älteren Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 1, 111-122.
- McGoldrick, M., Gerson, R. (1990). *Genogramme in der Familienberatung*. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.
- Minuchin, S. (1981). *Familie und Familientherapie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Qualls, S.H. (1996). Family therapy with aging families. In St.H. Zarit, B.G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging*. Washington DC: American Psychological Association.
- Radebold, H., Schlesinger-Kipp, G. (1982). *Familien- und paartherapeutische Hilfen bei älteren und alten Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Richardson, C.A., Gilleard, C.A.J., Lieberman, S.T. & Pieler, R. (1994). Working with older adults and their families – A review. *Journal of Family therapy*, 16, 225-240.
- Riehl-Emde, A. (2002). Paartherapie – warum nicht auch für ältere Paare? *Familiendynamik*, 27 (1), 43-73.
- Satir, V. (1977). *Selbstwert und Kommunikation*. München: Pfeiffer.
- Schlesinger-Kipp, G. (1984). Psychische Erkrankung im Alter – Symptom der Familie? In *Wissenschaftliches Zentrum II, Gesamthochschule Kassel (Hrsg.), Altern und Alter. Psychoanalytische und psychosoziale Beiträge*. Kassel: Gesamthochschule.
- Schweitzer, J. & von Schlippe, A. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shanas, E. & Streib, G.F. (1965): *Social structure and the Family: Generational relations*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Spark, G.M. & Brody, E.H. (1970). The aged family members. *Family Process*, 9, 195-210.
- Sussman, M. & Burchinal, L. (1962). Kin Family Network: Unheralded structure in current conceptualizations of Family functioning. *Marriage and Family living*, 24, 231-240.
- Sydow, K. v., Behr, S., Retzlaff, R. & Schweitzer-Rothers, J. (2007). *Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Weakland, J.H. & Herr, J.J. (1979). *Counseling Elders and their Families*. New York: Springer. [Deutsch: J.H. Weakland & J.J. Herr (1984). *Beratung älterer Menschen und ihrer Familien*. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber].
- Wynne, L.C. (1988). An Overview of the State of the Art: What should be expected in Current Family Therapy Research. In L.C. Wynne (Ed.), *The State of the Art in Family Therapy Research. Controversies and Recommendations*. New York : Family Process Press.

## ■ Korrespondenzadressen

Dr. Johannes Johannsen  
Rheinische Kliniken Köln  
Wilhelm-Griesinger-Str. 23 | 51109 Köln  
Tel.: 0221-8993-201 | Fax: 0221-8993-590  
j.johannsen@lvr.de

Josy Fischer-Johannsen  
Carlo-Mierendorff-Str. 24 | 64297 Darmstadt  
Fischer-Johannsen@t-online.de