

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Gerontopsychosoziale Betreuung aus einer
Kommunikationswissenschaftlichen Perspektive“

Bakk. Erwin Haidvogel

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Publizistik und Kommunikationswissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Univ. Prof. Maximilian Gottschlich

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	S. 3
Einleitung	S.4
1. Alter - Segen oder Fluch	S.8
2. Alternsprozesse	S.11
3. Krankheitsprozesse	S.15
3. 1 Demenz	S.20
3.2 Somatisierungsstörungen	S.25
3. 2. 1 Posttraumatische Belastungsstörung	S.27
3. 2. 2 Nationalsozialismus und <i>Child Survivors</i>	S.30
4. Psychosomatische Medizin	S.35
5. Die Kunst des Zuhörens	S.40
6. Kritik am Standardparadigma	S.43
6.1 Nicht-direktive Beratung	S.48
6.2 Philosophische Basis und dessen Erweiterung	S.54
7. Umsetzung in der GPSB	S.66
7.1 Persönlichkeit/Personsein	S.68
7. 2 Verantwortung übernehmen	S.72
7. 3 Tod und Sterben	S.76
7. 3. 1 Suizid und Sterbehilfe	S.78
7.4 Heilung	S.80
8. Konklusion	S.84
Literatur	S. 114

Vorwort

Das Interesse an der gerontopsychosozialen Betreuung wurde zunächst geweckt durch die Mitarbeit bei dem Verein „Jung&Alt“, welcher v. a. betagte und hochbetagte Menschen in deren Lebensumfeld betreut. Es erfolgte dabei eine erste Annäherung an Themen wie Alter und Altern, Generationenkonflikte, Demenz, etc. sowie die Beschäftigung mit Autoren wie N. Feil und E. Böhm, als auch kreativen Methoden der Kommunikation.

Ausgangspunkt und Grundlage der folgenden Arbeit war schließlich ein neunmonatiges klinisches Praktikum im Maimonides Zentrum in Wien. Dieses ist eine Institution (Pflegeheim) der israelitischen Kultusgemeinde und vereinigt mehrere Funktionen unter einem Dach (z. B. BLPP, ESRA, Tagesstätte, etc.). Aufgrund des Umzugs im Dezember 2009 in das neue, größere Gebäude im zweiten Wiener Gemeindebezirk sank zwar der prozentuelle Anteil jüdischer Heimbewohner, trotz allem bleibt die Institution seiner Tradition verpflichtet, wobei das Durchschnittsalter der Heimbewohner (HBW) etwa 84 Jahre beträgt.

Während dieses Zeitraums wurden selbstständig geleitete Einzelgespräche mit fünf Heimbewohnern (jeweils 25-50 Minuten, 1-2x wöchentlich) geführt. Neben anderen Verpflichtungen (Anamneseerstellung und Befunderhebung, Intensivbetreuung, Krisenintervention) wurde der psychosozialen Betreuungsprozesses protokolliert, Biografiearbeit durchgeführt, sowie an den wöchentlichen Teambesprechungen und der regelmäßigen gerontopsychotherapeutische Supervision teilgenommen.

Grundsätzlich bleibt daher fest zu halten, dass die Ausgangssituation bzw. das Forschungsfeld die GPSB darstellt, deren Grundlage die Kommunikation, der Dialog mit den HBW ist. Diese geht allerdings über eine Kommunikation, wie sie die meisten Theorien und Modelle anbieten hinaus. Empathie und Wertschätzung sind grundsätzliche Haltungen, welche eingenommen werden müssen. Von Bedeutung ist dabei der Beziehungsaspekt, das Einlassen auf diese Begegnung, und damit eine empathische Kommunikation. Dabei stand für die vorliegende Arbeit die Frage im Raum, wie aus einer kommunikationswissenschaftlichen Perspektive an die gerontopsychosoziale Betreuung heran gegangen werden kann. Die Beschäftigung mit klassischen Theorien der PKW lieferten dem Forscher keine für ihn ausreichende Erklärung oder auch Zugang zur Kommunikation mit hochbetagten, pflegebedürftigen Menschen, vielmehr wurde v. a. Wissen aus der Medizin, der Psychosomatik, aber auch Humanpsychologie und Philosophie verarbeitet.

Einleitung

Grundgedanke der Gerontopsychosozialenbetreuung ist, dass den alten Menschen - Heimbewohnern - durch eine adäquate und qualifizierte psychosoziale Betreuung geholfen, psychiatrische Maßnahmen reduziert und ein Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung geöffnet wird. Ihre psychischen, physischen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten sollen gestützt und Ressourcen aktiviert werden.¹

Ein Zugang zu den Menschen in der GPSB muss gefunden werden, auch, da *die Entwicklungen in der „Altersversorgung“* aufzeigen, dass ein adäquates, qualifiziertes, psychosoziales Beziehungsnetz den alten, oft gebrechlichen Menschen in seinen vorhandenen geistigen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten stützen und stärken kann.²

Die Ziele der psychosozialen Betreuung variieren stark und hängen einerseits von der Betreuungsperson, als auch der zu betreuenden Person ab. Abhängig sind diese von den Erfahrungen, Möglichkeiten, Fähigkeiten, Ressourcen, etc. der betroffenen Menschen und werden - wenn möglich - gemeinsam erarbeitet. Wesentlich ist eine Reduktion eigener Ansprüche und zu hoch gesteckter Ziele und Erwartungen, sowie eine große Flexibilität, da die Tagesverfassung der Heimbewohner stark schwanken kann. Abhängig sind die Ziele auch von den individuellen Befindlichkeiten und Diagnosen. Obwohl zwischen der psychischen, physischen, kognitiven und sozialen Ebene unterschieden wird, gehen in der Praxis diese fließend ineinander über.

Im Mittelpunkt ist und bleibt der hochbetagte Mensch, dessen Probleme, Erwartungen und Wünsche, also sein Wohlbefinden, und dessen bestmögliche Betreuung und Pflege. Dazu müssen zahlreiche Gespräche geführt werden, wobei auf Seiten des älteren Menschen folgende einschränkende Faktoren auftreten können:³

- sensorische Defizite: Wahrnehmungsdefizite durch vermindertes Hör- und/oder Sehvermögen
- Biografie: andere Generation mit anderen Rollenbildern, Erwartungen, Einstellungen, etc. die zu Fehlinterpretationen von Aussagen jüngerer kommen können

¹ Grünberger, E.; Löw-Wirtz, A.: *Agenetwork - Anforderungsprofil an Praktikumsstellen in Alten- und Pflegeheimen*; S. 39-41

² Grünberger, E.; Löw-Wirtz, A.: *Agenetwork - Anforderungsprofil an Praktikumsstellen in Alten- und Pflegeheimen*; S. 39

³ Gatterer, G., Croy, A.: *Kommunikation und Interaktion im Rahmen der Altenbetreuung*, S. 190-191; in: Gatterer, G. (Hg.): *Multiprofessionelle Altenbetreuung*; S. 177 - 196

- subjektive Sicht: Erfahrungen, Einstellungen, Erwartungen, Vorurteile, Konflikte, Krisen, etc. können eine sachliche Kommunikation erschweren
- Persönlichkeitsvariablen: z. B. Rollenbilder: was die junge Ärztin sagt ist „Schmock“, was der „Herr Doktor“ sagt ist richtig
- Krankheiten: Alzheimer, vaskuläre Demenz, Depression, etc. können die Kommunikation erschweren
- Medikamente: können aufputschend, aufhellend, antriebsfördernd, sedierend wirken, und andere - unerwünschte - Nebenwirkungen zeitigen
- kontextuelle Variablen: Umwelt und/oder situative Variablen können zu Problemen führen
- weitere Variablen: wie bspw. Bildung, Herkunftsfamilie, Muttersprache, etc. können die Kommunikation beeinflussen

Nicht unerheblich ist die Bedeutung der Kommunikation mit Angehörigen, da diese oftmals mehr oder zusätzliche Information liefern können (bspw. aufgrund einer Demenz des hochbetagten Menschen). Allerdings gilt fest zu stellen, dass:⁴

- sie eine stärkere emotionale Betroffenheit besitzen,
- psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt sind,
- eine eigene Hilflosigkeit verspüren,
- eine subjektivere Sicht,
- eine fehlende oder geringe fachliche Kompetenz,
- eigene Ängste und Befürchtungen,
- eine stärkere Verantwortung für den Angehörigen haben,
- und kontextuelle Faktoren wie Stress, Zeitmangel, physische und psychische Belastungen die Interaktion beeinflussen

Gerade bei einem stationären Aufenthalt bzw. dem Umzug des alten Menschen in ein Senioren- oder Pflegeheim stehen auch diese vor einer neuen Situation, einer neuen Umgebung mit neuen Menschen, an die sie sich erst anpassen und denen sie vertrauen müssen. Hinzu kommen von Seiten der Angehörigen Gefühle der Hilflosigkeit, Scham, Schuldgefühle und dem Gefühl versagt zu haben. Zudem unterscheiden sich die Erwartungen und Bedürfnisse der Angehörigen oftmals von dem der Ärzte und Pflegekräfte, da sie der Meinung sind, nur sie wissen, was gut für ihren Angehörigen ist, da sie ihn schon länger kennen. Vor allem bei zuvor pflegenden Angehörigen kann es zu

⁴ Gatterer, G., Croy, A.: S. 192

vielen, oftmals widersprüchlichen Gefühlen kommen (Gefühl der Entlastung und Erleichterung, zugleich Gefühl des Versagens, nicht eingestehen wollen, dass es einem nun besser geht, etc.). Zugleich gehen die Erwartungen der Angehörigen an das multiprofessionelle Team dahingehend eine schnelle und sichtbare Verbesserung herbei zu führen. Sie wollen und brauchen daher ausführliche Informationen über den Behandlungs- bzw. Betreuungsverlauf und den Möglichkeiten in der Zukunft bzw. Vorbereitung auf das kommende. Wichtig ist daher eine umfassende und möglichst frühzeitige Beratung, ohne dabei den älteren Menschen aus zu schließen. Dessen Autonomie und Selbstständigkeit soll möglichst lange Erhalten bleiben, da sich auch die Ziele und Erwartungen der älteren Menschen und dessen Angehörigen differenzieren, wobei es hierbei gilt geduldig und mit Verständnis füreinander zu kommunizieren.⁵

Eine der am häufigsten genutzten Kommunikationstheorien ist dabei jene der Signalübertragung von Shannon/Weaver, welche gerade aufgrund ihrer Einfachheit für viele Modelle als Grundlage dient und je nach Forschungsinteresse erweitert oder adaptiert wurde. Obwohl dieses Modell gerade in der Pflege häufig zur Anwendung kommt verlässt es, schon aufgrund ihrer Entstehungsgeschichte und ihres Grundverständnisses her, nie eine funktionale Ebene. Nicht der Mensch steht im Mittelpunkt der Betrachtung, sondern die Übertragung von Information von einem Sender zu einem Empfänger. Auftretende Probleme der Kommunikation werden so zugeschrieben einer fehlerhaften Signalübertragung, der De- und Encodierung von Information bzw. Interferenzen.

Die vielleicht einflussreichsten Theorien, welche Kommunikation als einen doppelseitigen Prozess zwischen mindestens zwei Personen sehen sind der symbolische Interaktionismus von Mead und die Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas. Dabei nehmen die Kommunikationspartner wechselseitig aufeinander Bezug.

Diese und andere Modelle oder Theorien der Kommunikation berücksichtigen allerdings weder die Besonderheiten, welche sich aufgrund des Alters und zahlreicher Erkrankungen ergeben, noch beachten sie die Gefühlsebene, welche den Menschen und damit seine Kommunikation beeinflusst. Aufgrund der großen Altersunterschiede und teils völlig anderer Sozialisationsmechanismen sind auch die Erfahrungsbereiche unterschiedlich und damit die Bedeutungsinhalte. Zusätzlich ist zu beachten, dass gerade in Heimen der Anteil an physischen und psychischen Erkrankungen (z. B.: Depression, Insult, Alzheimer, Vaskuläre Demenz, etc.) besonders hoch ist, aufgrund dessen die Menschen nicht in der

⁵ Gatterer, G., Croy, A.: S. 193-196

Lage sind Bedeutungsinhalte zu teilen, oder kommunikative Kompetenz - im Sinne Habermas - besitzen, und sich nicht so Verhalten, wie man es üblicherweise erwartet. Anzumerken ist, dass hierbei Kommunikation über eine reine Informationsvermittlung hinaus geht und Fragen nach einer „erfolgreichen“ oder „effektiven“ Kommunikation nicht zielführend sind.

Die „direkte“ oder „primäre“ Kommunikation mit den Heimbewohnern ist eine Grundlage, um die Probleme, Ängste und Sorgen, Wünsche, etc. der Heimbewohner zu erkennen und zu verstehen, geht aber über eine „effektive Kommunikation“ hinaus. Grundlegende „kommunikative Fähigkeiten“, wie sie viele Modelle, Theorien oder auch Lehrbücher vermitteln sind für die psychosoziale Betreuung nicht ausreichend; diese Form der Kommunikation bildet „nur“ eine Basis.

Kommunikation ist mehr als bloß Austausch von Mitteilungen. Sie vermag ins Zentrum des subjektiven Selbstverständnisses zu treffen und ist schon deswegen von existenzieller Bedeutung.⁶

In diesem Sinn kann Kommunikation keine zu erlernende Technik oder Routine darstellen, sondern muss tiefer gehen und auch die eigenen kommunikativen Fähigkeiten in Frage stellen.

⁶ Gottschlich, M.: *Medizin und Mitgefühl*; S. 74

1. Alter - Segen oder Fluch

Seit der Antike besteht ein Diskurs darüber, ob Alter als Fluch oder als Segen zu sehen ist. Dabei zeigte Solon im 6. Jahrhundert v. Chr. in seinem Gedicht *Lebensalter* zwei Strömungen auf, welche bis heute die zwei sich gegenüberliegenden Extrempunkte aufzeigen. Auf der einen Seite steht dabei die pessimistische Sichtweise, die davon ausgeht, dass der Höhepunkt der Jugend und der Lebensmitte, d. h. Schönheit, Kraft, Erfahrung und Macht, überschritten ist und die weiteren Lebensjahre nur noch einen Verfall bedeuten, ein Selbstverlust und Rückfall von bereits erreichtem. Die positive Sichtweise demgegenüber geht davon aus, dass durch den Zugewinn an Wissen und Weisheit die negativen Seiten des Alterns überwunden werden und ein harmonischer, Sinn erfüllter, natürlicher Prozess möglich ist, wohingegen erstere Haltung den organischen Verfall als unerträglich ansieht. In der moderne entspricht dieses Bild dem von Simone de Beauvoir, die Altern nicht nur als negativistisch ansieht aufgrund des Verlusts an Kraft und Dynamik, sondern sogar als negativwertig, ja tragisch und voller Hass. Allerdings stellt sie fest, dass diese Lage der Alten vornehmlich durch Reichtum bzw. der Organisation des Gemeinwesens abhängig ist und unterstellt, dass ein Altern ohne Bedrohung möglich ist, wenn genügend Ressourcen vom sozialem Gefüge bereitgestellt werden. Dies befreit allerdings nicht davon existentielle Erfahrungen mit sich selbst machen zu müssen, die für sie nur Verlust bedeuten. Jean Améry ist hierbei auf einer Linie mit ihr, meint allerdings, dass durch die Integrität der Persönlichkeit der Verfall bewerkstelligt werden kann, in dem - wie ein Krieger - das Feld nach ausgestandenem Kampf in Würde geräumt wird. Noberto Bobbio reiht sich in diese Liste der Pessimisten ein, obwohl er die Phrase des „lebenslänglichen Lernens“ positiv sieht, die er allerdings unterscheidet dahingehend, dass zwar der Wissensdurst durch das Alter nicht leidet, dieser aber durch die Verfestigung der Ideen und Standpunkte, sowie das exponentiell sich vermehrende Wissen behindert wird. Dadurch sieht er den Menschen im höherem Alter als weniger innovationsfreudig an, vielmehr rechthaberisch und als besserwisserisch, wodurch es zu Generationenkonflikten kommt. Zusätzlich wird die Welt für sie immer unverständlicher aufgrund der sich ständig verringernden Halbwertszeit von Wissen, so dass sie sich immer schwieriger auf neue Ereignisse einstellen können. Ihre Besonderheit besteht darin, dass sie zwar keine beratende Funktion mehr übernehmen können, dafür aber aufgrund ihrer dialogischen Erfahrung und Erinnerungen eine Reise in die Vergangenheit machen

können, die zwar subjektiv geprägt ist, aber große Bedeutung für das Individuum und Einfluss auf die Gesellschaft hat.⁷

Dem Pessimismus, der Schattenseite des Alterns, steht das Licht, das Positive gegenüber. Hierzu zählt bereits Solon das Eingebundensein in einer sozialen Gemeinschaft, als auch eine sinngebende Ganzheit des Lebensprozesses. Zwar baut der Körper und Geist ab, trotzdem besteht die Möglichkeit neue Erfahrungen zu sammeln und zu reflektieren. insbesondere Seneca geht in *De brevitae vitae* auf diesen Faktor der Zeitautonomie ein, welcher auch heute eine besondere Rolle spielt - und zwar sowohl bei jung und alt. Er unterscheidet dabei in *sapientes*, den gegenwartsbewussten, weisen Menschen, von den *occupati*, denjenigen, die vom Alltag getrieben sind und keine Zeit zur Reflexion aufbringen. Diese sind Geiseln von äußeren Zwängen und voller Überdruß des Gegenwärtigen, verschieben die Erfüllung von Hoffnungen und Glück auf die Zukunft. Ihnen wird ständig Zeit gestohlen, wohingegen die *sapientes* über eine Zeitsouveränität verfügen, da sie die Gegenwart reflektieren und damit über eine Präsenz in ihr verfügen. Dadurch werden sie nicht vom Alter überfallen, sondern gehen bewusst darauf zu. Sie können daher Glück in jeder Lebensphase finden, welches sich zumeist in Kleinigkeiten äußert wie Geselligkeit, Freundschaft, Genuss, Frieden mit sich selbst und anderen, etc. Eine Zufriedenheit vollzieht sich also über die Zeitautonomie im Verlauf der gesamten Lebensspanne. Cicero demgegenüber betont, dass der Übermut und die Zerstreutheit der Jugend, sowie deren Unbesonnenheit im Alter den Vorteil der Weisheit und Weitsicht bringt. Der Schwund der Vitalität der Jugend wird überschätzt, da die Energie im Alter zielgerichteter und weiser genutzt wird. Zudem werden die Alten aufgrund ihres erworbenen Ansehens selbst bei körperlichem und/oder geistigen Verfalls von den Jüngeren geliebt und verehrt.⁸

Insgesamt betrachtet bedeutet dies, dass glückliches oder zumindest zufriedenes Altern damit zusammenhängt, inwieweit jemand sein Leben selbst entworfen hat und zum Altern steht. Sieht man es an als einen Prozess, der nur mit Verlust und Verfall verbunden ist, Leben als fremdbestimmtes Ereignis, oder doch als etwas, das auch neue Möglichkeiten eröffnet, sowie die Chance sich in positiver Weise mit dem Mitmenschen in Kontakt, in Beziehung zu setzen. Für das Gelingen dieses Prozesses ist es durchaus notwendig, dass

⁷ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 614-616; in: Kruse, A.; Martin, M.: *Enzyklopädie der Gerontologie - Alterungsprozesse in multidisziplinärer Perspektive*, S. 613-627

⁸ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 616-618

man sich, worauf Heidegger bereits in *Sein und Zeit* verwies, mit der eigenen Endlichkeit auseinander setzt. Verantwortung für ein „erfolgreiches“ Leben trägt das Individuum selbst.⁹

Der Prozess des Alterns kann von jedem bewusst beobachtet werden und daher auch selbst gestaltet werden, wobei eine Herausforderung an uns selbst besteht, d. h. einerseits der eigenverantwortliche Alterungsprozess des Individuums, andererseits an die Gesellschaft und dessen Umgang mit den älteren Menschen. Fest zu stellen ist, dass Glück oder zumindest Zufriedenheit Kategorien sind, welche durchaus auch in sehr hohem Alter möglich sind und die Gesellschaft vor allem durch ethische Begriffe wie Anerkennung, Verantwortung und Solidarität gefordert ist, und zwar gegenüber dem Einzelnen, als auch dem sozialem Gefüge.¹⁰

Die Betreuung betagter und hochbetagter Menschen erfordert eine große Integrität und intensive ethische Auseinandersetzung, v. a. auch deshalb, da der Anteil der pflegebedürftigen rasant ansteigt und eine Veralterung der so genannten industrialisierten Länder vorhanden ist. Im Gegensatz zu Kleinkindern wird den Alten nicht im gleichen Maße selbstverständliche Zuneigung zuteil. Dabei ist Altern ein natürlicher, kontinuierlicher und universaler Vorgang, dessen existenzielle Krise gerade angesichts des nahen sterben-müssens die Endlichkeit des Lebens deutlich vor Augen führt, wobei über Jahrhunderte hinweg gerade dieser tabuisiert oder heroisiert wurde; der Mensch gesehen als rationales, beinahe unsterbliches Wesen betrachtet wurde. Erst Kierkegaard und die Tiefenpsychologie deckten unbewusste oder verdrängte Ängste vor dem Tod, der Verzweiflung und Verunsicherung auf. Weder Altern, noch der Tod darf stigmatisiert oder heroisch überhöht werden, noch das Leben darauf fixiert sein, sondern als Teil dieses Prozesses bewusst gemacht und integriert werden. Ohne ihn wäre das Leben nicht einmalig, und notwendig ist eine gewisse Gelassenheit ihm gegenüber, sowie die Erkenntnis, dass nicht der Tod das Elend des Lebens oder Alters darstellt, sondern vielmehr jene Dinge, die ein würdevolles Leben bedrohen und im Zuge dessen den Tod mitbringen, wie Hunger, Krieg, Verfolgung, Krankheit, etc. Selbst der Verlust physischer und psychischer Kräfte ändert nichts an der Tatsache, dass der einzelne nicht die Freiheit genießt Glück und Zufriedenheit zu finden - das Recht auf Selbstverwirklichung und

⁹ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 614&618

¹⁰ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 613

Autonomie erlischt selbst bei scheinbarem vegetieren von Todkranken nicht. In verstärktem Maße sind hier die Anderen - jüngeren, gesünderen - gefordert, das Recht auf Würde und Respekt der Persönlichkeit zu schützen.¹¹

2. Alternsprozesse

Allgemein bekannt ist, dass der Anteil älterer Personen steigt, und zwar in absoluten Zahlen, als auch im Verhältnis zu jüngeren Menschen. Das Ansteigen der Lebenserwartung führt nicht nur zu Generationenkonflikten, sondern auch dazu, dass der Anteil an pflegebedürftigen Menschen anwächst, wobei Demenzerkrankungen bereits heute noch vor Schlaganfällen und Inkontinenz an vorderster Stelle stehen. Alter(n) ist allerdings keine Krankheit, sondern ein natürlicher Prozess. Kompetenzen oder Fähigkeiten gehen nicht unbedingt verloren, sondern verändern sich, ebenso wie die Bedeutung unterschiedlicher Themen und Bedürfnisse, die auch ältere Menschen besitzen, diese allerdings anders äußern und ausleben.

Die Gerontologie präsentiert sich heute äußerst bunt und vielfältig, und stellt auch eine Emanzipation von der Medizin da. War sie zu Beginn noch geprägt von der Suche nach biologisch-physiologischen Abbauprozessen, Leistungsdefiziten, sowie Störungen und Erkrankungen, so rückten immer mehr die Entwicklungspotentiale, Gewinne und Stärken in den Vordergrund. Dies insbesondere durch den Einfluss unterschiedlicher Disziplinen, welche nicht mehr nur die Risiken, Verluste und Defizite als Ausgangspunkt für ihre Forschung heranzogen, und zudem im Mittelpunkt weniger normative Veränderungen der Alternsprozesse, sowie Zustände des Alters standen, sondern darauf verwiesen wurde, dass diese Multidimensional und Multidirektional sind, sowie eine hohe Plastizität besitzen, d. h. Beschreibungen, Erklärungen und die intra- und interindividuelle Variabilität rückte in den Vordergrund. Es wird dabei allerdings die Notwendigkeit einer differenziellen Gerontologie betont, da die Alternsprozesse durch unterschiedliche Einflussfaktoren auf der biologisch-physiologischen, psychologischen und sozialen Ebene verschieden verlaufen und Menschen im höherem Alter ebenso verschieden sind, wie in anderen Lebensabschnitten. Trotzdem muss für ein interdisziplinäres Verständnis eine intensive Auseinandersetzung mit Disziplin spezifischen Theorien, Modellen, Konzepten und

¹¹ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 623-625

Befunden bestehen, um nicht zu einem unreflektierten Eklektizismus zu führen. Erst dadurch kann ein interdisziplinäres und Disziplin übergreifendes Verständnis entstehen.¹² Forschungstechnisch ist die Gerontologie bisher v. a. auf dem Gebiet des 3. Alters tätig gewesen und es fehlen Studien und Befunde zur Hochaltrigkeit, also gerade jenes Alterssegments, welches am schnellsten anwächst und zugleich die höchsten Risiken aufweist. Zudem steigen in diesem Lebensabschnitt die Kosten für Pflege und medizinische Versorgung rasant an und wird in Zukunft weiter anwachsen. Differentielle Studien und Auswertungen sind allerdings aufgrund der geringen Zahl an Forschungsarbeiten und Personen, welche dieses Alter - bisher - erreichten, noch kaum möglich.¹³ Die Grundlagenforschung der Gerontologie versucht *den Verlauf von Altern, sei es auf biologischer, psychischer oder sozialer Ebene, in seinen allgemein gültigen Merkmalen zu erkennen und zu erklären.*¹⁴ Die Anwendungsforschung demgegenüber untersucht die Nutzbarkeit dieser Ergebnisse, um Individuen in deren Altern zu unterstützen.

Die Altersforschung stellt die wissenschaftliche Untersuchung vor spezielle Probleme. Diese betreffen v. a. den systematischen Verlust von Untersuchungsteilnehmern im Verlauf der Zeit und die großen interindividuellen Unterschiede. Ebenso können unterschiedliche Methodendesigns leicht zu divergierenden Ergebnissen führen, so dass stets die Interpretierbarkeit des Methodendesigns und dessen Resultate genau geprüft werden müssen, auch dahingehend, da viele Variablen und deren Kombination nicht beliebig herstellbar sind.¹⁵

Modelle oder Theorien des Alter(n)s existieren eine Vielzahl, wobei dies auf zumindest zwei Hauptursachen zurück zu führen ist. Einerseits ist die Gerontologie eine relativ junge Wissenschaft, andererseits wird es *eine allgemeine, alle Aspekte des Alterns umfassende Master-Theorie...in der Gerontologie schon aufgrund des komplexen hoch individualisierten Alternsprozesses niemals geben können.*¹⁶ Im Laufe der Zeit wurden

¹² Kruse, A.; Mike, M.: *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; S. 9

¹³ Wahl, H. W.; Heyl, V.: *Gerontologie - Einführung und Geschichte*; S. 55

¹⁴ Wahl, H. W.; Heyl, V.: S. 162

¹⁵ von Eye, A.: *Forschungsmethoden*; S. 171/175; in: Oswald, W. D.; Lehr, U.; Sieber, C.; Kornhuber, J. (Hg.): *Gerontologie - Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*; S. 171-177

¹⁶ Rupprecht, R.: *Psychologische Theorien zum Alternsprozess*; S. 23; in: Oswald, W. D., et. al: *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*; S.13-26

zahlreiche Modelle des Alterns entwickelt, wobei viele der Theorien und Systeme entweder beibehalten, verworfen oder adaptiert, einige auch durch empirische Daten gestützt wurden. Zur Ordnung dieser Vielzahl von Theorien existieren unterschiedliche, meist zweidimensionale Systeme, wobei einige im folgenden kurz - chronologisch geordnet - dargestellt sind, und die auch die Entwicklung auf die Sicht des Alter(n) zeigen:¹⁷

- Defizitmodell: Dieses hat heute vorwiegend historischen Wert und resultiert daraus, dass in der Altersforschung zunächst biologische und medizinische Forschungen im Vordergrund standen, die gekennzeichnet waren davon, dass der körperliche Abbau im Laufe des Alterns von Bedeutung ist, was in der Folge in die weitere Forschung - vor allem der Psychologie - übernommen wurde, also der Abbau auch psychischer, kognitiver Fähigkeiten. Allerdings kommt es weniger zu einem generellen Abbau, sondern vielmehr zu einem differentiellen. Zudem können auch ältere Menschen noch neue Erfahrungen sammeln, hinzugewinnen und verarbeiten
- Qualitative Verlaufsmodelle: Bei diesen sind vor allem die „Theorie der Entwicklungsaufgaben“ nach Havinghurst und das „Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung“ nach Erikson zu nennen. Dabei stehen nicht die Ursachen von Veränderungen im Mittelpunkt, sondern die Annahme, dass im Laufe des Lebens unterschiedliche, altersspezifische Aufgaben gelöst werden müssen, die dadurch zu einer Lebenszufriedenheit führen. Trotz ihres heuristischen Wertes werden sie vor allem aufgrund ihrer Unidirektionalität kritisiert und ihren Anspruch auf Universalität. Empirische Befunde zeigten, dass Entwicklung sehr wohl multidirektional und -funktional ist und diese auch von gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen des historischen Kontext abhängen, die bei diesen Modellen unberücksichtigt sind.
- Successful Aging: Dieser Begriff wurde von Havinghurst geprägt, wobei er davon ausgeht, dass der Mensch im Laufe seines Lebens sowohl innere, als auch äußere Krisen durchmacht, dessen Bewältigung zu einem Zustand der Zufriedenheit und des Glücks führt. Die wichtigsten Modelle dieser Denkrichtung sind die „Disengagement Theory“, die „Aktivitätstheorie“, „Kontinuitätstheorie“ sowie die „Selektive Optimierung mit Kompensation“ (SOK-Modell).
- Kompetenztheorie: Sie geht davon aus, dass trotz körperlicher und geistiger Abbauprozesse und Verlusterlebnissen Kompetenzen erhalten bleiben, womit Fähigkeiten gemeint sind, die ein selbstständiges und Sinn erfülltes Leben

¹⁷ Rupperecht, R.: S. 14-23

gewährleisten, wobei in „basale“ (Grundfertigkeiten, wie Körperpflege, Nahrungszubereitung und -aufnahme, Einkaufen, Fortbewegen, etc.) und „erweiterte“ Kompetenzen (Freizeitaktivitäten, soziale Aktivitäten und Interaktionen, etc.) unterschieden wird. Sind erstere vorwiegend biologisch bestimmt, so hängen letztere in hohem Maße von Persönlichkeitsfaktoren ab, und sind somit auch in der Biographie des Menschen an zu treffen und stark von psychosozialen und kulturellen Faktoren abhängig. Sie betrachtet das Individuum daher auch nicht isoliert von dessen Umwelt, sondern in der Interaktion mit dessen konkreter Lebenssituation.

- Kognitive Theorie des Alterns: Dieses, von Thomaes entwickelte Modell, geht davon aus, dass Lebenszufriedenheit weniger von objektiven Gegebenheiten abhängt, als vielmehr von der subjektiven Einschätzung des Individuums. In einer konkreten Situation handelt eine Person nicht aufgrund der objektiven Beurteilung, sondern aufgrund der subjektiven Repräsentation der Situation, die entscheidend beeinflusst wird von dessen dominanten Bedürfnissen und Einflüssen, wobei sie bestrebt ist ein Gleichgewicht zwischen ihren motivationalem und kognitivem System her zu stellen bzw. bei zu behalten. In dieser Auseinandersetzung mit der Lebenssituation entsteht die Lebenszufriedenheit, ist also abhängig von subjektiven Wahrnehmungen und Bedürfnissen und nicht von der „äußeren“ Qualität der Lebenssituation.

Heute wird Altern als ein physischer und psychischer Prozess gesehen, welcher abhängig ist von biologischen, sozialen und psychischen Faktoren (Multidimensionalität) und nicht gleichförmig verläuft (Multidirektionalität). Zudem bestehen sehr große individuelle Unterschiede. Zahlreiche Studien untersuchten dabei Faktoren, die die Langlebigkeit beeinflussen, wobei trotz konkreter Ergebnisse in Einzelbereichen keine umfassende Theorie, welche das komplizierte Wechselspiel biologischer, psychischer, sozialer, ökologischer und den Lebensstil betreffende Faktoren berücksichtigt, entstand.

Grundsätzlich gilt es beim Altern zu unterscheiden zwischen einer „normalen“ und einer „pathologischen“ Alterung, wobei die Übergänge zumeist fließend sind. Diese Unterscheidung ist vor allem hinsichtlich der Prävention und Früherkennung wichtig, um rechtzeitig Maßnahmen zur Intervention setzen zu können, wobei ein Grundsatz lautet: „Es ist nie zu früh und selten zu spät.“ Ziel dabei ist immer so lange wie möglich eine Selbstständigkeit zu erhalten und damit Pflegebedürftigkeit und Demenz zu verhindern

bzw. hinaus zu zögern. Dabei besteht ein Bild des alten Menschen, ein Ideal, jenes des „Homunculus senex“, welches sich unterscheidet vom tatsächlichen.¹⁸

Fest zu stellen ist, dass Altern zwar ein universelles Problem - besser gesagt Herausforderung - darstellt, allerdings ein Prozess ist, welcher sehr unterschiedlich Verläuft, also individuell und einzigartig ist. Die große Herausforderung besteht dabei nicht nur darin, dass Antworten auf viele Fragen gefunden werden müssen, sondern auch darin, dass *bis heute mehrfach abgesicherte Befunde in der Altersforschung noch eher die Ausnahme sind und dies zu einer gewissen Zersplitterung in viele Mini-Wahrheiten geführt hat, die wieder stärker zusammengeführt werden müssen.*¹⁹ Oftmals wird in diesem Zusammenhang gesprochen von *data rich, theory poor*.

3. Krankheitsprozesse

Der lebende Organismus zeichnet sich dadurch aus, dass er ständigen reversiblen Veränderungen unterworfen ist, welche eine Homöostase aufrecht erhalten sollen. Altern ist dabei ein Prozess, welcher eine Anhäufung von irreversiblen Veränderungen auszeichnet, wobei diese beeinflusst werden von den ihn ausgesetzten Belastungen und den entgegenwirkenden Vorgängen. In diesem Sinne ist beim Altern von einem Prozess zu sprechen, der mit der Geburt bzw. bereits im Mutterleib beginnt, und mit dem Tod endet, d. h. ein natürlicher, nicht krankhafter Prozess oder Vorgang. Dies bringt zum Ausdruck, dass Altern sich über den gesamten Lebenslauf vollzieht, und zwar auf einer körperlichen, als auch psychische Ebene, die in einem engen Zusammenhang miteinander stehen. So kann eine Weißfärbung oder der Verlust der Kopfhare oder auch eine Faltenbildung der Haut - die keinerlei Einfluss auf die Vitalität oder Mortalität haben - vom Einzelnen als sichtbares, negatives Altersmerkmal angesehen und damit einhergehend als psychisch belastend empfunden werden. D. h. Altern ist nicht nur ein

¹⁸ Der „homunculus senex ist eine bis zur Karikatur stilisierte Norm des idealtypischen alten Menschen der Zukunft von Gönemeyer. Dieser „wird den Anweisungen für gesunde Ernährung im Alter folgen, wird sich durch Seniorengymnastik fit halten, er wird altersgerecht reisen und ein altersgerechtes Hobby pflegen. Er wird über die verschiedenen Phasen des Alters Bescheid wissen, deren spezielle Probleme kennen und sich entsprechend verhalten. Gegebenenfalls wird er spezifizierte Alterstherapeuten oder Geragogen aufsuchen. Als Hochbetagter wird er mit Hilfe von Essen auf Rädern und verschiedener ambulanter Dienste so lange wie möglich in seiner Wohnung ausharren, um schließlich - wenn Alzheimer nicht Besitz von ihm ergriffen hat - in Kenntnis der Kübler-Ross'schen Sterbestufen auch den letzten Lebensabschnitt erfolgreich und kompetent...absolvieren.“ zit. nach: Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation*; S. 121, in: Oswald, W. D., Gatterer, G., Fleischmann, U. M. (Hg.): *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*; S. 103-128

¹⁹ Wahl, H. W.; Heyl, V.: S. 21

körperlicher Prozess, welcher mit biologischen Funktionseinbußen einhergeht, sondern eng geknüpft an den je individuellen, psychischen Umgang damit und somit nicht nur mit Verlusten verbunden, sondern auch mit der Möglichkeit des Wachstums. Unterschieden wird in diesem Zusammenhang zwischen „Alter“ und „Reife“.²⁰

Thomae beschreibt diese (die Reife) als:²¹

...ein ganz spezifischer Stil des Orientiertseins über die Welt, des Eingefügtseins in sie und der Aufnahme der Welt in den Schaffensorganismus....So könnte man etwa als Maßstab der „Reife“ die Art nehmen, wie der Tod „integriert“ oder „desintegriert“ wird, wie das Dasein im ganzen eingeschätzt und empfunden wird, als gerundetes oder unerfüllt und Fragment geblieben, wie Versagung, Fehlschläge, Enttäuschungen, die sich auf einmal als endgültige abzeichnen, abfangen oder ertragen werden, wie Lebenslügen, Hoffnungen, Ideale, Vorlieben, Gewohnheiten konserviert oder revidiert werden. Güte, Gefasstheit, Abgeklärtheit sind Endpunkte einer Entwicklung zur Reife hin.

Alle Veränderungen des Alternsprozesses haben ihren eigenen zeitlichen Verlauf und werden in unterschiedlichem Maße von intrinsischen und extrinsischen Faktoren beeinflusst. Dabei steht nach heutigem Wissensstand fest, dass das Genom auf der biologischen Ebene einen zielgerichteten Einfluss ausübt auf die Entwicklung des Organismus, nicht jedoch auf das Lebensalter. Insgesamt wird die Lebensspanne nur zu etwa 35% von genetischen, dafür aber zu ca. 65% von Umweltfaktoren beeinflusst. Dadurch können durch präventive Maßnahmen, welche vor allem den Lebensstil betreffen die Lebensqualität, als auch die Lebenserwartung entscheidend beeinflusst werden und der Ausbruch von Krankheiten verhindert oder verzögert werden, nicht allerdings der Alternsprozess an sich.²²

Die veränderte Struktur der Organe und der zunehmende Funktionsverlust des gesamten Körpers erschwert im Alter die Aufrechterhaltung der Homöostase, dessen Effektivität sinkt und zugleich ist die Kompensation von Belastungen verringert. Zusätzlich nimmt die Adaptionsfähigkeit ab, wobei große intra- und interindividuelle Unterschiede bestehen. Bereits ab etwa dem 28. Lebensjahr sind Alternsprozesse der größte Risikofaktor für Erkrankungen, nicht aber Ursache dafür. Als Ursache für die Entstehung von

²⁰ Ding-Greiner, Ch.; Lang, E.: *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen*, S. 182/183;

²¹ Thomae, H.: *Persönlichkeit*, zitiert nach: Ding-Greiner, Ch.; Lang, E.: *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen*, S. 183

²² Ding-Greiner, Ch.; Lang, E.: *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen*, S. 186

Erkrankungen sind neben den genetischen Dispositionen und den Umweltfaktoren vor allem deren Interaktion ausschlaggebend.²³

Die Fähigkeit des Organismus der reversiblen Anpassung an veränderte Umweltbedingungen nimmt mit dem Alter ab, wobei in zunehmendem Maße Funktionsgewebe in Stützgewebe umgewandelt wird, wodurch der Körper anfälliger für Erkrankungen wird und die Behandlung nicht mehr ausschließlich auf Heilung, sondern - in Absprache mit dem Patienten - auf eine Stabilisierung der Lebensqualität abzielt. Zunehmende Belastungen, sowie der fortschreitende körperliche Abbau führen letztendlich zu einem Zusammenbruch des inneren Regelkreises. Man spricht dabei vom Konzept der „frailty“.²⁴

Dieses beschreibt auf der physiologischen und pathophysiologischen Ebene ein labiles und eine leicht aus dem Gleichgewicht bringende Homöostase, welche gekennzeichnet ist durch eine stark verminderte Reservekapazität und gesteigerte Vulnerabilität. Klinisch drückt sich dies durch Untergewichtigkeit, einem schlechtem Ernährungs- und Allgemeinzustand, Wasserverlust und Zeichen einer Kachexie, einer eingeschränkten Mobilität oder Bettlägrigkeit, Neigung zu Stürzen und Muskelschwäche, Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit, chronische Entzündungen, Anämie, Stoffwechselstörungen, etc. aus. Insgesamt deutliche Zeichen eines funktionellen Verfalls. Sie ist allerdings nicht ident mit einer Behinderung oder Komorbidität, kann aber dazu führen, ebenso wie akute, nicht vollständig ausgeheilte Erkrankungen sich aufgrund der verminderten Leistungsfähigkeit zu „frailty“ führen können. Im Vordergrund steht die allgemeine Schwäche, geringere Belastbarkeit und Verlangsamung von Tätigkeiten. In einem fortgeschrittenem Stadium ist sie und deren Begleiterscheinungen nicht mehr reversibel und führt, oft im Zusammenspiel mit nicht tolerierten Behandlungen und unerwünschten Nebenwirkungen von Medikamenten, zu einem raschen Verfall und Tod.²⁵

Die häufigsten Erkrankungen im Alter sind jene der Atemwege, Dorsopathien, Arthrosen, Störungen des Lipidstoffwechsels, Diabetes Mellitus, Zerebrovaskuläre Krankheiten, ischämische Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz und Bluthochdruck. Zu beachten ist, dass auch die Sturzanfälligkeit zunimmt, die in weiterer Folge zu Langzeitpflegebedürftigkeit führen kann (v. a. Hüft- bzw. hüftnahe Frakturen), sowie eine erhöhte Unfallgefährdung.

²³ Ding-Greiner, Ch.; Lang, E.: *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen*, S. 188/189&195

²⁴ Ding-Greiner, Ch.; Lang, E.: *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen*, S. 184

²⁵ Ding-Greiner, Ch.; Lang, E.: *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen*, S. 200-202

Außerdem steigt die Multimorbidität, wobei dies die Diagnostik und Therapie erschwert und sich Symptome überlagern, sowie die unterschiedlichen Erkrankungen sich gegenseitig beeinflussen. Zusätzlich ist daran zu denken, dass ältere Patienten eine andere Symptomatik aufweisen und auf Medikamente anders reagieren. Die Multimorbidität, sowie die verminderte Leistungsfähigkeit der Organe - insbesondere die geringere Adaptionsfähigkeit - führt beim Auftreten einer Belastung zu einer Dekompensation eines Organsystems, wodurch - in einem Dominoeffekt - das nächste System dekompensiert (Krankheitskette).²⁶

Zu beachten ist, dass viele psychische und psychiatrische Erkrankungen vor allem im höherem Alter auftreten bzw. weisen zahlreiche, auch in anderen Lebensabschnitten auftretende Erkrankungen aufgrund der psychischen, biologischen und physiologischen Besonderheiten des Alters andere Verläufe und eine unterschiedliche Symptomatik auf. Aufgrund ihres gehäufteten Auftretens sind hier insbesondere Demenzerkrankungen zu nennen, sowie depressive Störungen, die durch ihren chronischen Verlauf oft eine selbstständige Lebensführung beeinträchtigen und zusätzlich zum persönlichen Leiden Vorurteile bezüglich ältere Menschen fördern und zu ökonomischen Belastungen führen. Für demenzielle Erkrankungen können keine einheitlichen Ursachen genannt werden. Vorrangiges Ziel ist die Früherkennung und genaue Differenzialdiagnostik inklusive bildgebender Verfahren und molekularbiologischer Befunde zur optimalen Behandlung, welche allgemeinmedizinische Maßnahmen, psychosoziale und pharmakologische Therapien umfasst.²⁷

Krankheitsprozesse können unterschieden werden als:²⁸

- alternde Krankheiten bzw. altersabhängige und altersbegleitende Erkrankungen: es besteht eine direkte oder indirekte Verknüpfung mit Alternsprozessen; physiologische Alternsvorgänge haben ein bestimmtes Maß überschritten und treten als Krankheiten auf (bspw. Arteriosklerose, Osteoporose, Lungenemphysemen, etc.)
- Alterskrankheiten: erhöhte Inzidenzrate mit dem Alter (bspw. Morbus Alzheimer, Ansteigen des systolischen Blutdrucks auf pathologische Werte, etc.)

²⁶ Ding-Greiner, Ch.; Lang, E.: *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen*, S. 196-200

²⁷ Schröder, J.; Pantel, J.; Förstl, H.: *Demenzielle Erkrankungen - Ein Überblick*; S. 224/225; in: Kruse, A.; Martin, M.: *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; S. 224-240

²⁸ Ding-Greiner, Ch.; Lang, E.: *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen*, S. 195-196 in: Kruse, A.; Martin, M. (Hg.): *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; S. 182-207

- Krankheiten im Alter: verminderte Organreserven führen zu einem problematischen Verlauf von Erkrankungen, die in jüngeren Jahren kein erhöhtes Risiko darstellen (bspw. Influenza, Bronchopneumonien, etc. aber auch Unfälle)

Probleme der Intervention sind, dass man sowohl über Entstehungszusammenhänge und Verlaufstendenzen bescheid wissen muss, als auch über allgemeine (gesetztes-)Aussagen darüber, welche präventiven und kurativen Maßnahme zu einem erwünschten Ergebnis führen.²⁹

Fünf Problemkreise lassen sich herausfiltern:³⁰

1. benötigtes Kausalwissen nicht immer vorhanden: bspw. sind die genauen Ursachen des Alterungsprozesses nicht bekannt, ebenso wenig wie Ursachen vieler Demenzerkrankungen. Zudem existieren viele unterschiedliche - teils sich widersprechender, teils sich ergänzender - Theorien darüber. Trotzdem können aufgrund von Erfahrungswissen bzw. empirischen Studien Aussagen darüber gemacht werden, welche Interventionen erfolgreich sein können.
2. Mehrfachdeterminierung von Problemen: Probleme des Alterns haben oft nicht eine leicht zu identifizierende Ursache, sondern viele miteinander verwobene. Zusätzlich führt oft erst ein Zusammenwirken bestimmter Faktoren zu problematischen Verläufen, weshalb unterschiedliche Maßnahmen in verschiedenen Bereichen gesetzt werden müssen.
3. Entstehungsbedingungen unterschiedlich gut beeinflussbar: Diese Mehrfachdeterminierung und Notwendigkeit auf mehreren Ebenen Interventionen zu setzen macht deutlich, dass die Eingriffsmöglichkeiten und -formen unterschiedlich zu beurteilen sind. Zu unterscheiden gilt v. a. die biologische, soziale und ökonomische Ebene, individuell-biografische Bedingungen und Handlungsorientierungen, die Persönlichkeit, etc. Nicht überall sind effiziente Interventionen möglich.
4. zeitgerechte Interventionen: Wünschenswert ist eine möglichst frühzeitige Intervention, da sie die Wirksamkeit und Möglichkeiten erhöhen. Notwendig sind daher nicht nur geeignete Mittel zur Intervention, sondern auch der Früherkennung und adäquaten Prävention.
5. nicht bevormundend: Interventionen sollen weder zu Abhängigkeiten führen, noch abgleiten in eine Art der sozialen Kontrolle und daher auch ethischen Normen

²⁹ Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation*, S. 106

³⁰ Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation*, S. 106/107

entsprechen. Im Vordergrund steht die Unterstützung und Hinführung zu einer gegebenenfalls verloren gegangenen Selbstkontrolle bzw. -autonomie.

Zudem kommt es gerade im Alter häufig zu einer Somatisierung von Beschwerden. Zentral ist hierbei, dass psychisches Leid körperlich ihren Ausdruck findet bzw. ausgedrückt wird. Im ICD-10 sind diese unter F4-Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen zu finden, zu welchen auch die im MZ anzutreffende PTBS (bzw. PTSD) fällt.

Gemeinsam ist ihnen allen, dass keine ausreichenden organischen Ursachen gefunden werden können.

3. 1 Demenz

Aufgrund des häufigen Auftretens sind Demenzerkrankungen die größte Herausforderung, wobei gerade in jenem Bereich ein interdisziplinäres Vorgehen notwendig ist und therapeutisch medizinisch-medikamentöse, psychologische, psychosoziale und kontextuelle Maßnahmen ergriffen werden müssen. Dabei stellt die Diagnostik und medizinische Behandlung zumeist die Grundlage da, bei welcher die frühzeitige Erkennung und die Abgrenzung zu unterschiedlichen Demenzformen, sowie anderen - mit ähnlichen Symptomen behafteten - Erkrankungen (v. a. Depression und Delir) entscheidend sind. Dazu ist die Mitarbeit der Betroffenen, Angehörigen, Ärzten, Psychologen und anderen Fachkräften erforderlich, welche eine ausführliche Anamnese inklusive Fremdanamnese erstellen, medizinische Tests inklusive Blutparameter, neurologischen und psychiatrischen Status, sowie bildgebende Verfahren (CT, MRT, PET, SPECT), sowie testpsychologische Untersuchungen der geistigen Leistungsfähigkeit, Befindlichkeit und Selbstständigkeit umfassen müssen.³¹

Die umfangreiche durch zu führende Diagnostik erfordert zudem die Abgrenzung zwischen „normalem“ und „pathologischem“ Altern und muss letztendlich den Schweregrad der Demenz bestimmen, wobei zu beachten ist, dass nicht alle Verfahren geeignet sind und bestehende Multimorbiditäten, sowie andere Faktoren die kognitiven Fähigkeiten beeinflussen. Zu beachten gilt es in diesem Zusammenhang auch, dass mit einigen Screening-Verfahren - wie bspw. der häufig verwendete MMSE - keine Verlaufsuntersuchungen möglich sind, aufgrund des auftretenden Lerneffekts. Zusätzlich

³¹ Gatterer, G.: *Demenz aus psychologischer Sicht*, S. 143-145

ist entscheidend, dass nicht nur die Defizite, sondern auch Ressourcen und der Grad an Selbstständigkeit und Eigenverantwortung erhoben wird.³²

Ursachen kognitiver Veränderungen im Alter sind vielfältiger Natur und können beispielhaft in folgende Ursachen unterteilt werden:³³

- normaler Alterungsprozess
- organische Faktoren: Minderbegabung, Sinnesbeeinträchtigungen, Müdigkeit, Erschöpfung, Medikamente, Drogen, Alkohol, Ernährung, Flüssigkeitsbilanz, interne medizinische Erkrankungen, Schmerzen, etc.
- psychische Faktoren: psychische Erkrankungen, Stress, fehlende Motivation, Desinteresse, Nervosität, Ängste, Sorgen, Überforderung, etc.
- soziale Faktoren: Vorurteile, Erwartungen, Antipathie, Konflikte, Atmosphäre, etc.
- Umwelteinflüsse: Lärm, Licht, Unterbrechungen, Temperatur, Tageszeit, etc.

Es kann und darf daher erst von einer Erkrankung bzw. einem krankhaften Prozess gesprochen werden, wenn die beobachteten Veränderungen den Alltag beeinflussen bzw. fortschreiten, also über einen längeren Zeitraum andauern und andere Faktoren ausgeschlossen werden können. Dazu müssen diese in einem multiprofessionellem Team abgeklärt werden, um so früh wie möglich eine entsprechende Diagnose erstellen zu können und eine adäquate Therapie und die dazu nötigen Interventionen setzen zu können.³⁴

Demenzen sind altersgebundene, meist auf einen neurodegenerativen Prozess zurückgehende, chronisch verlaufende Erkrankungen und lassen sich grundsätzlich unterteilen in solche, bei denen die Demenz primär durch den neurodegenerativen Prozess entstehen (z. B. Morbus Alzheimer), und solche, bei welchen sie erst aufgrund anderer Erkrankungen hervorgerufen werden (z. B. vaskuläre Demenz).³⁵ Sie sind eine klinische Syndrom-Diagnose und werden diagnostiziert durch eine Anamnese, sowie klinischer Befunde inklusiver neuropsychologischer Tests und apparativen Verfahren. Ausgangspunkt bildet ein psychopathologischer Befund, wobei grundsätzliche

³² Gatterer, G: *Demenz aus psychologischer Sicht*, S. 147/148

³³ Gatterer, G: *Demenz aus psychologischer Sicht*, S. 141/142; in: Gatterer, G.; Oswald, W. D.; Fleischmann, U. M.: *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*; S. 141-173

³⁴ Gatterer, G.: *Demenz aus psychologischer Sicht*, S. 142

³⁵ Schröder, J., et. al.: S. 225

Vorraussetzungen hierfür ein angemessener Explorationsstil, empathisches Eingehen auf den Patienten, sowie standardisierte Fremdbeurteilungen notwendig sind.³⁶ Ihr vermehrtes Auftreten, welches sich aufgrund der demographischen Entwicklung noch steigern wird, sowie die damit verbundenen einschneidenden Veränderungen im Leben der Betroffenen und ihnen nahestehenden Personen, lassen demenzielle Erkrankungen sowohl diagnostisch, als auch therapeutisch zu großen Herausforderungen werden. Durch die verbesserten molekularbiologischen Marker und bildgebenden Verfahren vereinfachen sich die Früherkennung und Differentialdiagnose, die eine Grundlage bilden für die therapeutischen Interventionen, welche die Erkrankungen weder stoppen, noch heilen, sondern nur deren Verlauf verzögern können. Dieser wird beeinflusst durch personale und Umgebungsfaktoren, wobei Ausbildungszeiten scheinbar den größten Einfluss besitzen (siehe dazu auch die kognitive Reservekapazitätshypothese), sowie Lebensstil- und Ernährungsfaktoren.³⁷

Unterscheidungsmerkmale zwischen einer Depression und einer Demenz sind:³⁸

- subjektiv Stärker wahrgenommene kognitive Beeinträchtigung von depressiven Personen
- heterogene Leistung bei unterschiedlichen Testverfahren bzw. -wiederholungen bei Depressiven
- primäre Verlangsamung von Denkabläufen bei besserem Leistungsniveau
- Verbesserung des Leistungsniveau im Untersuchungsverlauf bei Depressiven
- ausgeprägtere Sprachstörungen (v. a. Wortfindungsstörungen) bei Demenzen
- Leistungsunterschiede bei Wiedererkennungsaufgaben (ja-sage-Tendenz) bei Demenzen

Ein Delir demgegenüber ist ein akuter Verwirrtheitszustand, welcher im höherem Lebensalter zunimmt und aufgrund längerer Krankenhausaufenthalte und des ungünstigen Verlaufs erhebliche Kosten verursacht. Kennzeichnend ist ein plötzliches Auftreten, eine rasche Fluktuation der Bewusstseinslage und Aufmerksamkeitsleistung, sowie die hirnorganische Ursache.³⁹

³⁶ Schröder, J., et. al.: S. 229/230

³⁷ Schröder, J., et. al.: S. 237/238

³⁸ Gatterer, G: *Demenz aus psychologischer Sicht* , S. 153

³⁹ Gatterer, G: *Demenz aus psychologischer Sicht* , S. 156

Aufgrund der Tatsache, dass Alzheimer den überwiegenden Anteil der Demenzerkrankungen ausmacht, soll dessen Verlauf nun kurz prototypisch dargestellt werden.

Der Beginn ist schleichend und zunächst kaum bemerkbar, wobei man während dieser subklinischen Phase von einer „leichten kognitiven Beeinträchtigung“ (MCI) spricht und endet in einem hilflosen Zustand. Letztendlich - etwa nach fünf bis neun Jahren ab der klinischen Manifestation - führt sie zum Tod. Achsensymptome demenzieller Erkrankungen sind Störungen der Gedächtnisfunktionen, Orientierung (zeitl., örtl., situativ, zur Person) und anderer kognitiver Leistungen, sowie Wesensänderungen. Dabei ist zu beachten, dass der Verlauf nicht statisch ist, sondern sowohl fortschreitend, als auch variabel verläuft. Dabei werden drei Stadien unterschieden, dem Anfangs-, Mittel- und Endstadium.⁴⁰

- *Anfangsstadium*: Kennzeichnend ist ein schleichender Beginn mit oft unmerklichen Verschlechterungen der kognitiven Leistungen, wobei Defizite vom Betroffenen zunächst durch Gedächtnisstützen oder Vermeidungsstrategien kompensiert werden, die oft zu einem stereotypen bzw. floskelhaften Kommunikationsstil führen. Aufgrund der bewusst wahrgenommenen Verluste kommt es oftmals zu einer furchtsam gedrückten oder auch ratlos verunsicherten Stimmung, die geprägt ist von Verleugnung bzw. Verharmlosung, welche zu einer mangelnden Krankheitseinsicht führt. In weiterer Folge kommt es zu Konflikten mit nahestehenden Personen (man hat nicht selber vergessen, wohin man den Schlüssel legte, sondern die anderen haben sie verlegt und ähnliches). Diese sind auch die ersten, die die Symptome bemerken. Bei der Diagnostik ist es dadurch notwendig einen konfrontativen Explorationsstil zu vermeiden, vielmehr geduldig-verständnisvoll zu sein, sowie eine ausführliche Fremdanamnese durchzuführen und das prämorbidem Leistungsniveau bzw. -defizite zu berücksichtigen (z. B.: Bildung, Oligophrenie, etc.). Bereits in dieser Phase ist das deklarative Gedächtnis gestört und es kommt zu Wortfindungs- und Wortflüssigkeitsdefiziten, sowie zu konstruktiver Apraxie, wohingegen das Altgedächtnis noch weitgehend intakt bleibt. Diese, sowie Orientierungs- und andere kognitive Störungen verlaufen gemäß der Ribotschen Regel.⁴¹
- *mittlere Phase, mittelgradige Demenz*: Typisch für dieses Stadium des Krankheitsverlaufs ist eine hochgradige Vergesslichkeit, die nun auch zunehmend das

⁴⁰ Schröder, J., et. al.: S. 225-226

⁴¹ Schröder, J., et. al.: S. 226/227

Altgedächtnis betrifft. Zudem verarmen sprachliche Äußerungen und sinken auf ein floskelhaftes Niveau. Es kommt zu Paraphasien und Perseverationen. Die Fähigkeit zu analytischem Denken, dem Erkennen von Zusammenhängen und planungsvollem Handeln geht verloren. Durch Konfabulationen werden Gedächtnislücken gefüllt. Oftmals treten auch ideomotorische und ideatorische Apraxien auf, sowie Agnosie, Alexie und Akalkulie. Häufig kommt es auch zu Gefühlen der Furcht und bei ca. 1/3 der Betroffenen zu Wahnbildungen und zusätzlichen Wahrnehmungsstörungen, die zumeist visuelle, olfaktorische und/oder taktile Qualitäten besitzen, allerdings fluktuierend erscheinen. Auffällig ist ein Wechsel zwischen Apathie und Agitation. Auftretende Halluzinationen bilden ein weiteres Merkmal, wobei diese - im Gegensatz zu schizophrenen Psychosen - fragmentiert und inkonsistent sind und eher eine Ausnahme bilden. Depressive Symptome nehmen ab, wobei nicht geklärt ist, ob dies zurück zu führen ist auf die fortschreitenden neurodegenerativen Defizite oder reaktiv gebildet wurden aufgrund des im Anfangsstadiums bewussten und subjektiv empfundenen Kompetenzverlustes, welche nun nicht mehr wahrgenommen werden.⁴²

- *Spätphase, Endstadium*: Hier sind bis hin zum Erlöschen selbst der Orientierung zur eigenen Person und von Schlüsselerlebnissen der Biographie alle höheren psychischen und kognitiven Funktionen beeinträchtigt bzw. kommen zum Erliegen. Sprache beschränkt sich auf einzelne Wörter oder einfachste Sätze und es kommt zu Echolalien und Logoklonien. Ebenso ist das Sprachverständnis erheblich oder vollständig gestört. Die meisten Betroffenen sind im letztem Stadium der Phase bettlägrig, was zu den damit einhergehenden Komplikationen führt.

Unter einer Demenz ist demnach ein erworbener Zustand zu verstehen, der Gedächtnisstörungen und anderer kognitiver Beeinträchtigungen aufweist, welche in der Folge die Betroffenen im Alltag behindern, wobei die häufigsten Demenzerkrankungen die Alzheimerdemenz, vaskuläre Demenz und Lewy-Körperchen Demenz sind. Hinzu kommen weitere psychische oder sonstige Erkrankungen, die in der Folge zu kognitiven Defiziten führen. Diese müssen durch eine gründliche Diagnostik ausgeschlossen werden, um eine effiziente Therapie einleiten zu können.⁴³

⁴² Schröder, J., et. al.: S. 227/228

⁴³ Gatterer, G.: *Demenz aus psychologischer Sicht*, S. 142

3. 2 Somatisierungsstörungen

Wie bereits erwähnt kommt es gerade im Alter häufig zu einer Somatisierung von Beschwerden. Zentral ist hierbei, dass psychisches Leid körperlich ihren Ausdruck findet bzw. ausgedrückt wird. Im ICD-10 sind diese unter F4-Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen zu finden, zu denen auch die PTBS fällt.

Unter neurotische Störungen werden Angsterkrankungen (Phobien), Zwangsstörungen und dissoziative bzw. Konversionsstörungen zusammengefasst, denen gemeinsam ist, dass ursächlich keine organische oder andere psychische Erkrankungen für die Symptomatik vorliegt. Sie entwickelten sich - ebenso wie die somatoformen Störungen - aus dem Krankheitskonzept der Hysterie, wobei v. a. die zwischenmenschlichen Beziehungen, die Leistungs-, Arbeits- und Genussfähigkeit durch die Symptomatik beeinträchtigt ist, wohingegen eine Realitätswahrnehmung weitgehend vorhanden bleibt. Für die somatoformen Störungen typisch sind anhaltende körperliche Beschwerden, die allerdings in ihrer Intensität stark fluktuieren, ebenso an verschiedenen, wechselnden Orten auftreten, und für die keine organischen Ursachen gefunden werden können, wobei die Betroffenen die Symptome gerade darauf zurückführen. Für die Belastungsstörungen demgegenüber - darunter fallen akute Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen - ist kennzeichnend, dass ihre Ursache einen direkten Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen (Traumata) bzw. kontinuierlichen Traumatisierungen besitzen.⁴⁴

Somatoforme Störungen sind dadurch gekennzeichnet, dass körperliche Beschwerden auftreten, ohne dass - trotz wiederholter Untersuchungen - organische Ursachen festgestellt werden können. In der Regel wechseln sowohl der Ort, als auch die Intensität der Beschwerden, wobei erst von einer Störung gesprochen werden kann, wenn die Symptome über einen Zeitraum von zumindest sechs Monaten zu beobachten sind. Durch das subjektiv empfundene Leid und daraus resultierendes Vermeidungsverhalten, sowie die Einengung der Aufmerksamkeit auf körperliche Symptome bei gleichzeitiger Ausschließung von psychischen Ursachen durch die Betroffenen, führen die Somatisierungsstörungen zu gravierenden psychosozialen Folgen.⁴⁵

Obwohl kein einheitliches ätiologisches Modell besteht wird angenommen, dass sowohl biologische, als auch psychische Faktoren ausschlaggebend sind. Auslöser dürften

⁴⁴ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 233; in: Lieb, K.; Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*; S. 233-297

⁴⁵ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 284/285

vorübergehende körperliche Erkrankungen und kritische Lebensereignisse sein. Ein Bewertungsstil, welcher diese als gefährlich oder bedrohlich einstuft führt zu einer physiologischen Erregung und Einengung der Aufmerksamkeit auf körperliche Beschwerden. Die dysfunktionale Bewertung oder auch Fehlbewertung hat eine Aufrechterhaltung und zumeist auch Eskalation zur Folge und die Beschäftigung mit den körperlichen Symptomen nimmt immer mehr Zeit in Anspruch. Es kommt zu ständigen Untersuchungen des eigenen Körpers, gedanklicher Einengung, Rückzug aus sozialen Beziehungen und der Abgabe von Verpflichtungen und Verantwortung.⁴⁶

Die wichtigsten somatoformen Störungen nach ICD-10 sind:⁴⁷

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung: Hierbei handelt es sich um anhaltende schwere polymorph und polytop auftretende Schmerzen, ohne dass organische Ursachen gefunden werden können.
- Somatisierungsstörung: Polymorph auftretende körperliche Symptome, die sich auf unterschiedliche Organsysteme beziehen, v. a. den Gastrointestinaltrakt und das kardiovaskuläre System.
- Somatoforme autonome Funktionsstörung: Beschwerden beziehen sich auf erhöhte vegetative Erregung (z. B. Herzklopfen, Herzrasen, erhöhter Harndrang, Hitzewallung, etc.).
- Hypochondrische Störung: Im engeren Sinn bezeichnet diese Störung die im Alltag als Hypochondrie bekannte Störung, also die Angst eines Betroffenen an einer bestimmten Krankheit zu leiden, welche er genau benennen und deren Symptome genau beschrieben werden können, und trotz negativer Befunde nicht vom Gegenteil überzeugt werden kann (Abzugrenzen von der „Medical Student’s Disease“). Im weiteren Sinne umfasst sie auch die dysmorphe Störung, bei welcher Personen bestimmte Körperteile als vermeintlich Missgebildet erleben.

Gemeinsam ist ihnen allen, dass keine ausreichenden organischen Ursachen gefunden werden können.

Diagnostisch muss die Symptomatik ernst genommen, vorhandene Untersuchungen, Behandlungsversuche und das subjektive Krankheitsmodell berücksichtigt werden, ebenso wie die Konsequenzen der Erkrankung. Erforderlich ist es durch Zusatzuntersuchungen andere psychische oder organische Erkrankungen aus zu

⁴⁶ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 289/290

⁴⁷ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 285-288

schließen, wobei Mehrfachuntersuchungen vermieden werden sollten. Wichtig ist es - gerade bei einer bereits festgestellten somatoformen Störung und bei älteren Personen - neu auftretende Symptome organisch ab zu klären.⁴⁸

Für Anpassungs- und Belastungsstörungen liegt als Ursache die Einwirkung eines äußeren Faktors vor, und zwar durch ein Trauma, d. h. ein extrem belastendes Ereignis wie bspw. eine Naturkatastrophe, Kampfhandlungen, schwere Unfälle, Folter, etc.; kritische Lebensereignisse, dies sind einschneidende oder bedrohende und unerwartete Ereignisse, welche den Lebensentwurf negativ beeinflussen (plötzlicher Verlust des Arbeitsplatzes, Unfälle, Verlust von nahestehenden Personen, etc.); und so genannte Übergänge, also vorhersehbare Lebensveränderungen, wie es eine Heirat, ein Umzug, Geburt, körperliche Einschränkungen im Alter, etc. darstellen. Der Schweregrad der Belastung ist dabei nicht ausschließlich ausschlaggebend für die Entwicklung einer Anpassungs- oder Belastungsstörung, sondern hängt in hohem Maße auch von der individuellen Belastbarkeit ab, welche beeinflusst wird durch die Persönlichkeit, von entwicklungsgeschichtlichen Aspekten, dem sozialen Netz und anderen Faktoren. Die kritische Belastung führt zu einer Veränderung auf emotionaler, kognitiver und somatischer Ebene, wobei ausschlaggebend ist, dass diese Störungen nicht bloß ausgelöst wurden durch äußere Faktoren - dies gilt für viele psychische Störungen -, sondern, dass diese notwendige und ursächliche Bedingung sind - d. h. ohne diese Einwirkung wäre es nicht zu einer Symptombildung gekommen. Unterschieden wird im ICD-10 v. a. zwischen akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung und posttraumatische Belastungsstörung.⁴⁹

3.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Die PTBS wird ausgelöst durch eine schwere, katastrophale Belastungssituation, d. h. ein extrem bedrohliches Ereignis, das eine vitale Bedrohung darstellt oder die psychische oder physische Integrität gefährdet. Objektive Stressorkriterien sind bspw. Naturkatastrophen, vom Menschen ausgelöste Katastrophen, schwere Unfälle, Terrorismus, Folterung, Konzentrationslager, Kriegserlebnisse, etc. Unterschieden wird hierbei die Charakteristik des Traumas, wie der Schweregrad, oder ob es sich um ein einzelnes, kurzfristiges Ereignis, ein langandauerndes oder sich wiederholendes handelt. Zusätzlich sind auch subjektive Stressorkriterien zu beachten, die sich auf das individuelle

⁴⁸ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 290/291

⁴⁹ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 261/262

Erleben beziehen, da nicht alle Personen aufgrund von objektiven Stressfaktoren eine PTBS entwickeln, wobei biologische und psychologische Erklärungsansätze herangezogen werden.⁵⁰

Die Leitsymptome, welche auch für die verschiedenen Untergruppen der PTBS gelten, lassen sich in drei Symptomkomplexe ordnen:⁵¹

- Wiedererinnern des Traumas: auftreten von Intrusionen, also wiederkehrenden, aufdrängenden Erinnerungen inkl. Körpersensationen und Sinneseindrücken; Flashbacks (Gefühl, das Ereignis nochmals zu durchleben); vegetative Reaktionen wie Angst, Fluchtreaktionen, unspezifische Schlafstörungen und Alpträume; Erinnerungen treten spontan auf, oder werden durch Reize ausgelöst
- Vermeidungsverhalten, Einschränkung der Reagibilität: Konfrontation von Reizen, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen, werden umgangen oder vermieden; Erinnerungslücken können auftreten; Gefühle der Entfremdung und Isolierung; eingeschränktes affektives Erleben; Neigung zum Grübeln und Schuldgefühle; Numbing („Gefühlstaubheit“); etc.
- erhöhtes Erregungsniveau: erhöhte psychische Reagibilität (Anspannung, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Schreckhaftigkeit, etc.); Hypervigilanz; Konzentrationsschwierigkeiten; etc.

Insgesamt stellt sie ein äußerst quälendes Störungsbild da, welches zahlreiche vegetative Konsequenzen für den Betroffenen zeitigt, aufgrund der physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen. Hinzu kommt, dass sekundäre Traumatisierungen wie Unverständnis, ablehnende Reaktionen, juristische Auseinandersetzungen, berufliche Rückschläge, etc. zu einer Chronifizierung und/oder zu komorbiden psychischen Störungen führen, v. a. depressive Episoden, Dysthymia, Suchtmittelmissbrauch bzw. -abhängigkeit, ca. achtfach erhöhtes Suizidrisiko, etc. Die Scham, die Unmöglichkeit das Problem selbst in den Griff zu bekommen, aber auch die sekundären Traumatisierungen führen zu einem Teufelskreislauf, wobei oftmals nur unspezifische Beschwerden behandelt werden (z. B. Schlafstörungen, Libidoverlust, allgemeine Erschöpfung und Schmerzen, etc.), bis, oft nach Jahren, eine adäquate Behandlung erfolgt. Dabei legen statistische Daten nahe, dass die PTBS keine seltene Erkrankung darstellt (bspw. nach einer Vergewaltigung ca. 55-80%; Kriegseinsätze ca. 35%; Unfälle ca. 8%; Naturkatastrophen

⁵⁰ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 268-271

⁵¹ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 269

ca. 5%), wobei die Zahlen abhängen von der Definition einer PTBS, die in den Diagnosekriterien DSM-IV und ICD-10 sehr eng ausgelegt sind, so dass diese Zahlen durchaus höher ausfallen können, wobei zusätzlich die Dunkelziffer schwer zu eruieren ist.⁵²

Obwohl die Diagnose aufgrund der Symptomatik und des zugrunde liegenden traumatischen Ereignisses relativ einfach ist, erschweren einige der bereits genannten Gründe diese, wodurch oft nur die auftretenden physischen und psychischen Symptome behandelt werden. Zudem muss sie von Panikstörungen, Angststörungen, dissoziativen und v. a. Borderline-Störungen abgegrenzt werden. Die Scham, sowie die Erfahrung nicht ernst genommen oder als Simulant hingestellt zu werden, erhöht die Gefahr, dass Betroffene das auslösende Ereignis verschweigen und ausschließlich aufgrund der psychovegetativen Symptome Hilfe suchen.⁵³

In einer psychodynamischen Sichtweise sieht das Erklärungsmodell zur Entstehung einer PTBS das Selbstkonzept und die Sichtweise auf andere Personen zerstört. Dabei aktiviert das Ereignis Selbst- und Objektrepräsentanzen, die widersprechend zu den bisherigen stehen und mobilisiert Abwehrmechanismen um den auftretenden Widersprüchen und schmerzlichen Empfindungen stand zu halten. Dadurch kommt es zu einer Regression und Vermeidung von mit dem Ereignis verbundenen Reizen wie Gegenstände, Situationen, Gedanken, etc. Konflikte früherer Entwicklungsstufen werden reaktiviert und es kommt zur Wiederbelebung unangemessener, unreifer, aber auch konflikthafter Beziehungsmuster, die Themen wie Schutzbedürfnis, Machtbedürfnis, Verletzung, Angst, Vergeltung, usw. beinhalten. Aus dem heraus ist auch verständlich, dass als protektive Faktoren unter anderem emotionale Reife, eine stabile Lebensphilosophie, aber auch Religiosität, als auch ein hoher Bildungsgrad gelten.⁵⁴

Grundsätzlich muss daher den Betroffenen in einer einfühlsamen und empathischen Weise begegnet und ihr Leiden ernst genommen werden. Wichtig ist der Aufbau einer vertrauensvollen und stabilen Beziehung, sowie eine wiederholte Schilderung der Ereignisse, wobei diese nicht bewertet werden dürfen, sondern möglichst ruhig und mitfühlend verfolgt werden sollen. Dadurch können die unangemessenen oder konflikthafteren Beziehungsmuster bearbeitet und die Bedeutung des Ereignisses für das Selbst- und Fremdkonzept neu bewertet werden. Ausgegangen wird in diesem -

⁵² Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 270-271

⁵³ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 272-273

⁵⁴ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 273

psychodynamischen - Konzept davon, dass die PTBS ähnlich einer Trauerreaktion in unterschiedlichen Phasen verläuft, wobei diese durch eine pathologische Übersteigerung gekennzeichnet sind. Das Aufzeigen der Abwehrmechanismen und die Bearbeitung auch früherer unbewusster Konflikte soll so zu einer Linderung und Verarbeitung des Traumas führen.⁵⁵

Eine Untergruppe der PTBS, welche bei extrem belastenden, lang anhaltenden bzw. sich wiederholenden Traumata wie es bspw. die Internierung in einem Konzentrationslager, Folterung, andauernde häusliche Gewalt, der Aufenthalt in Krisen- und Kriegsgebieten, etc. darstellt, ist die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (F62.0). Dabei führt das Trauma zu überdauernden Persönlichkeitsveränderungen, wobei die Symptome über die bisher beschriebenen hinaus gehen bzw. in massiver Form auftreten und Jahre und Jahrzehnte persistieren. Sie führen daher zu vielfältigen physischen, psychischen und sozialen Störungen, wobei die Betroffenen nichts mehr fürchten, als dass sich die Situation - obwohl objektiv das Ereignis nicht auftreten kann - wiederholt. Sie neigen zu größtem Misstrauen, intensiven Angstgefühlen und sehen ihre Umwelt generell als feindlich an. Das Vermeidungs- und Rückzugsverhalten geht so weit, dass selbst angenehme und positiv besetzte Erinnerungen, Gefühle, Beziehungen, etc. aus der Vergangenheit verdrängt oder vermieden werden, und nie über das traumatische Ereignis gesprochen wird. Wertvorstellungen, Ziele, Ideale und selbst die Körperwahrnehmung sind massiv beeinträchtigt oder zerstört. Die Schuld- und Schamgefühle gehen so weit, sich nicht mehr als Mensch zu fühlen und das eigene Überleben als schuldhaft und schändlich empfunden wird.⁵⁶

3.2.2 Nationalsozialismus und *Child Survivors*

Im Gegensatz zu einem individuellem Trauma, welches nur eine Einzelne Person betrifft, hat ein kollektives Trauma massive Auswirkungen auf eine ganze Gruppe und deren Nachkommen. Es stellt ein komplexes Phänomen da, bei dem nicht ein Individuum, sondern eine Vielzahl an Menschen gemeinsam, wiederholt und langanhaltend terrorisiert und vital bedroht wurden. Gleichzeitig brach damit die ganze Umwelt, die Schutzmechanismen des Umfelds und sozialen Gefüges zusammen. Die Machtlosigkeit gegenüber dem Ereignis wurde nicht nur individuell, sondern kollektiv erlebt. Die *Basic beliefs* wurden vollkommen zerstört und ein anknüpfen an frühere Phasen verunmöglicht,

⁵⁵ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 273-275

⁵⁶ Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; S. 277

da die Beziehungen durch das kollektive Trauma, den Tod, Flucht, Verfolgung, etc. genommen wurden. Bezugspunkte waren nach dem Ende der Verfolgung kaum mehr vorhanden. Aufgrund des Umgangs mit dem Nationalsozialismus nach dem Zweiten Weltkrieg - vor allem in Österreich - erhielten die Betroffenen (hier sind in erster Linie Juden, Roma und Sinti, Kärntner Slowenen und die Kinder vom Spiegelgrund gemeint) auch keine professionelle Hilfe, und es kam somit zu keiner Verarbeitung des Traumas, was zu pathologischen Reaktionen führte. So entwickelten viele selbst 60 Jahre nach der Traumatisierung eine PTBS.⁵⁷

Dabei lassen sich für die jüdischen Opfer - aber auch für die anderen genannten Gruppen - drei Sequenzen aufzeigen:⁵⁸

1. Traumatisierung: nach Beginn der Machtergreifung der Nationalsozialisten; Terrorisierung von Außenseitern und Minderheiten; Entmenschlichung der Opfer und nehmen der menschlichen Würde; Wille des Einzelnen wurde gebrochen und von der Gemeinschaft ausgeschlossen; Beginn des Verlusts der Selbstbestimmung
2. Traumatisierung: direkte Verfolgung, Deportierung, Vernichtung bzw. Flucht, Untertauchen; im KZ zunächst Schockphase, dann Beginn einer Regression und Entwicklung einer „Lagerpsychose“; Desorganisation der Persönlichkeit; auf die Selbstaufgabe, von der nur noch das psychomotorische Ich bleibt, folgt eine mentale Apathie, die nur noch ein fragiles Ich, das mit einem Minimum an Energie den menschlichen Organismus am funktionieren hält; die Destruktivität der Entmenschlichung war aufgrund der Verfolgung einzig und allein wegen der Zugehörigkeit zu einer Gruppe noch größer, für den Einzelnen undurchschaubar (im Gegensatz dazu wussten Regimegegner, weshalb sie verfolgt wurden)
3. Traumatisierung: nach dem Ende des Krieges: weitere Stigmatisierung, nicht Anerkennung des Erlittenen, mangelnde Unterstützung und weitere Ausgrenzung, intensives Thema bei den Betroffenen, obwohl sie selbst nicht mehr vital bedroht wurden; gerade die mangelnde soziale Unterstützung nach dem Trauma erhöht die Intensität der PTBS; Befreiung war kein Schritt in die Freiheit, sondern in eine feindlich gesinnte Umwelt und weitere Traumatisierungen (Dr. Gross brachte Opfer vom

⁵⁷ Vyssoki, D.; Schürmann-Emanuel, A.; Draxl, K.; Schneeberger, W.: *Child Survivors der NS- Verfolgung in Österreich nach 1945 - Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien*; S. 32-33

⁵⁸ Vyssoki, D.; Schürmann-Emanuel, A.; Draxl, K.; Schneeberger, W.: *Child Survivors der NS- Verfolgung in Österreich nach 1945 - Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien*; S. 33-35

Spiegelgrund, aufgrund von während der Nazizeit erstellte Gutachten, wieder ins Gefängnis!)

Das Trauma wurde nicht nur individuell verdrängt oder verschwiegen, sondern auch kollektiv, und zwar von den Opfern, als auch von den Tätern - allerdings aus verschiedenen Gründen. Gerade der *Social Support*, der bei der Verarbeitung von Traumatisierungen eine zentrale Rolle spielt⁵⁹ und im Alter aufgrund von möglichen Retraumatisierungen steigt, unterblieb. Hier hatten zumindest einige jüdische Überlebenden die - stark dezimiert und ein Großteil selbst traumatisiert - jüdische Gemeinde als soziale Bindung, oder auch den Staat Israel als Ausweichmöglichkeit. Andere Gruppen fanden sich in politischen Parteien wieder (Kärntner Slowenen, Partisanen), und hatten so eine minimale institutionelle Unterstützung. Diese blieb allerdings in eng umschlossenen Randgruppen, und kaum oder ohne die Unterstützung der Gesellschaft oder des Staates, die bei der Bewältigung wichtig gewesen wäre. Die Kinder des Spiegelgrund allerdings hatten nicht einmal eine minimale soziale Unterstützung und blieben sowohl in ihrem individuellem, als auch kollektivem Trauma alleine.⁶⁰ (vergl. hierzu auch: Aktion T4; Gerichtsverfahren Dr. Gross, u. ä.)

Viele der heute noch lebenden Opfer des Nationalsozialismus waren 1945 zwischen null und 18 Jahre alt, d. h. gerade geboren oder in der Adoleszenz bzw. jungem Erwachsenenalter. Hierdurch hatten die traumatischen Erlebnisse besonders gravierende Folgen, da die Ich-Identität noch gar nicht bzw. in der Entwicklung begriffen war, welche die wichtigste Säule für das Personsein, für Kompetenzen, Fähigkeiten, etc. darstellt. Sie erfuhren eine Entwicklung, die aus Angst und Furcht geprägt war und in der sich die Identitätsbildung als ein Überlebensprozess zeigte. Die bestehende hoffnungslose Verzweiflung führte zur Gewissheit keine Handlungsmacht zu besitzen, und war geprägt von Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und einer Desintegration psychischer Funktionen.

⁵⁹ vergl. auch: Deja, M. et al.: *Social Support improves Mental Health after a traumatic Health Care Intervention*

⁶⁰ Vyssoki, D.; Schürmann-Emanuely, A.; Draxl, K.; Schneebauer, W.: *Child Survivors der NS- Verfolgung in Österreich nach 1945 - Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien*; S. 35-42

Das Selbstkonzept wurde vollkommen zerstört und massive Brüche der Ich-Identität traten auf.⁶¹

Im Detail lassen sich drei Gruppen unterscheiden:⁶²

- 0-6 Jahre (Geburt, Säuglings- und Kleinkindalter): lange wurde diskutiert, ob sich Kinder dieser Altersgruppe überhaupt an Ereignisse erinnern können. Fest steht, dass bereits ab dem Säuglingsalter das implizite Gedächtnis (oder auch prozedurale Gedächtnis) sich entwickelt. Dieses ist die Grundlage für die emotionale Entwicklung, aber auch Handlungsrouinen und konditionierte Lernprozesse (im Gegensatz zum sich später entwickelnden explizitem Gedächtnis, welches für Lerninhalte verantwortlich ist). Sie erlebten nicht nur eigenen Stress, sondern auch den der Bezugsperson und hatten nie die Möglichkeit ein „Urvertrauen“ zu gewinnen. Durch das gestörte implizite Gedächtnis kommt es auch zu Gedächtnisstörungen, allerdings in einem „Wissen ohne Bewusstsein“, da die emotionalen Ängste und Störungen gefühlt werden, aber kein Zusammenhang zu expliziten Gedächtnisinhalten hergestellt werden können. Sie sind geprägt von einem „Urmisstrauen“, einer Inkohärenz der Selbststruktur, sowie nachhaltigen Bindungsstörungen. Auch konnten sie später keine Bedürfnisse an Bezugspersonen weiter geben, da sie nie gelernt und erfahren wurden. *Statt Erinnerung bleibt aus dieser Zeit einfach nur die empfundene, erlebte tiefe Hilflosigkeit zurück.*⁶³
- 7-12 Jahre (Schulalter): In diesem Alter entwickelt sich normalerweise ein Leistungsbewusstsein, oder ein Minderwertigkeitsgefühl. Allerdings konnten sie vor 1938 noch eine Ich-Identität aufbauen und positive Erinnerungen und Erfahrungen sammeln, und hatten das Gefühl in einer Gemeinschaft integriert zu sein, d. h. sie erlebten nicht die totale Hilflosigkeit wie die Kleinkinder. Sie konnten zumindest teilweise eine Autonomie erreichen und auf die Verfolgung reagieren, womit sie - im Verhältnis zu den Kleinkindern - zumindest einige Ressourcen besaßen, um die Traumatisierungen zu verarbeiten.
- 13-18 Jahre (Adoleszenz): In diesem Alter stärkt sich die Autonomie und bildet sich die Intimfähigkeit. Hierzu ist es notwendig, dass man sich selbst zunächst gefunden hat,

⁶¹ Vyssoki, D.; Schürmann-Emanuely, A.; Draxl, K.; Schneeberger, W.: *Child Survivors der NS- Verfolgung in Österreich nach 1945 - Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien*; S. 43-44

⁶² Vyssoki, D.; Schürmann-Emanuely, A.; Draxl, K.; Schneeberger, W.: *Child Survivors der NS- Verfolgung in Österreich nach 1945 - Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien*; S. 44-47

⁶³ Vyssoki, D.; Schürmann-Emanuely, A.; Draxl, K.; Schneeberger, W.: *Child Survivors der NS- Verfolgung in Österreich nach 1945 - Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien*; S. 46

bevor man eine Bindung mit anderen eingehen kann. Dementsprechend sind hier v. a. zwei Arten an späteren Beziehungen vorzufinden. Zum einen lebenslange Partnerschaften, die zumeist bereits kurz nach der Befreiung entstanden, andererseits Leben voller zerstörter und gestörter Beziehungen aufgrund der erworbenen Abwehrreaktionen und Bindungsängste.

Insgesamt ist zu sagen, dass die meisten Kinder und Jugendlichen Entwicklungsschritte übersprangen, einerseits da eine normale Entwicklung nicht möglich war, andererseits da dies die Überlebenswahrscheinlichkeit erhöhte. Diese Selbstständigkeit stellte eine Kompensationsmöglichkeit der Hilflosigkeit da. Außerdem waren ihre Eltern selbst aufgrund der Verfolgung nicht in der Lage Unterstützung zu bieten bzw. wurden von ihren Kindern getrennt - entweder gewaltsam, oder weil ein Überleben nur getrennt möglich war. Zudem konnten sie nicht als - moralische - Vorbilder dienen, da ein Überleben oft mit Lügen, Diebstahl, etc. zusammenhing. Die Kinder verloren einen Teil ihrer Kindheit, und bei manchen führte die Erfahrung des Todes zu einem Omnipotenzgefühl. Die Identitätssuche konnte erst nach dem Krieg nachgeholt werden, wobei das Erfahren, dass viele der früheren Familienmitglieder und Freunde tot waren zu einem neuerlichen Schock führte. Hinzu kam der allgemeine Umgang der NS-Zeit in Österreich und nachfolgende Demütigungen. Des Weiteren waren sie nicht nur seelisch in Mitleidenschaft gezogen worden, sondern auch gezeichnet von der körperlichen Gewalt und Entbehrungen, Infektionskrankheiten, Mangel- und Unterernährung, etc. Einige Kinder wurden nach dem Krieg zwar in Sanatorien gesund gepflegt, allerdings bezog dies sich beinahe ausschließlich auf einer physischen Ebene. Die während des Krieges gemachten Erfahrungen führten auch dazu, dass viele sich in die Arbeit stürzten, Gefühle nicht zuließen, sondern nur Handeln angebracht schien. Sie entwickelten sich zu workaholics, die nie krank waren und nie Urlaub nahmen. Das reduzierte Selbstvertrauen und Angstgefühle blieben, und ein Zugang zu den eigenen Emotionen konnte kaum hergestellt werden. Das Nachholen von Entwicklungsprozessen in späteren Jahren war durch deren Zusammenbruch, Verzögerung bzw. Verhinderung schwer möglich.⁶⁴

⁶⁴ Vyssoki, D.; Schürmann-Emanuel, A.; Draxl, K.; Schneebauer, W.: *Child Survivors der NS- Verfolgung in Österreich nach 1945 - Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien*; S. 47-50

4. Psychosomatische Medizin

Insbesondere die psychosomatischen Erkrankungen weisen darauf hin, dass Krankheiten nicht ausschließlich biologische Ursachen aufweisen, sondern sehr wohl auch durch gesellschaftliche, soziale und psychische Faktoren beeinflusst werden.

Aus dem heraus kritisiert Uexküll die vernachlässigte Beschäftigung mit einer Theorie in der Medizin, da diese zu einer unhinterfragten Hinnahme eines Maschinenparadigmas führte. Dadurch können Störungen räumlich lokalisiert und nach physikalisch-chemischen Regeln interpretiert werden, einfache und klare Diagnosen erzielt und darauf aufbauende Handlungsanweisungen (Therapien) erstellt werden. Allerdings werden dabei die Suche nach psychischen oder sozialen Faktoren ausgeblendet und Krankheiten aus dieser Sicht gesehen als Betriebsstörungen eines physiologischen Apparates. Die weitere Spezialisierung und Differenzierung in der Medizin löste dieses Problem nicht, vor allem, da es unmöglich ist psychische und soziale Faktoren im Maschinenparadigma miteinander in Verbindung zu bringen. Zudem entstand in der Geschichte der Medizin ein Dualismus, welcher zu einer somatischen bzw. psychischen Medizin führte, wobei die eine einen Körper ohne Seele, die andere eine Seele ohne Körper behandelte, sodass die gleichen Symptome eines Patienten - je nach vorherrschendem Modell - zu unterschiedlichen Diagnosen und damit zu verschiedenen Therapien führen.⁶⁵

Dabei wird allerdings auch der Begriff der Diagnose sehr eng ausgelegt im Sinne einer Zuordnung zu einem konkreten Krankheitsgeschehen, inklusive einer Klassifikation.⁶⁶ Die in diesem Paradigma implizierte Vorstellung geht davon aus, dass zunächst eine Diagnose erstellt werden muss - ein Erkennen erfolgt -, und aufgrund dessen die Therapie - also eine Handlung. Es fragt sich hierbei, ob ein Erkennen ohne Handeln überhaupt möglich ist, und nicht bereits die erste Zuwendung des Arztes - so wie jede weitere Arzt-Patient Interaktion - nicht bereits eine Handlung vor dem Erkennen darstellt. Diagnose darf daher nicht als ausschließlicher Integrations- und Ordnungsbegriff verwendet werden, welcher zeitlich vor die Therapie gesetzt wird, sondern als die Summe der Erkenntnis über den Patienten. Notwendig ist hierzu die strikte Trennung zwischen Diagnostik und Therapeutik auf zu heben und durch einen kreisförmigen Prozess zu ersetzen.⁶⁷

Die naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin führte dazu, dass der Patient zum Objekt gemacht wird. Obwohl Freuds Triebbegriff und dessen Regelkreis als erstes

⁶⁵ Uexküll, T. v. (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; S. 1-5

⁶⁶ verwendet wird dabei der ICD-10 - auch von der Krankenkasse vorgeschrieben -, bzw. DSM-IV; führt zu einem weiterem Dilemma: keine Therapie ohne Diagnose!

⁶⁷ Uexküll, T. v. (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; S. 24/25

psychosomatisches Modell angesehen wird und damit einhergehend nicht nur das Behandeln, sondern auch das Sprechen zu einer diagnostischen und therapeutischen Aufgabe in der Medizin wurde, löste es nicht das Leib-Seele Problem, da es den entstandenen körperlichen Schaden nicht erklären, und keine Verbindung und deren Beziehung auf der physiologischen, psychischen und sozialen Ebene ermöglicht.⁶⁸

Die Psychosomatik versucht *die Einführung des Menschen als Subjekt in die Medizin* herbei zu führen und den Menschen in seiner Ganzheit zu betrachten, ihn nicht in Einzeldiagnosen, Schemata und Symptome zu unterteilt. Dabei steht sie vor dem Problem, dass sie die somatische als auch die psychologische Medizin, welche ihre je eigenen Modelle besitzen, die verschiedene Ausschnitte eines Gesamtgeschehens erfassen, vereinigen muss, wobei durch eine einfache Addition dies nicht gelingt. Erst die Einordnung der Einzeldiagnosen in eine Gesamtdiagnose, die zusätzlich danach fragt welche Faktoren sich wie und mit welcher Intensität sich gegenseitig beeinflussen und beim jeweiligen individuellen Menschen welches Gewicht besitzen, ermöglicht eine erste Synthese. Im Gegensatz zur Spezialisierung und Differenzierung der Medizin - aber auch anderer Berufsgruppen - muss der Mensch unter dem Aspekt der Einheit und dessen Veränderbarkeit betrachtet werden. Dazu gehört eine Offenheit und auch Unabgeschlossenheit, wobei man selbst dazu bereit sein muss sein Bild vom Menschen und von sich selbst zu verändern. Gerade in einer Gesellschaft, die durch ihre Spezialisierung und Differenzierung zu einer Alexythemie und pensée opératoire führt oder davon geprägt ist, ist die Rolle, welche die individuell erlebte Wirklichkeit spielt von Bedeutung für Gesundsein und Kranksein.⁶⁹

Obwohl Freud selbst keine Theorie zur Psychosomatik geliefert hat ist seine Phasenlehre noch bis heute grundlegend für die meisten psychosomatischen Theorien, speziell sein Konversionsmodell und seine Unterscheidung zwischen Psychoneurosen und Aktualneurosen. Im allgemeinen wird allerdings Groddecks Ansatz, welcher sich stark an Freud anlehnt, als Beginn der Psychosomatik gesehen. War in den USA und Westeuropa zunächst ein starker psychoanalytischer Einfluss in der Theorienbildung bemerkbar (z. B. Alexander, Mitscherlich, Weizsäcker, etc.), in Osteuropa hingegen ein von Pawlow beeinflusster Trend, so stießen ab den 1970er Jahren auch Strömungen der Verhaltensmedizin (*Behaviorale Medicine*) hinzu und führten bis heute zu einer breiter

⁶⁸ Uexküll, T. v. (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; S. 25

⁶⁹ Uexküll, T. von: *Psychosomatische Medizin*; S. XXV-XXVIII

aufgefächerten Forschung und Theorieentwicklung, wobei der Freud'sche Einfluss bemerkbar blieb.⁷⁰

Die Psychosomatik ist seit einigen Jahrzehnten ein eigenes medizinisches Fach⁷¹, dessen Betrachtungsweise komplementär zur somatischen ist, d. h. sie ersetzt diese nicht, sondern ergänzt sie, indem sie v. a. individualbiologische Faktoren berücksichtigt. Dabei werden bei unterschiedlichen Erkrankungen somatische bzw. psychische Faktoren unterschiedlich gewichtet. Allerdings beschreibt sie keine einzelnen Krankheitsbilder, sondern sie gilt als ein interdisziplinäres Fachgebiet, welches heute translational wird, indem molekularbiologische, neuroimmunologische, bildgebende und klinische Studien, sozialwissenschaftliche und komplementärwissenschaftliche Ergebnisse berücksichtigt werden. Sie lässt sich dabei auf vier Ebenen unterscheiden, nämlich der theoretisch-philosophischen Ebene („condition humana“), welche um das Leib-Seele Problem kreist und sich mit theoretischen Fragen zu psychosomatischen Symptombildungen beschäftigt (Anlage-Erziehung, Person-Umwelt); der ärztlich-klinischen Grundhaltung („Hausarztmodell“), welche die Prägung des Patienten nicht ausschließlich in dessen somatischen Befunden sieht, sondern v. a. in seinem psychosozialen Kontext; die dritte Ebene beschäftigt sich mit der Frage, welche sozialen und psychischen Faktoren eine körperlich auftretende Erkrankung ausgelöst bzw. mit beeinflusst haben wobei hierbei zahlreiche Zusammenhänge feststellbar sind; die letzte Ebene beschäftigt sich mit den psychischen Vorgängen, welche bei Störungsbildern auftreten. Die Differenzierung der Moderne, d. h. die Trennung zwischen einer „verstehenden“ Wissenschaft (Psychologie) und einer „erklärenden“ (Naturwissenschaft, Medizin) führt hierbei in der Postmoderne des 21. Jahrhunderts zu einer integrativen Medizin, einer Integration von Geist, Verstand, Körper und Umwelt. Vor allem die Erkenntnis, dass die individuelle Krankheitsbewältigung (Verleugnung, non-compliance, Depression, Angst, verstärkte Selbstbeschäftigung, etc.) großen Einfluss hat führte zu einer veränderten Sichtweise, sodass nicht eine Ursache für eine Erkrankung und dessen Verlauf angesehen wird, sondern eine Reihe von Risikofaktoren, wodurch sich Auswirkungen auf die Behandlung ergeben. Dabei hängt das Verständnis psychosomatischer Symptome stark von der Theorie ab, wodurch sich durch die Änderung der theoretischen Vorannahmen auch die Befunderhebung und das Behandlungskonzept ändert. Die bekanntesten Erklärungsmodelle sind das

⁷⁰ Köhler, Th.: *Psychosomatische Krankheiten - Eine Einführung in die Allgemeine und Spezielle Psychosomatische Medizin*; S. 18/19

⁷¹ in der BRD

Konversionsmodell von Freud, die De-Resomatisierung von Schur, die Spezifitätsthese von Alexander, die Theorie nach Engel und Schmale, sowie die Alexithymie nach Marty.⁷² Die derzeit maßgeblichen Richtungen sind das Stressmodell, lerntheoretische Konzepte und das biopsychosoziale Modell:⁷³

- Lerntheorie nach Seligman: Körperliche Vorgänge können erklärt werden aufgrund einer Konditionierung bestimmter Lernvorgänge. Bei Erkrankungen oder Störungen handelt es sich in diesem Sinne um fehlgeleitete Lern- und Konditionierungsvorgänge (z. B. erlernte Hilflosigkeit, Verstärkerverlust, ect.). Der Betroffene gerät in einen Teufelskreislauf, da die gemachten Erfahrungen früherer Situationen und die damit zusammenhängenden beeinflussenden Faktoren als nicht veränderbar wahrgenommen wurden, werden diese auch in aktuellen Situationen so empfunden.
- Stresstheorie nach Selye: Das innere Gleichgewicht (Homöostase) wird durch körperliche, psychische und Umgebungsfaktoren in Stresssituationen gestört, wodurch ein Adaptionssyndrom aktiviert wird. Hierbei erfolgt zunächst eine Alarmreaktion (Sympathikusaktivität), schließlich eine Widerstandsphase, letztendlich eine Erschöpfungsphase. Ergebnis ist eine psychosomatische Erkrankung, schlimmstenfalls der Tod des Organismus. Weiterführend von diesem klassischen Modell der Stresstheorie beschreibt das Allostasemodell einen Organismus, welcher einen homöostatischen Zustand unter Dauerstress zustrebt. Dabei steigert sich zunächst die Leistungsfähigkeit bis zu einem Akkumulationspunkt, einem kritischen Punkt, an dem die Belastung zu hoch wird und folglich die Leistung abfällt - wiederum bis zum Niedergang des Systems. Interessant und Gegenstand der derzeitigen Forschung ist dabei der „allostatische Load“. Dieser sind die gesamten biologischen und psychischen Faktoren, welche die Homöostase belasten bzw. schädigen, wobei alle Variablen und Syndrome berücksichtigt werden können.
- Situationskreis nach Uexküll: Das biopsychosoziale Modell von Uexküll (Situationeskreis) gilt sowohl für Gesundheit, als auch Krankheit, und berücksichtigt, dass jedes Individuum innerhalb eines spezifischen Kontexts auf seine Art nach Problemlösungen sucht. Es besteht aus einem rezeptiven und einem effektorischen Anteil. Das bedeutet: jeder Mensch kann bei der Wahrnehmung einer Situation innerlich Verhaltensweisen testen und probieren (rezeptiver Anteil), danach erst erfolgt eine bestimmte Handlung oder Verhalten in der äußeren Welt (effektorischer Anteil).

⁷² Brunnhuber, S.: *Psychosomatik*; S. 389-393; in: Lieb, K.; Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*; S. 389-393

⁷³ Brunnhuber, S.: *Psychosomatik*; S. 390-392

Der somatische Mediziner kann zwar durchaus auch ein Einfühlungsvermögen besitzen, aufgrund einer Intuition und der Beschäftigung mit psychologischen Aspekten, allerdings fehlt ihm die bewusste Auseinandersetzung und ein umfassendes Theoriegebäude. Er vermeint vielleicht die Persönlichkeit des Patienten, dessen soziale und die zwischenmenschliche Situation zu berücksichtigen, allerdings fehlt ihm das fachliche Wissen, um dieses Material und dessen Wechselwirkung im Gesamtgeschehen zu erfassen und zu verstehen. Zusätzlich entsteht eine psychosomatische Medizin nicht einfach aufgrund einer Addition, einer Synthese von somatischer und psychologischer Medizin. Notwendig ist eine aktive Erarbeitung des Tätigkeitsbildes.⁷⁴

Dieses beruht auf drei Voraussetzungen:⁷⁵

1. medizinisch-psychologisches Wissen, um zu erkennen, welche psychischen und sozialen Daten in Beziehung zu den somatischen stehen und welche Bedeutung besitzen
2. Technik der Datenerhebung bzw. Anamnese: Grundlage, um die Daten überhaupt erheben zu können (=Interviewtechnik)
3. Aufbau einer Vertrauensbeziehung (=Arbeitsbündnis): vom ersten Kontakt an muss eine Vertrauensbeziehung hergestellt werden, da selbst bei hervorragender Kenntnis und Anwendung von Punkt 1 und 2 diese nutzlos sind, wenn kein Vertrauensverhältnis besteht.

Die Technik der Datenerhebung soll sowohl die unpersönlichen, objektiven Daten, als auch die persönlichen-subjektiven erheben verhelfen, wobei weder ein stures beharren eines Interviewleitfadens, noch ein rein intellektuelles Verstehen zu einem erfolgreichem Handeln führen. Dafür muss außer einer fundierten fachlichen Kenntniss auch die Fertigkeit bestehen, den Einfluss der eigenen Reaktionen, Empfindungen und Gedanken auf die Beziehung zu beobachten, d. h. diese müssen wahrgenommen und verstanden werden.⁷⁶

⁷⁴ Adler, R.: *Der Kliniker als Psychosomatiker*, S. 398-400; in: Uexküll, T. von (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; S. 398-405

⁷⁵ Adler, R.: *Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin*; S. 184; in: Uexküll, T. von (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; S. 184-200

⁷⁶ Adler, R.: *Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin*; S. 185; in: Uexküll, T. von (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; S. 184-200

Die Interviewtechnik besitzt in diesem Programm nicht ausschließlich diagnostischen Charakter, sondern zugleich einen therapeutischen, und bei jedem Kontakt mit dem Patienten wird an der zwischenmenschlichen Beziehung (Arbeitsbündnis) gearbeitet. Hierbei kann das Argument des Zeitmangels nicht angeführt werden, da der Patient aktiv mit einbezogen werden soll, indem ihm offene Fragen über seinen derzeitigen Zustand, aber auch Wünsche und Befürchtungen gestellt werden, sowie die somatischen Diagnosen und das weitere Vorgehen mit ihm besprochen wird. So erlebt er sich nicht als Objekt, ein Gegenstand, über den entschieden wird, sondern wird mit einbezogen. Allerdings sieht die Psychosomatik, v. a. aufgrund seiner zumeist psychodynamisch geprägten Ausrichtung, die Grenzen in der Persönlichkeit des Patienten, d. h. hier bestehen aufgrund von Persönlichkeitszügen begünstigende oder einschränkende Faktoren der psychosomatischen Medizin.⁷⁷

5. Die Kunst des Zuhörens

Obwohl die Psychosomatik das Personsein wieder in die Medizin etablieren will, die Begriffe der Diagnose und Therapie erweitert und sowohl psychische, als auch soziale Faktoren einfließen lässt, bleibt ihr Zugang zum Patienten behaftet auf einer funktionalen Ebene. Zwar bilden die Interviewtechnik und das ärztliche Gespräch, welche über eine Diagnosefindung hinaus gehen und bereits Teil der Therapie sind, kein Dogma, Grundlage bleibt aber die dahinter stehende Theorie und die erlernte Technik der Gesprächsführung (Interviewtechnik). Sie erweitert zwar den Bewusstseinsradius und betrachtet den Menschen nicht allein als ein physikalisch-chemisches Objekt, und betont den Einfluss eigener bewusster oder unbewusster Einstellungen gegenüber dem Anderen, der Zugang zu diesem ist aber eine rein professionelle, ein Arbeitsbündnis und bleibt der Idee einer effektiven Kommunikation behaftet.

Hier setzt unter anderem Fromms Kritik an, wenn er betont, dass der Umgang mit Menschen keine technische Fertigkeit ist, sondern eine Kunst.

Unter „Technik“ versteht man die Anwendung der Regeln einer Kunst auf Ihren Gegenstand...Das Technische wurde auf Regeln angewandt, die sich auf das Mechanische beziehen, also auf das, was nicht lebendig ist, während das passende Wort für das, was mit dem Lebendigem zu tun hat, „Kunst“ ist.⁷⁸

⁷⁷ Adler, R.: *Der Kliniker als Psychosomatiker*, S. 400-401; in: Uexküll, T. von (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; S. 398-405 S. 400-401

⁷⁸ Fromm, E.: *Von der Kunst des Zuhörens - Therapeutische Aspekte der Psychoanalyse*; S. 225

Die Regeln und Normen der „Kunst des Zuhörens“ wie sie Fromm für die Psychoanalyse aufstellte, haben durchaus auch ihren Geltungsbereich für andere zwischenmenschliche Bereiche, insbesondere in der psychosozialen Betreuung. Diese sind:⁷⁹

- Grundlage ist, dass sich der Zuhörer ganz auf das Zuhören konzentriert
- nichts darf ihm dabei wichtiger sein und er muss frei von Ängsten und Gier sein
- dafür muss er ein freies Vorstellungsvermögen haben, welches allerdings so konkret ist, dass er es in Worte fassen kann
- zudem muss eine Empathiefähigkeit vorhanden sein und so stark sein, die Gefühle des anderen zu spüren, als wären es die eigenen
- die Empathiefähigkeit setzt die Fähigkeit zu Lieben voraus.

Diese Liebe, von der Fromm spricht, ist keine erotische, sondern eine, welche es dem anderen ermöglicht sich selbst zu verlieren und seine Angst zu überwinden. Verstehen und diese Liebe gehören untrennbar miteinander verbunden, da es ohne der Liebe zu einem rein verstandesmäßigem Prozess kommt, welcher die dahinter liegenden Gefühle und Gedanken nicht ergründen kann. Im gesamten Prozess - bei Fromm natürlich der psychoanalytische - liegt das Ziel im Verstehen und um ein Bewusst machen unbewusster Gefühle und Gedanken. Dabei geht es nicht um „die Wahrheit“. Der Patient soll dies mitteilen, was ihm möglich ist und kann dabei durch aus auch Dinge verschweigen und mitteilen, dass er über manches nicht sprechen kann oder will. Die Haltung des Zuhörers soll dabei gekennzeichnet sein von einer Offenheit, wobei an ihn gestellte Fragen auch beantwortet werden sollen, insoweit es öffentlich zugängliche Informationen (z. B. Alter, Ausbildung, etc.) sind, weitergehende, persönliche allerdings nur insoweit der Patient begründen kann, weshalb diese Information von Bedeutung ist und ein berechtigtes Interesse daran besteht, oder nur Ausdruck eines Widerstands ist. Trotzdem darf der Zuhörer niemals Lügen oder den Versuch machen zu beeindrucken und zu gefallen. Des weiteren soll er direkt sein, um das Gespräch nicht absinken zu lassen zu small-talk oder einer leichten Unterhaltung. Entscheidend dafür ist, dass er selbst eine Ausgeglichenheit besitzt und bereits - und weiterhin - an sich selbst arbeitet.⁸⁰

Gerade in der Psychotherapie wird der Beziehung eine besondere Bedeutung zugemessen. Insbesondere in der Psychoanalyse war und ist sie von großer Bedeutung

⁷⁹ Fromm, E.: *Von der Kunst des Zuhörens*; S. 225/226

⁸⁰ Fromm, E.: *Von der Kunst des Zuhörens*; S. 226

und wird dort systematisch genutzt, wobei dies mittlerweile auch in anderen Schulen der Fall ist. Dabei stützt sich der therapeutische Prozess auf regelhafte Übertragungskonstellationen, sodass der Therapeut bei älteren Patienten bewusst oder unbewusst in eine Elternrolle schlüpft. Dies ist insofern möglich, da im Normalfall der Therapeut gleich alt oder älter ist, wohingegen es bei über 60-jährigen Klienten zu einer umgekehrten Übertragungskonstellation kommt, also eine Kind- oder Enkelkindposition eingenommen wird, wodurch die Beziehungskonstellation verändert ist. Dies kann zur Wiederbelebung eigener - vom Therapeuten - Ängste, Erwartungen, Einstellungen und Wünsche führen. Zusätzlich erschweren fehlendes Wissen über die moralische, religiöse und sexuelle Sozialisation, sowie zeitgeschichtlicher Geschehnisse die Beziehung. Erst bei deutlich ausgeprägten - v. a. hirnrorganischen - Erkrankungen ist von Beginn an mit einer regelhaften Übertragung zu rechnen.⁸¹

Konkret lassen sich folgende Gegenübertragungsaspekte jüngerer Menschen gegenüber älteren nennen:⁸²

- Verhalten wird als Altersvariable begriffen und Symptome führen zur Sicht als schwache hilfsbedürftige Eltern
- Abwehr eigener präödipler und ödipaler Wünsche, Sicht älterer als asexuelle Wesen
- Rache-, Revanche- und Schuldgefühle
- eigene Ängste vor Alter, Abhängigkeit und Hilflosigkeit („Gerontophobie“)
- unbewusste Wünsche nach idealen, verwöhnenden Eltern
- Teilidentifizierung mit (Enkel-)Kindern von Patienten; Distanzierung, Angst oder Wut im Kontakt
- intensive Hass- oder Verliebtheitsgefühle des Patienten
- Sehnsucht nach dem „weisen“ alten Menschen - jenseits libidinöser und aggressiver Triebimpulse
- Norm- und Gesetzgeber: Zielvorstellungen, Behandlungsrahmen, Verhaltensweisen in der Öffentlichkeit, Interessen, sexuelle Bedürfnisse, etc.
- Multimorbidität, Komorbidität, Polypathie: beeinflussen die Gegenübertragung und führt zu häufigem Aufmerksamkeitswechsel
- etc.

⁸¹ Radebold, H.: *Psychotherapie*; S. 299/300; in: Oswald, W. D.; Lehr, U.; Sieber, C.; Kornhuber, J. (Hg.): *Gerontologie - Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*; S. 296-301

⁸² Radebold, H.: *Psychotherapie*; S. 300

In der klassischen (somatischen) Medizin mit ihrer naturwissenschaftlichen Ausrichtung erfolgt allerdings die Interpretation eines Signals des anderen (nun ein Symptom), woraufhin der Arzt aufgrund seines Krankheitsmodells eine Diagnose erstellt und das weitere Vorgehen (Therapie) bestimmt. Dabei sucht und findet die Medizin die Probleme, insbesondere Kommunikationsprobleme, nur beim Anderen. Man muss sich dabei bewusst sein, dass Diagnosen Interpretationen sind, zahlreiche Fehlerquellen besitzen und wenig über den Menschen an sich aussagen.

Diagnosen, so sei betont, sind Interpretationen von Symptomen, welche Ausdruck eines Leids sind. Diese Interpretationen sind allerdings abhängig von der dahinter stehenden Theorie und dessen Paradigma. Zudem muss das Symptom als solches erst erkannt werden, bevor eine Interpretation erfolgen kann. Erfolgt dabei die Anpassung der Realität an die Theorie, ist nichts außerhalb dessen zu erkennen, schränkt den Blick auf den Menschen ein. Zudem hat eine strikte, lineare Vorgehensweise (Symptom-Diagnose-Therapie) oftmals zur Folge, dass späteres Verhalten zurückgeführt wird auf die Diagnose, d. h. auftretende Verhaltensweisen interpretiert werden aufgrund von zuvor aufgestellten Interpretationen eines vorhergehenden Verhaltens (bspw.: jemand verhält sich so, weil er eine Demenz hat).

6. Kritik am Standardparadigma

Kitwood, auf dessen Kritik näher eingegangen wird, beschäftigte sich mehrere Jahrzehnte mit älteren Menschen und deren Erkrankungen, v. a. dementiellen Krankheiten, wobei diese beispielhaft für alle Arten von Störungsbildern angesehen werden können, insbesondere deshalb, da bei ihm - auch von seinem humanpsychologischem Standpunkt aus - nicht Diagnosen im Mittelpunkt stehen, sondern die Förderung der Entwicklungspotentiale des einzelnen Menschen.

Die Kritik Kitwoods am Standardparadigma bezieht sich v. a. auf dessen enge Sichtweise und deren Folgen, wodurch einerseits ein negatives und deterministisches Bild von Demenz entsteht (Tod, der den Körper zurücklässt), andererseits die begleitenden sozialen und gesellschaftlichen Faktoren unberücksichtigt lässt. Die Zurückführung der emotionalen und geistigen Symptome ausschließlich auf die hirnorganische Erkrankung verleitet dazu, erfolgreiche Versorgung und Pflege direkt abhängig zu machen von medizinischen Erfolgen, d. h. ohne Durchbruch in der medizinischen-medikamentösen Therapie und Forschung hat man es mit hoffnungslosen Fällen zu tun (keine Heilung, keine Hoffnung, keine Hilfe), befreit damit sich selbst von Verantwortung gegenüber den Anderen, insoweit man sie durch füttert, wäscht und schlafen legt (aufbewahrt im Sinne

von Foucault). Die Vielfalt des Einzelnen, dessen Personsein und jeweiliger Hintergrund geht verloren, da die sozialen und zwischenmenschlichen Faktoren abgetrennt werden vom Krankheitsprozess, obwohl sie alle Teil des Gesamtprozesses sind. So wird abgelenkt von den Unzulänglichkeiten der sozialen Umwelt, der Kultur, Ökonomie, des medizinischen Systems, der allgemeinen Lebensweise, etc. obwohl gerade diese dazu beitragen oder helfen können die hirnorganisch bedingten Auswirkungen abzuschwächen bzw. zu lindern.⁸³

Zur Klärung bzw. Erläuterung des Begriffs maligne Sozialpsychologie, wie Kittwood diesen negativen, gesellschaftlichen Einfluss nennt, unternimmt er einen Rückblick auf die gesellschaftliche Entwicklung und bezeichnet dies als „problematisches Erbe“, wobei er sich vor allem auf Foucault bezieht und dessen Entwicklung von Institutionen. So entstanden ab etwa dem 17. Jahrhundert für gesellschaftliche Außenseiter (Bettler, Landstreicher, Verrückte, Behinderte, Kranke, etc.) Bewahranstalten, um eine Ordnung in die entstehenden Staaten zu bringen. Er streicht heraus, dass es zunächst darum ging Menschen, die als moralisch unzulänglich galten oder an denen ein angeborener Mangel gesehen wurde weg zu sperren, förmlich die Straßen von ihnen zu reinigen und sie in die entstehenden Institutionen (Spitäler, Gefängnisse, aber auch Schulen, etc.) zu stecken, zu verwahren. Ab dem Ende des 19. Jahrhunderts trat dahingehend eine Änderung ein, da für viele Krankheiten eine organopathologische Ursache gefunden wurde, wofür er als Beispiel die Syphilis anführt. D. h. ein Zusammenhang zwischen einer Geisteskrankheit, welche eine organische Ursache hat, wurde anerkannt, und nicht mehr über moralische oder religiöse Unzulänglichkeiten erklärt. Freud erweiterte diese Sichtweise, indem er postulierte, dass auch unbewusste geistige Prozesse Ursache einer Erkrankung sein können. Allerdings änderte dies nicht viel am Zugang zu diesen Menschen, sondern verstärkte noch mehr die Konzentration auf die Naturwissenschaft. Vor allem im medizinischen Bereich wuchs der Glaube daran, und die Lösung von demnach biologischen Problemen sei über Medikamente und technische Interventionen möglich. Eine direkte Folge ist eine medikamentöse Kontrolle von Verhalten, und - durch den Einfluss des Kapitalismus und dessen Ideen der Marktkräfte, welche im Humanbereich keine Gültigkeit besitzen können - zur Kostenreduktion. Innerhalb diesen Rahmens, also der eng gefassten medizinischen Sichtweise - der Konzentration auf biologische, neurologische Prozesse - und aufgrund ökonomischer „Zwänge“, unterbleibt die Vorstellung, dass das psychosoziale Umfeld Einfluss ausübt auf Gesundsein und

⁸³ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 63-69

Kranksein. Es unterbleibt daher auch die Frage danach, was der Mensch braucht und welche Bedürfnisse er hat, mit Ausnahme nach den richtigen Medikamenten - respektive Therapien - und dem Stillen der Grundbedürfnisse. Logische Konsequenz ist, dass die Interaktion zwischen Arzt-Patient, aber auch Pflegeperson-Patient extrem kurz und oberflächlich ist.⁸⁴

Gesundsein wird definiert als Gegensatz zu Kranksein, genauer gesagt als ein physisch und psychisch funktionierender Organismus. Krank ist wer nicht in das Standardparadigma passt, und wird dabei reduziert auf die Krankheit. Die Vorstellung, dass auch ein kranker Mensch das Bedürfnis nach Liebe und Zuneigung, nach menschlicher Nähe und Zärtlichkeit hat, unterbleibt, da der Wunsch des Kranken nur darauf beschränkt sein kann wieder gesund zu werden. Der Kranke - insbesondere der demente Mensch - ist unfähig etwas zu tun, da er krank ist, und wird zur Unfähigkeit gezwungen. Anstatt Ressourcen zu fördern, die zugleich das Personsein aufrecht erhalten und das Selbstvertrauen stärken, Kraft geben, werden die Menschen zu Tode gepflegt.

Kitwood kritisiert die Ansicht, dass Demenz ausschließlich gesehen wird als eine organisch bedingte psychische Erkrankung, und dass durch diesen eng gefassten Begriff wichtigere Themen außer acht gelassen werden. Das dem zugrunde liegende medizinische Modell bezeichnet er als „Standardparadigma“. Er weist zudem darauf hin, dass bekannt ist, dass auch das Gehirn kein statisches Organ ist mit starren Strukturen, sondern sich an Anforderungen durch die Umgebung anpassen kann, d. h. die Fähigkeit der Adaption besitzt und dynamisch ist. Er betont, dass daher durch die Nutzung der eigenen Kreativität außer der Befriedigung der Grundbedürfnisse neue Formen der Kommunikation möglich sind und zu einem besseren Verständnis von Menschen, selbst bei einer weit fortgeschrittenen Demenz, führt und eine beidseitige fruchtbare Interaktion ermöglicht. Betrachtet man Demenz allerdings im Rahmen des Standardparadigmas, als einen Tod, welcher den Körper zurücklässt, wird die persönliche Wesenheit vernachlässigt und das Personsein untergraben. Diese Zugangsweise nennt er „maligne, bösartige Sozialpsychologie“. Dabei kann bereits durch Empathie, Beobachtungsgabe und durch Authentizität im Kontakt der Versuch unternommen werden, den Standpunkt der dementen Person ein zu nehmen und zu einer Steigerung deren Wohlbefindens führen. Dies auch deshalb, da er aufdeckte, dass einige Symptome nicht die Folge der hirnorganischen Erkrankung sind, sondern hervorgerufen werden durch den Zugang auf diese Menschen. Das Standardparadigma lässt nicht den Menschen zu, der eine

⁸⁴ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 69-79

Krankheit, ein Leiden hat, sondern sieht nur die Erkrankung, die es zu bekämpfen gilt und alle Handlungen des Patienten, sein Verhalten als Ausdruck eben jener Krankheit. Erst ein Zugang, ein Kontakt, welcher von einer Seinsweise geprägt ist, die übertriebene Geschäftigkeit und Hyperkognition herausnimmt und Emotionen und Gefühle zulässt ermöglicht ein Personsein, kein Kranksein. Den Emotionen und Gefühlen muss mehr Raum gegeben werden und eine intensive Auseinandersetzung mit ihnen stattfinden, die zwar hohe emotionale Anforderungen stellt und zur Konfrontation eigener - unbewusster - Ängste und Formen der Abwehr führt, dafür aber positive Auswirkungen auf beiden Seiten hat. Den Betroffenen, die durch die Erkrankung ein intensiveres Erleben der Emotionen haben, welches durch den Verlust der kognitiven Fähigkeiten ohne die üblichen Hemmungen stattfindet, kann dadurch auf Augenhöhe begegnet werden, die Subjektivität der Demenz verstanden und das Personsein erhalten bleiben. Diese Art der Begegnung, d. h. eine subjektiv geprägte, v. a. auf einer emotionalen Ebene stattfindende, kann Aspekte des neurologischen Verfalls kompensieren. Dabei legt er Wert auf moralische Aspekte und betont, dass man offen sein muss auch dafür, sich auf diese Begegnung einzulassen, sich zu konfrontieren mit den eigenen Ängsten und über sich selbst zu lernen.⁸⁵

Kitwood erstellte aufgrund seiner Untersuchungen 17 Punkte der Malignität:⁸⁶

- Betrug: Ablenkung, Täuschung, Zwang, Manipulation
- Verurteilung zur Machtlosigkeit: nicht Nutzung vorhandener Fähigkeiten, Unterlassung von Hilfe um etwas ab zu schließen
- Infantilisierung: autoritär als kleines Kind behandeln
- Einschüchterung: Hervorufung von Angst oder Furcht durch - Androhung - von körperlicher Gewalt
- Etikettierung: Hauptgrundlage der Interaktion mit der Person bzw. Interpretation dessen Verhaltens durch Einsatz von Kategorien wie Demenz u. ä.
- Stigmatisierung: Behandlung des Anderen als ein Objekt, Ausgestoßener, etc.
- Überholen: Information und Alternativen liefern, jedoch in einem Tempo, dass den Anderen überfordert bzw. unter Druck setzt
- Entwertung: nicht Anerkennung der subjektiven Realität und Gefühlswelt
- Verbannung: den anderen körperlich oder seelisch ausschließen

⁸⁵ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 17-24

⁸⁶ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 75/76

- Erklärung zum Objekt: den Anderen wie ein Stück Materie behandeln, ohne auf ihn und dessen Gefühle Bezug zu nehmen
- Ignorierung: über den Anderen in dessen Anwesenheit sprechen, als sei er nicht vorhanden
- Zwang: Druck ausüben zu einer Handlung, ohne auf Wünsche des Betroffenen eingehen bzw. Wahlmöglichkeiten verweigern
- Vorenthaltung: Verweigerung erbetener Information bzw. die Befriedigung von Bedürfnissen
- Anklagung: Vorwerfen einer Handlung oder der Unterlassung einer Handlung, aufgrund fehlender Fähigkeit
- Unterbrechung: in Handlungen oder Überlegungen in störender Weise eingreifen
- Lästern: sich lustig bzw. Witze machen über das Verhalten oder Äußerungen einer Person
- Herabwürdigung: die Selbstachtung erniedrigen, durch Botschaften wie der Betroffene sei nutzlos, wertlos, etc.

Worauf Kitwood vor allem hinweist ist die Beteiligung von gesellschaftlichen und sozialpsychologischen Aspekten, die am Erhalt oder Untergraben des Personsein beteiligt sind und deren Missachtung im Standardparadigma, d. h. der Konzentration auf die hirnganischen, chemisch-physikalischen Prozesse, welche wiederum Auswirkungen auf den Zugang, die Betreuung und Pflege der Menschen hat. Er bringt als positive Beispiele des veränderten Zugangs und Umgangs von Menschen mit Demenz das Realitätsorientierungstraining, die Validation von Naomie Feil, Biografiearbeit und das Konzept der basalen Stimulation, welche gemeinsam haben, dass die Gefühle und Emotionen der Betroffenen, deren Äußerungen und Verhalten eine größere Bedeutung besitzen und ernst genommen werden, um eine Aktivierung der verbliebenen Ressourcen zu ermöglichen. Eine insgesamt integritätsfördernde Pflege und Therapie führt zu einem gesteigertem Selbstvertrauen und erhöht das Wohlbefinden, verringert dafür Depression und Apathie. Die scheinbar objektiven naturwissenschaftlichen Forschungen, welche im Gegensatz zu den genannten Beispielen eindeutige Ergebnisse ihrer Studien liefern, übersehen, dass Faktoren auftreten können, die selbst in ihren Studien nicht berücksichtigt werden können und nur kleine Ausschnitte einer interpretierten Realität wieder spiegeln. Er betont den Unterschied in der Zugangsweise zum Menschen, dessen Erhalt als Person im Gegensatz zum Objekt machen in der Medizin und klassischen Psychologie und Pflege. Den Menschen muss dahingehend geholfen werden aktiv an

ihrem Schicksal teil zu nehmen, und es nicht passiv an zu nehmen, d. h. die ihnen verbliebenen Fähigkeiten und Ressourcen zu nutzen und sich nicht blind zu unterwerfen und als hoffnungsloser Fall abgelegt zu werden.⁸⁷

Diagnosen, so sei betont, sind Interpretationen von Symptomen, welche Ausdruck eines - physischen, psychischen und/oder sozialen - Leids sind. Diese Interpretationen sind allerdings abhängig von der dahinter stehenden Theorie und dessen Paradigma. Zudem muss das Symptom als solches erst erkannt werden, bevor eine Interpretation erfolgen kann. Erfolgt dabei die Anpassung der Realität an die Theorie, ist nichts außerhalb dessen zu erkennen, schränkt den Blick auf den Menschen ein. Zudem verhelfen einem diese Theorien nicht dazu den Einzelnen besser zu verstehen, in seiner jeweiligen eigenen Subjektivität, und einen Zugang zu diesem zu finden. Notwendig ist dazu v. a. auch eine philosophisch-ethische Auseinandersetzung mit dem eigenen Ich, um bewusste, aber auch unbewusste Einstellungen, welche den Zugang zum anderen beeinflussen, erkennen zu können.

6. 1 Nicht-direktive Beratung

Kitwoods Ausgangspunkt ist die klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers.

Seine Theorie stellt nicht ausschließlich eine psychotherapeutischen Methode da, sondern versucht einen Zugang zu allen zwischenmenschlichen Beziehungen zu finden. Daher bezeichnet er die psychotherapeutische Beziehung und Kommunikation nur als einen Spezialfall aller Beziehungen, weshalb sich deren Erkenntnisse verallgemeinern lassen und auch in anderen Bereichen anwendbar sind. Dementsprechend war er nicht ausschließlich als Therapeut tätig, sondern auch in anderen Tätigkeitsfeldern, wozu insbesondere die Pädagogik zu zählen ist. Einfluss auf ihn selbst übte in seiner Entwicklung nicht eine einzelne Theorie, sondern vielmehr unterschiedliches Gedankengut, welches von Freud, Otto Rank, Kurt Lewin bis hin zu Kirkegaard und Buber reicht, sowie in den letzten Jahren seines Lebens Aspekte des Zen-Buddhismus und Laotse, vor allem aber die praktische Tätigkeit. Wichtig für ihn war, Theorien auf der Grundlage von Erfahrungen zu bauen, und nicht umgekehrt durch vorgefasste Theorien die Erfahrungen an zu passen. Im Gegensatz zu anderen Strömungen steht bei ihm der Prozess, die Entwicklung der Persönlichkeit im Vordergrund, und nicht dessen Struktur. Zudem spielt vor allem die Einstellung des Therapeuten eine wesentliche Rolle, und Theorien, Hypothesen und Konzepte werden ständig weiterentwickelt, wobei ein großes

⁸⁷ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 85-105

Interesse an philosophischen Folgerungen besteht, wohingegen nie eine starke Orientierung an den medizinischen Denkmodellen bestand.⁸⁸

Bei diesem ganzheitlichem Ansatz werden nicht die Probleme in den Mittelpunkt gerückt, sondern die ganze Person; von Bedeutung ist nicht die Behandlung oder Heilung eines Problems oder einer Störung, sondern die Herstellung einer Beziehung. Damit soll dem Klienten bzw. Patienten zu einer Persönlichkeitsentwicklung verholfen werden. Dazu ist Voraussetzung, dass der Therapeut kongruent und integriert in seiner eigenen Struktur und Beziehung ist, Wertschätzung empfindet, sowie eine positive Beachtung des anderen besitzt. Er soll in der Lage zu einem einfühlerischem Verstehen in den inneren Bezugsrahmen des anderen besitzen und dies auch vermitteln können. Wie auch bei allen anderen Therapierichtungen sind dabei grundlegende Fertigkeiten Empathie, Akzeptanz und Echtheit, besitzen allerdings eine besondere Bedeutung.

Die therapeutische Beziehung ist für Rogers ein Spezialfall aller Beziehungen, für welche allerdings die gleichen Gesetzmäßigkeiten gelten. Sie entsteht durch aktive und persönliche Anteilnahme, wobei vorgefasste Meinungen, Konzepte und Diagnosen die Gefahr bergen den anderen in ein Schema zu stecken und ihn nicht als Mensch, sondern als einen Fall zu betrachten, wodurch eine Veränderung erschwert wird und zusätzlich vieles - v. a. Verhaltensweisen - der Krankheit oder dem Alter zugeschrieben wird, und nicht angesehen wird als persönliche oder individuelle Ausdrucksart. Von Bedeutung ist es Vertrauen zu gewinnen, indem dem anderen das Gefühl vermittelt wird verstanden zu werden und als individuelle Person wahrgenommen zu werden. Gerade bei älteren Menschen muss dabei oft ein hoher Grad an Misstrauen überwunden, und das Gefühl, angenommen zu sein, gegeben werden, und zwar so, wie die Person ist, und nicht, wie man sie gerne hätte. Dabei stellt das Herstellen der Beziehung keine Technik da, sondern hängt ab von der Einstellung und Grundhaltung des Therapeuten und wie er diese vermitteln kann. Zielführend sind auch Kleingruppen oder andere Gesprächspartner mit geduldigen Zuhörern in einem geschützten Rahmen. Das Setting sollte an die Gegebenheiten und Möglichkeiten angepasst werden, das soziale Umfeld mit einbezogen und veränderte Sinneseindrücke beachtet werden.⁸⁹

Wesentlich für die hilfreiche Beziehung sind Empathie, Wertschätzung und Kongruenz. Letztere Grundhaltung bedeutet, dass der Therapeut sich nicht hinter einer Rolle versteckt, sondern er selbst ist und bleibt, und sich seiner Gefühle und Emotionen bewusst

⁸⁸ Rogers, C.: *Therapeut und Klient*, S. 19-22

⁸⁹ Gatterer, G; Croy, A.: *Psychotherapie im Alter - Ein Überblick*, S. 253-257; in: *Multiprofessionelle Altenbetreuung*; S. 239 - 270

ist. Er soll aber auch dazu in der Lage sein, diese dem Klienten zu zeigen. Allerdings stößt dies bei hochbetagten vor zahlreiche Probleme, da diese - in der Regel - um ein vielfaches älter sind und eine hohe Multimorbidität aufweisen, es daher leicht zu Gefühlen der Enttäuschung, Hilflosigkeit, Angst und ähnlichen kommen kann, welche dazu führen, dass sich der Therapeut hinter einer scheinbar professionellen Fassade verbirgt oder zurück zieht. Verstärkt muss er sich mit Themen wie Alter, Krankheit, Sterben und Tod, etc. auseinandersetzen und sich den eigenen Einstellungen dazu bewusst sein, ebenso, ob er Altern eher negativ assoziiert, also als einen Prozess sieht, der ausschließlich mit physischen und psychischem Abbau einhergeht, mit Verlusten, Einschränkungen, Defiziten, etc., oder doch auch die Möglichkeit nach Veränderung und Selbstverwirklichung bietet, d. h. Ressourcen und Kompetenzen vorhanden sind.⁹⁰

Empathie oder auch einführendes Verstehen ist ein Kernstück für den Aufbau der Beziehung. Es bedeutet die Welt mit den Augen des Klienten zu sehen, sich in dessen Gefühls-, Gedankens- und Erlebenswelt hinein zu versetzen und sein eigenes Ich für diesen Moment beiseite zu lassen, ohne dieses allerdings zu verlieren. Man ist bemüht die Dinge von dessen Standpunkt aus zu betrachten und zu sehen und ihm dadurch das Gefühl zu vermitteln, dass sich jemand für ihn und seine Welt interessiert und diese Sichtweise akzeptiert. Für eine hilfreiche, fördernde Beziehung ist dieses Wahrnehmen und Erahnen der Bedeutungen des Anderen die entscheidende Fähigkeit. Dabei handelt es sich um ein Einfühlen, nicht Mitfühlen der inneren Welt des Anderen.⁹¹

Als dritte Bedingung zum Aufbau einer hilfreichen Beziehung gilt für Rogers die Wertschätzung oder die nicht besitzergreifende Anteilnahme. Dies bedeutet, dass der Andere so akzeptiert werden soll, wie er ist, ohne zu werten oder zu bewerten; man nimmt ihn als einen wertvollen Menschen wahr. Diese Fähigkeit stößt bei alten und/oder verwirrten Menschen bzw. psychisch Kranken auf große Schwierigkeiten, da diese sich oftmals nicht so verhalten, wie es normalerweise von anderen erwartet wird. Trotzdem soll ihnen Raum gegeben werden dafür, da er davon ausgeht, dass dieses Verhalten Bedeutung für sie besitzt, ihre Art der Interaktion, Kommunikation darstellt - ihre Ausdrucksweise - und sie damit etwas sagen wollen. Zudem geht es in der Klientenzentrierten Psychotherapie nicht darum den Anderen an die Gesellschaft anzupassen, sondern ihm die Möglichkeit zu geben sich selbst zu erkennen und geeignete Verhaltensweisen zu finden. Die wertschätzende Haltung und das Akzeptieren des

⁹⁰ Gatterer, G; Croy, A.: *Psychotherapie im Alter - Ein Überblick*; S. 257/258

⁹¹ Gatterer, G; Croy, A.: *Psychotherapie im Alter - Ein Überblick*; S. 258

Anderen in seinem so sein ermöglicht es diesem das verloren gegangene Selbstwertgefühl wieder zu gewinnen, das Gefühl der Unterlegenheit und Unselbstständigkeit ab zu bauen, und sich selbst, seine Persönlichkeit und Identität an zu erkennen und damit weiter zu entwickeln.⁹²

Ausschlaggebend dafür, dass Menschen in einer zwischenmenschlichen Beziehung sich entwickeln können liegt für Rogers daran, dass sie in diese Begegnung Elemente einbringen, welche aus ihren persönlichen Einstellungen heraus kommen. Eine erfolgreiche oder förderliche Beziehung hängt vornehmlich nicht ab von der beruflichen Qualifikation, dem sachlichen Wissen, der Ausbildung, etc., sondern von der Beschaffenheit dieser persönlichen Begegnung. Diese bestimmt den Grad, inwieweit Entwicklungspotential freigesetzt und Wachstum gefördert wird. Sie ist wichtiger als Tests und Messverfahren, Aufzeichnungen und Theorien und bildet die Grundlage des Erfolges, der Entwicklung und Reifung. Dazu notwendig ist die Kongruenz (die Übereinstimmung mit sich selbst), die Empathie (das einfühlende Verstehen) und Wertschätzung bzw. positive Zuwendung, sowie das bedingungsfreie Akzeptieren. Allerdings ist es dazu notwendig, dass man nicht nur fühlt, was in einem selbst vorgeht, man sensibel dafür ist, welche Gefühlsströmungen im anderen vor sich gehen mögen, sondern auch ergründet, wie der andere einen selbst wahrnimmt und man sich so verhält, dass der andere unzweideutig erkennen kann, was man selbst in diese Beziehung einbringt, man durchschaubar ist. Dabei betont er, dass seine Hypothesen und Theorien kein verschultes Wissen oder gar Dogma darstellen, sondern stets etwas im Werden begriffenes sind, sich also weiterentwickeln, und stellt fest, dass bei verschiedenen Menschen - sowohl von Seite des Helfers, als auch der zu helfenden Person - verschiedene Methoden erfolgreich sind, weshalb gerade die eigene Kongruenz von besonderer Bedeutung ist. Einschränkend meint er, dass bei bestimmten psychiatrischen Erkrankungen aufgrund deren Symptomatik - er bringt hierbei v. a. das Beispiel der Schizophrenie - die Grundpositionen abgewandelt werden müssen. Zudem liegt seinen Ideen eine bestimmte Lebensauffassung oder Grundhaltung Menschen gegenüber zu Grunde, welche vorhanden sein muss. Dabei muss von Seiten des Betreuers eine Grundeinstellung vorhanden sein, welche die konstituierenden Elemente, die eine wachstumsfördernde Beziehung ausmachen, beinhaltet. Dazu soll ein Respekt gegenüber den Menschen vorhanden sein, der danach

⁹² Gatterer, G; Croy, A.: *Psychotherapie im Alter - Ein Überblick*; S. 259

trachtet die im Menschen schlummernden Fähigkeiten zu fördern. Er soll nicht als ein Objekt betrachten, sondern der Wert des einzelnen Individuums soll geschätzt werden.⁹³

Die Lebensauffassung, welche hierbei zugrunde liegt ist, dass jedem Menschen die Fähigkeit gegeben ist zu wachsen und sich zu entwickeln. Nach seiner Überzeugung sind auch die tiefsten Instinkte nicht Destruktiv, sondern dass den Menschen die Möglichkeit innewohnt zu einer Freiheit zu gelangen und sich selbst und ihre Natur zu entfalten, damit sie zu einer Ganzheit und einer integrierten Persönlichkeit gelangen. Sie sollen zu einer Autonomie gelangen und sich sozialisieren, wobei er damit keine Anpassung an die Gesellschaft meint, sondern ein Leben in Zusammenwirken mit sich selbst und mit anderen. Ziel ist es eine wahrhafte Person zu werden, welche frei ist von äußerer Kontrolle, hin zu einer Autonomie. Das breite Spektrum an Bedürfnissen soll nicht verdrängt oder verleugnet werden, sondern zu einer Ganzheit der Person führen, welche die Fähigkeit besitzt sich selbst zu lenken, zu wachsen und zu reifen. Er geht davon aus, dass das Selbstkonzept des eigenen Ich gebildet wird durch Wertvorstellungen die zum Teil von anderen übernommen wurden und einen rigiden, statischen Charakter besitzen. Diese introjizierten Wertvorstellungen können zu Widersprüchen mit den eigenen Erfahrungen stehen und zu einem Konflikt führen, da das Individuum nicht es selbst sein kann, sondern so, wie es sein soll oder muss, womit sein Erleben inkongruent wird. Die Wahrnehmung von sich selbst beeinflusst allerdings sein Verhalten und seine Wahrnehmung der Realität, wobei nicht alles ins Bewusstsein vordringt, jedoch leiblich erfahren wird. Phänomene, welche nicht in dieses Selbstkonzept passen werden verdrängt oder verleugnet, und die Widersprüche führen dazu, dass das rigide, statische Selbstbild verändert werden muss, um sie zu integrieren. Erst eine Lockerung dieses Selbstkonstrukts in eine fließende, flexible Gestalt macht es möglich, diese zuvor verdrängten oder geleugneten Erfahrungen in das Selbstkonzept auf zu nehmen und die Wahrnehmungsstruktur zu Reorganisieren, weshalb für ihn Therapie keine Reflexion oder nachdenken über das Selbst ist, sondern unmittelbares Erfahren des Selbst.⁹⁴

Die therapeutische Beziehung stellt eine besondere Form der Beziehung da, welche weder einer Eltern-Kind, Lehrer-Schüler, Arzt-Patienten-Beziehung oder ähnliches ähnelt, obwohl sie im Verlauf der Therapie zeitweise absichtlich oder unbewusst so strukturiert sein kann.⁹⁵

⁹³ Rogers, C.: *Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*; S. 211-223

⁹⁴ Rogers, C.: *Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*; S. 136-143

⁹⁵ Rogers, C.: *Die nicht-direktive Beratung*; S. 83, 84

Gekennzeichnet ist die Beziehung durch vier grundsätzliche Merkmale:⁹⁶

- Wärme, Interesse und Empfänglichkeit: der Berater oder Therapeut empfindet echtes Interesse am Anderen, akzeptiert ihn als Person und ist offen für dessen Bedürfnisse. So soll auch eine tiefere emotionelle Bindung ermöglicht werden, eine Gefühlsbeziehung, die allerdings fest umrissene Grenzen hat. Ihm ist zwar bewusst, dass er emotionell an der Beziehung beteiligt ist, schlüpft aber nicht in eine Rolle bzw. setzt bewusst Grenzen. Er bietet eine warmherzige Beziehung an, erzwingt sie aber nicht.
- Gewährenlassen von Gefühlen: in diesem Punkt unterscheidet sich die Beziehung erheblich von denen des Alltags. Alle Gefühle sollen und dürfen gewährt und ausgedrückt werden, ohne sie moralisch oder anderweitig zu werten.
- Setzen von Grenzen: obwohl alle Gefühle ausgedrückt werden dürfen, werden klar definierte Grenzen gesetzt. Diese beziehen sich beispielsweise auf das Einhalten festgesetzter Zeiten bzw. Dauer einer Beratung, aber auch Grenzen des Gefühlsausdrucks. So darf ein Kind bspw. eine Puppe zerstören, nicht jedoch Steine durch ein Fenster werfen. Die Grenzen müssen aber eindeutig sein, und dürfen nicht widersprüchlich sein.
- Fehlen von Druck und Zwang: der Klient wird nicht gesteuert, sondern ihm wird dazu verholpen sein Leben selbst in die Hand zu nehmen. Weder werden Ratschläge erteilt, noch Druck ausgeübt oder gar eigene Wünsche eingebracht. Geschaffen werden soll eine Basis, durch welche der Klient dazu befähigt wird er selbst zu sein und seine Abwehrmechanismen bzw. Überkompensation fallen zu lassen, so dass er seine Strukturen und Probleme erkennt. Er wird nicht geformt, sondern ihm wird durch das Anbieten der Beziehung ermöglicht zu wachsen und zu reifen.

Die so gestaltete Beziehung soll eine Kommunikation eröffnen, welche *wirkliche und wechselseitige Kommunikation in Gang bringt und aufrechterhält*⁹⁷ und *konstruktive Veränderungen der Persönlichkeit bewirken*.⁹⁸

Das Prozesskontinuum - bestehend aus sieben Stufen - beschreibt dabei die Entwicklung zu lernen auf das Innere zu hören und die zuvor verdrängten oder verborgenen Empfindungen nicht als Bedrohung zu sehen, sondern zu akzeptieren. Die Voraussetzung wird geschaffen sich weiter zu entwickeln durch die Wahrnehmung des

⁹⁶ Rogers, C.: *Die nicht-direktive Beratung*; S. 84-87

⁹⁷ Rogers, C.: *Entwicklung der Persönlichkeit*; S. 315

⁹⁸ Rogers, C.: *Der neue Mensch*; S. 33

eigenen selbst. Die größere Kongruenz ermöglicht ein sich offeneres Äußern und bietet die Freiheit zur Veränderung. Das rigide, statische Selbstkonstrukt wird aufgegeben zugunsten einer offenen und fließenden Gestalt. Die Welt ist nicht mehr etwas von außen bedrohendes, sondern wird selbst geschaffen, wobei einem bewusst ist, dass dies etwas vorläufiges, sich veränderndes ist, doch kann der Klient sich nun anderen unmittelbarer äußern und befindet sich in einem Entwicklungsprozess. Die siebente Stufe auf seiner Skala beschreibt dabei eine Leitvorstellung oder ein Ideal, in welchem das subjektive Bewusstsein des Erlebens gleichbedeutend ist mit dem Selbst des Menschen. Bezugspunkt bildet das im Augenblick erlebte, wobei der Mensch sich voll akzeptiert und auf sich selbst vertraut. Er geht dabei über seinen Verstand hinaus und die Bedeutung jeden Erlebens ist einzigartig. Dadurch, da er kongruent ist mit seinem Erleben, eröffnet sich ihm die Möglichkeit offen und frei zu kommunizieren und seine zwischenmenschlichen Beziehungen frei und aus sich selbst heraus zu gestalten.⁹⁹

6. 2 Philosophische Basis und dessen Erweiterung

Bereits erwähnt wurde der Einfluss der Philosophie Bubers auf Rogers, was sich auch in dessen Theorie bemerkbar macht. Da sich Kitwood explizit auf Buber bezieht, wird hier auf dessen Dialogphilosophie eingegangen und durch Gedankengut von Levinas erweitert. Bei Buber steht vor allem der Begriff des Zwischenmenschlichen im Mittelpunkt, sowie die Beziehungsebenen ich-du und ich-es.

Der Dialog als Form der Vermittlung oder Kommunikation hat eine lange Tradition und geht zurück bis auf Sokrates und Platon. Für Sokrates dient der Dialog dazu gemeinschaftlich heraus zu finden, *was dasjenige sei, worüber belehrt werden soll*.¹⁰⁰ Während des Gesprächs, im Prozess des Dialogs, wird Problematisiert; ein Problem nicht behandelt, sondern erklärt und eine Analyse der Wirklichkeit vollzogen, die eine Aussage und Erkenntnis darlegen soll. Wissen wird nicht dargestellt, sondern hinterfragt, im Gegensatz zu einem Monolog, bei welchem ein Wissender durch einen Vortrag sein Wissen, sein Bild von der Welt, vorträgt. Über den Dialog, der für Sokrates über ein Gespräch unter Freunden hinaus geht - hin zum logos - wird über Fragen versucht sich einer Objektivität an zu nähern durch vernünftige Begründung. Es geht ihm dabei nicht um das ich und du, sondern um eine möglichst objektive, vernunftgeleitete Philosophie eines

⁹⁹ Rogers, C.: *Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*; S. 32-40

¹⁰⁰ Bidlo, O.: *Martin Buber - Ein vergessener Klassiker der Kommunikationswissenschaft?*; S. 7

Themas, ähnlich wie bei Platon, der ebenfalls die Dialogform als Methode wählt, *...als eine direkte Unterhaltung von Seele zu Seele...*,¹⁰¹ wobei es ihm allerdings nicht um das Individuum geht, sondern um die allgemeine Menschennatur.¹⁰²

Von Bedeutung ist das offene Gespräch, der Dialog, die Begegnung zweier Menschen und deren inneren Haltung, nicht die Lehre. Diese echte Begegnung lässt sich nicht empirisch messen, auch nicht mit Worten erklären, sondern nur erlebt werden, d. h. es muss eine innere Bereitschaft, ein Wollen dazu vorhanden sein. Von zentraler Bedeutung sind hierbei die Begriffe ich-du, Begegnung und Zwischen.¹⁰³

Erst ein systematischer Blick, welcher die verschiedenen Differenzen (Alter, Geschlecht, Religion, Typen, Charaktere, etc.) berücksichtigt, kann den Menschen in seiner Gesamtheit erblicken, doch gerade deshalb nicht mit Absolutheit. Der Forscher (v. a. Philosoph) kann dabei sich zunächst nur auf sich selbst besinnen, so Buber *...da die Erkenntnis des Menschen...ihrem Wesen nach eine Selbstbesinnung*¹⁰⁴ ist. Die Unendlichkeit an unterschiedlichen Menschen schränkt allerdings das Verständnis des Menschen nicht ein. Die Ganzheit der Person - und darauf der Menschheit - kann nur erfolgen, wenn auch die Subjektivität des Betrachters mit einfließt und er *...in den Akt der Selbstbesinnung in Wirklichkeit ganz eingeht, es als Lebensakt vollzieht*.¹⁰⁵ Buber in seiner metaphorischen Sprache:

*Hier erkennt man nicht, wenn man am Strande bleibt und den schäumenden Wogen zusieht, man muss sich dran wagen, sich drein werfen, man muss schwimmen, wach und mit aller Kraft, und mag da sogar ein Augenblick kommen, wo man fast die Besinnung zu verlieren meint: so und nicht anders wird die anthropologische Besinnung geboren.*¹⁰⁶

Die Dialogphilosophie Bubers fokussiert die zwischenmenschliche Wechselwirkung und bietet eine sozialwissenschaftliche Sicht auf Kommunikation, wobei die face-to-face

¹⁰¹ Bidlo, O.: *Martin Buber - Ein vergessener Klassiker der Kommunikationswissenschaft?*; S. 8

¹⁰² Bidlo, O.: *Martin Buber - Ein vergessener Klassiker der Kommunikationswissenschaft?*; S. 6 ff

¹⁰³ Kopf, M.: *Kommunikation als Begegnung - Begegnungsphilosophische Grundlagen zwischenmenschlicher Kommunikation nach Martin Buber*; Diplomarbeit 2006 Kopf, M.: S. 36/37

¹⁰⁴ Buber, M.: *Das Problem des Menschen*; S. 19

¹⁰⁵ Buber, M.: *Das Problem des Menschen*; S. 20

¹⁰⁶ Buber, M.: *Das Problem des Menschen*; S. 20/21

Kommunikation im Mittelpunkt steht, da sich für Buber Kommunikation nur in Verbindung von zumindest zwei Personen abspielt, die sich unmittelbar gegenüber stehen - und zwar in einer bestimmten Situation, in ihrem Lebensumfeld. Es handelt sich um ein Modell, welches sich nicht in der reinen Informationsübertragung erschöpft, sondern darüber hinaus geht. Bewusstsein, Handeln und Verhalten stehen nicht jedes für sich alleine, sondern sind eingebunden und der gesamte Prozess der Verständigung ist am Prozess beteiligt, ohne dort stehen zu bleiben.¹⁰⁷

Für Buber existiert ein zweifaches in der Welt sein, in den Grundworten ich-du und ich-es ausgedrückt, in welchen sich auch eine Haltung des in der Welt sein äußert. Menschwerdung vollzieht sich dabei nur in der ich-du Beziehung, wobei Erkenntnis nicht innerhalb eines ich liegt, sondern zwischen den Subjekten. Das ich alleine kann nicht interagieren, sondern entsteht erst durch die Interaktion mit einem anderen, wird dadurch erst geschaffen. Diesen Bereich der Gegenseitigkeit, der Menschwerdung, bezeichnet er späterhin als das Zwischenmenschliche. Im Zentrum der Dialogphilosophie stehen letztendlich diese Prozesse, welche sich zwischen den Subjekten abspielen.¹⁰⁸

Levinas geht über Buber hinaus, vor allem, da er ein asymmetrisches Verantwortungsbedürfnis erkennt. Seine Ideen sind beeinflusst vom dialogischen Denken, als dessen größte Vertreter neben Buber Ferdinand Ebner und Franz Rosenzweig gelten. Was Levinas bei Buber hoch schätzt ist dessen Betonung der Einzigartigkeit jedes Menschen, sowie der hohe Stellenwert der Beziehung. Zu Grunde liegt hier die Kritik, dass der Zugang zum anderen Menschen gesucht wurde über die Erkenntnis, nicht aber in der Begegnung. Hochgehalten wurde das eigene Bewusstsein, und nicht das Menschsein mit anderen. Die Bedeutung von Vernunft und Erkenntnis bleibt zwar bestehen, doch Beziehung wird dadurch nicht konstituiert, sondern durch die Begegnung von Angesicht zu Angesicht. Einer ontologischen Ordnung geht eine sinnliche voraus.¹⁰⁹

Für Buber ist der Mensch ein gemeinschaftlich und kommunikativ ausgerichtetes Wesen, Geschöpf, welches durch die Beziehung mit den anderen Menschen sein ich herausarbeitet, sich durch die Begegnung verändert, die Einfluss ausübt auf ihn. Er geht damit über den symbolischen Interaktionismus Meads und die Universalpragmatik Habermas' hinaus. Der Mensch bedient sich nicht bloß der Kommunikation, sondern entsteht durch diese in der Begegnung, dem in Kontakt treten mit den anderen. Das

¹⁰⁷ Bidlo, O.: *Martin Buber - Ein vergessener Klassiker der Kommunikationswissenschaft?*; 108 ff

¹⁰⁸ Bidlo, O.: S. 13 ff

¹⁰⁹ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 24-26

Grundwort ich-du ermöglicht es ihm das zwischenmenschliche Phänomen zu erleben und die Sphäre der ich-es Beziehung zu verlassen. Kommunikation ist nicht ein Mittel zum Zweck, sondern zum Selbst. Nicht die Durchsetzung von eigenen Zielen und Interessen ist von Bedeutung, sondern die echte Begegnung.¹¹⁰

Die Begegnung, von der Buber spricht, beinhaltet Offenheit, Zärtlichkeit, Präsenz und ein da-sein, gegenwärtig-sein und eine Bewusstheit.¹¹¹

In seiner Dialogphilosophie entscheidend ist die Beziehung zu einem anderen ich. Es existiert kein ich oder Mensch, ohne einer Beziehung, einem anderen. Wichtig hierfür ist Sprache, sowohl verbale, als auch non-verbale in Form von Zeichen, Symbolen, Gesten, etc., wodurch die Menschwerdung nicht von Sprachwerdung zu trennen ist. Dialog ist die Grundlage von all dem. Im Gegensatz dazu ist ein Monolog erst möglich, nachdem bereits ein Dialog war, welcher abbrach oder zerbrach.¹¹²

Ich und Du von Martin Buber kreist um den Kontrast zwischen den beiden Formen des in-der-Welt-Seins, des in-Beziehung-Leben, wobei er die erste Form ich-es, die zweite mit ich-du bezeichnet.

Der ich-es Modus bedeutet dabei Kühle, Losgelöstheit und Instrumentalität, bietet dadurch aber auch die Möglichkeit einer sicheren Distanz und der Vermeidung von Risiken, sodass keine Gefahr besteht, dass Schwachstellen erkennbar werden. Der ich-du Modus dem gegenüber bedeutet ein Auf-den-anderen-zu-gehen, ein sich öffnen und Spontaneität, welches allerdings impliziert, dass man eine Reise in unbekanntes Gebiet vornimmt, in dem es möglich ist Angst und Leid zu erleben, doch auch die Chance bietet nach Erfüllung, wohingegen eine ich-es Beziehung nicht über das Triviale oder Banale hinaus geht.

Der ich-es Modus bezeichnet die Welt der Erfahrung, wohingegen ich-du die Beziehungswelt darstellt. In den Worten Bubers ausgedrückt: *Die Welt als Erfahrung gehört dem Grundwort ich-es zu. Das Grundwort ich-du stiftet die Welt der Beziehung.*¹¹³

Die Welt der Beziehung lässt sich allerdings nicht an einen bestimmten Raum binden, so wie die Welt der Erfahrung trennt zwischen dem „draußen“ - das Leben der Zwecke, Arbeit, Konkurrenz, Verhandlungen, etc. - und dem „drinnen“, die Gefühle, Emotionen wie Hass, Lust, Schmerz, etc. abgekoppelt von der Außenwelt, dem anderen. Dies ist ein

¹¹⁰ Kopf, M.: S. 89-91

¹¹¹ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 29 ff

¹¹² Bidlo, O.: S. 12

¹¹³ Buber, M.: *Ich und Du*; S. 6 (Reclam)

bequemes Leben. Beide, das abgetrennte es der Einrichtungen und das ich der Gefühle, haben keinen Zugang zum richtigen Leben. Erst wenn auch die Gefühle nach draußen gelangen ist es möglich die Abgrenzung zu fall zu bringen, doch nicht nur dies alleine, sondern das gegenseitige du-sagen und das Unterscheiden zwischen ich und du in ehrlicher Ansprache ermöglicht eine Vertiefung.¹¹⁴

*Beziehung, so schreibt Buber, ist Gegenseitigkeit. Und weiter: Ich werde am du; ich werden spreche ich du. Alles wirkliche Leben ist Begegnung.*¹¹⁵

Die Sphäre des Zwischenmenschlichen bezeichnet Buber als etwas, dass zwischen zwei Menschen geschieht, ein Einander-gegenüber, welches sich im Dialogischen entfaltet. Psychisch kann dies nicht verstanden werden, obwohl dies dazu gehört, da die Vorgänge der Seelen beider mit einfließt, doch der Sinn des Gesprächs findet sich in ihrem Zusammenspiel, ihrem Zwischen. Dieses Zwischenmenschliche geht über Sympathie hinaus und bedeutet, dass der Andere nicht als ein Objekt wahrgenommen wird, sondern als ein Individuum oder auch Partner. Sie werden einander gewahr, und zwar als seiende Ganzheit, in einem bestimmten Augenblick, der sehr kurz sein kann oder auch länger, keinesfalls aber eine Beziehung von Dauer darstellt. Auch unterscheidet er dabei den Begriff des sozialen, dass ein Miteinander in einer Gruppe meint.¹¹⁶

Buber verortet den Bereich, der sich zwischen Menschen befindet nicht im Gebiet des Sozialen, sondern misst diesem eine Sonderdimension zu, wobei er meint, dass diese *...uns so vertraut ist, dass wir bisher ihrer Besonderheit kaum recht inne geworden sind*. Eine Einsicht in diesen Bereich ist allerdings sowohl für unser Denken, als auch unser Leben von hoher Bedeutung. Soziale Phänomene sieht er ausschließlich bei Gruppen stattfinden, also dort, wo sich eine Vielheit von Menschen befindet, die sich zwar zusammengehörig fühlen, doch bedeutet dies nicht, dass darin auch personenhafte Beziehungen bestehen. Zwar kommt es immer wieder zu Kontakten einzelner Mitglieder zueinander, welche einer individuellen Beziehung ähneln, allerdings erschwert die Gruppe das Zustandekommen eher. Ebenso bedeutet die alleinige Mitgliedschaft eine Gruppe an sich keinesfalls eine Wesensrelation, da in Gruppen die kollektiven Elemente gefördert werden, gerade, um persönliche Beziehungselemente zu verdrängen. Dies stärkt die Gruppe an sich und erleichtert die Führung, zudem gibt sie dem Einzelnen auch das

¹¹⁴ Muth, C.: *Willst du mit mir gehen?*, S. 21 ff

¹¹⁵ Buber, M.: *Ich und Du*; S.8 bzw. 12 (Reclam)

¹¹⁶ Buber, M.: *Elemente des Zwischenmenschlichen*; S. 271-276; in: Buber, M.: *Das dialogische Prinzip*; S. 271-298

Gefühl der Sicherheit. Die Mitglieder sollen gemeinsam dem Werk der Gemeinschaft dienen und sich nur noch in einem von der Gruppe tolerierten Rahmen persönlichen Beziehungen zuwenden. Der Bereich des Zwischenmenschlichen dem gegenüber betrifft ausschließlich zwei Personen, welche aufeinander treffen und sich einander bewusst sind und nicht als Objekte betrachten. Hierbei kann es sich um Sympathie füreinander handeln, kann aber auch weit darüber hinaus gehen, ebenso allerdings kann es sich um zwei sich feindlich gesinnte Personen handeln, die sich einander gegenüber stehen. Das entscheidende ist das *Nicht-Objekt-Sein*, den anderen nicht als ein Objekt zu betrachten, sondern als eine eigenständige Persönlichkeit. Das Zwischenmenschliche und Soziale unterscheiden sich auch darin, dass es sich im ersteren Falle ausschließlich um aktuelle, gerade stattfindende Beziehungen handelt, und nicht - wie im Sozialen - um solche, die von längerer oder dauernder Verfassung sind. Die Beteiligung beider Partner ist dabei eine Grundvoraussetzung und unerlässlich. Die Psychologie spielt dabei zwar eine Rolle und beeinflusst beide Partner, doch für den Bereich des Zwischenmenschlichen ist das Gespräch selbst - der Inhalt - nicht entscheidend, sondern das zwischen den sich begegnenden abspielende.¹¹⁷

Dabei sieht er drei Faktoren, welche das Zwischenmenschliche Hemmen können, die auch in der Theorie Rogers erkennbar sind, nämlich der Schein, die Unzulänglichkeit der Wahrnehmung und das sich auferlegen auf jemanden, anstatt sich jemanden zu erschließen.

Ein gewichtiges Problem entdeckt Buber im Bereich des Zwischenmenschlichen in der Zwiefältigkeit der Wesen, im Sein und Schein. Die unterschiedlichen Wesensarten, die er hierbei unterscheidet sind jene, in welchen Menschen sie selbst sind und jene, in welcher sie eine Rolle übernehmen. Die eine Form nennt er das Leben vom Wesen her, das andere das Leben vom Bild her. Ein Mensch, der ausschließlich die eine oder andere Art übernimmt ist aus zu schließen, vielmehr kommt es zu Mischformen, wobei entweder die eine oder andere Art vorherrscht. Gerade im Bereich des Zwischenmenschlichen allerdings macht sich die bestimmende Wesensart bemerkbar, da die Menschen miteinander in Kontakt treten. Stünden sich zwei Grundtypen gegenüber, so würde der eine mit einem unbefangenen spontanen Blick den anderen ansehen, der zwar nicht unbeeinflusst ist - nämlich von der Absicht, mit dem anderen in Kontakt zu treten -, der andere jedoch versucht ein Bild auf zu bauen, besitzt die Absicht ein Bild dar zu stellen,

¹¹⁷ Buber, M.: *Elemente des Zwischenmenschlichen*; S. 271-276

das rein äußerlich einer spontanen Äußerung ähneln kann, jedoch einen Schein, einem Schauspiel gleicht. Dieser Schein ist eine Lüge. Dabei geht es nicht um Wahrheit, welche Bedeutung ihr man auch immer beimisst, sondern um Authentizität. Es muss nicht alles gesagt und geklärt oder erklärt werden, doch soll und darf kein Schein aufgebaut werden, ein Phantom oder Gespenst. Obwohl verständlich, so Buber, liegt eine gewisse Feigheit darin, sich diesem Schein hin zu geben, und dies zu überwinden erfordert Mut.¹¹⁸

Das zweite Problem ist erkennbar am vorbeireden der Menschen aneinander. Nicht mit einer bestimmten, einzigartigen Person treten sie in Kontakt, sondern mit einer fiktiven Person. Dabei liegt die Grundvoraussetzung dafür, damit ein echtes Gespräch beginnen kann, darin, dass der andere als eben anderer wahrgenommen wird, in seiner Ganzheit, Einheit und Einzigartigkeit. Solange der andere Betrachtet wird als ein Objekt oder nur beobachtet wird, ist eine lebendige Partnerschaft nicht zu verwirklichen. Der andere muss in seinem Sosein, in aller Konkretheit erfahren werden, in einer personalen Vergegenwärtigung, ohne verkürzende Abstraktionen. Man muss ihn bestätigen, als den, der einem gegenübersteht, was ein dynamischer Prozess ist, zu welchem eine Intuition notwendig ist, oder auch Realphantasie, wie Buber es nennt. Damit meint er ein Einschwingen in den Anderen, die eine Innerlichkeit braucht und die Regungen aus dem eigenem Inneren heraus. Nur so, wenn man selbst sich dem anderen vital aussetzt, den anderen als den wesenhaft anderen gegenübertritt, kann - insofern der andere es annimmt - das Zwischenmenschliche aufblühen.¹¹⁹

Die Hauptvoraussetzung zur Entstehung eines echten Gesprächs ist, daß jeder seinen Partner als diesen, eben diesen Menschen meint. Ich werde seiner inne, werde dessen inne, daß er anders, wesenhaft anders ist als ich, in dieser bestimmten ihm eigentümlichen einmaligen Weise wesenhaft anders als ich, und ich nehme den Menschen an, den ich wahrgenommen habe, so daß ich mein Wort in allem Ernst an ihn, richten kann.¹²⁰

Der dritte Faktor betrifft die Auferlegung auf jemanden. Dabei unterscheidet Buber zwischen zwei Grundarten, wie Menschen beeinflusst werden können, um ihre Gesinnung und Lebensgestaltung zu verändern, nämlich indem entweder jemand so bearbeitet wird, dass er am Ende meint selbst zu diesem Entschluss gekommen zu sein, oder, indem

¹¹⁸ Buber, M.: *Elemente des Zwischenmenschlichen*; S. 277-281

¹¹⁹ Buber, M.: *Elemente des Zwischenmenschlichen*; S. 282-287

¹²⁰ Buber, M.: *Elemente des Zwischenmenschlichen*; S. 283

jemand das, was er in sich selbst gefunden hat auch im anderen wähnt, es fördert, zu Leben erweckt und als eine Möglichkeit unter vielen aufzeigt. Als stärkste Kontrastbilder dieser beiden Formen nennt er die Propaganda und die Erziehung, wobei für den Propagandist nicht der Einzelne, das Individuum von Bedeutung ist und auch nicht dessen Personhaftigkeit. Der andere wird von diesem depersonalisiert und durch eine Form von Zwang, der sehr sublim sein kann und unmerklich, unter Druck gesetzt. Sein Verständnis eines Erziehers demgegenüber geht dahin, dass dieser jeden einzelnen als Individuum betrachtet und anerkennt und um deren Verschiedenheit weiß, der zudem versucht, in jedem seine Kräfte zu entwickeln und sich dabei als einen Helfer versteht, um weiter zu geben, was er selbst fand bzw. lernte, ohne dabei seine Realität dem anderen auf zu zwingen. Er glaubt an die Sache, wohingegen der Propagandist dies nicht tut, da seine ausschließlich aufgrund seiner Methoden existieren. Das Ziel muss sein, dass jeder seine ihm eigentümliche Art erlangen kann und in der Begegnung jeder den Anderen als wesenhaft anderen wahrnimmt, sodass das Zwischenmenschliche zu einer Höhe geführt wird.¹²¹

Zusammenfassend stellt er fest, dass die Merkmale des echten Gesprächs die Hinwendung in aller Wahrhaftigkeit zum anderen als eben diesen anderen ist, wofür eine Vergängenwärtigung notwendig ist. Zudem die Überwindung des Scheins, da nur eine Authentizität ein wahre Gespräch ermöglicht und zu einer gemeinschaftlichen Fruchtbarkeit führt. Des weiteren müssen sich alle Beteiligten einbringen, wobei nicht jeder sprechen muss, sondern auch schweigsam zuhörende sich beteiligen können. Als letzte Bedingung stellt er fest, dass alle Teilnehmer in der Lage sein müssen und gewillt, einem echten Gespräch zu ermöglichen.¹²²

Für Buber existieren die beiden Formen des in der Welt sein in der ich-du und ich-es Beziehung, die auch für Rogers ausschlaggebend sind. Für Buber konstituiert sich das ich in den Grundformen, im du sagen. Anders jedoch bei Levinas, für den die Ethik die erste Philosophie darstellt und sich das Ich erst konstituieren muss, bevor es mit einem anderen in Kontakt treten kann.

Für Levinas ist die Trennung entscheidend; Trennung zwischen den Existenzen Innerlichkeit und Exteriorität, aber auch zwischen dem Seiendem vom Sein, den Seienden untereinander und der Bedürfnisse und deren Befriedigung. Der Mensch führt kein

¹²¹ Buber, M.: *Elemente des Zwischenmenschlichen*; S. 287-292

¹²² Buber, M.: *Elemente des Zwischenmenschlichen*; S. 293-297

paradiesisches Leben, wo die Bedürfnisse mit der Befriedigung einhergehen. In diesem Abstand, dieser Trennung, spürt er den Abstand zwischen sich und seiner ihm umgebenden Welt. Aus der Notwendigkeit heraus, dass die Bedürfnisse nicht immer zu befriedigen sind, um den Genuss zu sichern, hat er Vorsorge zu treffen, eine ökonomische Existenz auf zu bauen, die sich äußert im Wohnen, Arbeit und Besitz.¹²³

Die Metaphysik im Sinne der abendländischen Tradition kritisiert Levinas, da diese aufgrund der Zurückführung auf ein allgemeines Prinzip zu einer Totalität führt und sich in der Ontologie manifestiert. Identifizierung darf nicht geschehen, sondern die Achtung vor der Andersheit, welche nicht Begriffen, nur begehrt werden kann. Sie liegt außerhalb eigener Vorstellungen und notwendig ist die Bereitschaft der Begegnung mit dem, was über dem physisch Erfahrbaren liegt. Durch die Vergegenwärtigung der Andersheit, dem Versuch es ins Bewusstsein zu holen, misslingt eine wirkliche Transzendenz. Diese kann nur gelingen, indem auf die Andersheit geachtet wird, die keine Bedrohung ist, sondern eine Einladung zu einer Beziehung, die jenseits des Seins liegt und außerhalb des Bewusstseins. Eine wirkliche Transzendenz kann es nur in der Begegnung geben, einer ethischen Beziehung, d. h. einer Einladung zur Begegnung mit dem Unendlichen. Hierzu muss es zu einer Begegnung der Andersheit kommen, die kein Ziel hat, sondern in Bewegung bleibt. Durch die Gewahrung der Andersheit und dem nicht-ankommen an einem Ziel bleibt die Bewegung vorhanden. Stillstand, das Ankommen an einem Ziel oder das Angleichen der Andersheit bedeutet die Transzendenz zu verfehlen. Transzendenz ist unendlich und verweist über das menschliche Hinaus. Sie lässt gewähren, lässt sein, auch oder gerade das, was anders ist, selbst wenn diese über die eigene Vorstellung hinaus geht. Für die Unendlichkeit ist allerdings eine radikale Trennung notwendig, keine Überwindung der Trennung oder ein Herstellen einer Einheit, sondern eine wahre Trennung zwischen dem Selben und dem Anderen. Erst dadurch kann das Ich von der Unmittelbarkeit des Seins befreit werden, verweist auf das Ich zurück und ermöglicht eine Wertschätzung der Individualität. Identität konstituiert sich dabei nicht durch den anderen, dessen Andersheit in der Begegnung, sondern den Genuss. Es findet kein Vergleich oder Abwägen statt, sondern gerade das getrennte Seiende, das dem anderen nichts verdankt, bildet die Identität. Diese muss erst gefestigt sein, damit es in der Begegnung mit dem Anderen standhalten kann. Das heißt, das Seiende entsteht durch die Trennung, und nicht dialektisch, also mit dem Anderen. Es muss in sich geschlossen sein, allerdings auch offen nach außen. Zum anderen führt daher nicht Wissen oder die Erkenntnis, sondern die

¹²³ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 42-43

Beziehung zur Exteriorität, welche nicht statisch ist, sondern eine Bewegung auf den Anderen zu darstellt, im Fluss ist. Diese Bewegung auf den anderen zu resultiert aber nicht aus einem Mangel, aus einer Suche heraus, die etwas in sich selbst fehlendes sucht, sondern entspricht einer Sehnsucht nach dem Anderen, wobei das Ich gefestigt sein muss.¹²⁴

Für Levinas Grundkonzept aber ist die Verantwortung für den anderen entscheidend, die sich aus einer ethischen Vorstellung ableitet. Allerdings ist nicht die Rückkehr zu sich selbst, sondern die Ergriffenheit durch das Angesicht des Anderen gefordert. Darin erkennt man die Bedürfnisse des Anderen, den Appell, den er dadurch an einen richtet.¹²⁵

Der Andere stellt eine Aufforderung oder Einladung zu einer Begegnung da, zu einer ethischen Beziehung, für denjenigen, der bereit ist sie an zu nehmen und ihr zu folgen. Dabei bedeutet dieses Folgen aber auch, dass der Andere uneinholbar ist und bleibt, die Anderheit gewahrt bleibt. Man begibt sich in die Spur des Anderen, eine Gegenwart, die immer schon Vergangenheit ist.¹²⁶

Die Aufforderung des Anderen, ihm in seiner Spur zu folgen stellt eine Verantwortung gegenüber diesem da, welche nicht negierbar ist. Man übernimmt diese nicht, sondern sie ist. Allerdings ist man nicht alleine oder zu zweit, sondern da ist eine Vielheit an anderen, der so genannte Dritte. Durch diesen verändert sich die Beziehung zum anderen und stellt den Übergang in die bewusste Gerechtigkeit da, aufgrund dessen es notwendig ist zu objektivieren. Trotzdem bleibt Levinas bei seiner Sicht der Ethik als erster Ordnung, und argumentiert, dass auch in der Gemeinschaft Gerechtigkeit nur aufgrund der Sinnlichkeit und der Nähe zum Einzelnen sein kann, da auch der dritte Anderer ist und bleibt. Auch wenn man in der Nähe zum Anderen nur Beziehung gründen kann, aber keine Gemeinschaft, so dass hierfür das sinnliche Ich zugreifen muss auf das Bewusstsein, ist die Verantwortung für den Anderen nicht delegierbar oder negierbar. Ungerechtigkeit entsteht nämlich dadurch, da alle nach dem gleichen Maßstab behandelt werden, und nicht nach ihren je eigenen Bedürfnisse. Gerechtigkeit muss daher im Antlitz des anderen glühen, und darf nicht in der Gleichheit erstarren, muss also zurückgeführt werden auf die

¹²⁴ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 31-38

¹²⁵ Rosenmayr, L.: *Zur Philosophie des Alterns*; S. 20; in: Kruse, A.; Martin, M.: *Enzyklopädie der Gerontologie - Alterungsprozesse in multidisziplinärer Perspektive*, S. 13-28

¹²⁶ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 84-85

Nähe, in der Beziehung zum Einzelnen. Sie muss weiterhin die Andersheit und Individualität berücksichtigen und die Nähe zum Anderen bewahren.¹²⁷

Levinas Denken geht aus vom Anderen, und zwar vom völlig Anderen, der kein Alter Ego bedeutet oder bewusst entworfen und vorgestellt werden kann, sondern radikal anders ist. Die eigentliche Bedeutung der Spannung, in welcher der Mensch lebt, wird erst in der Begegnung mit dem Anderen deutlich. Durch die eigene Verwundbarkeit erlebt sich das Subjekt ausgesetzt, stößt an die eigene Autonomie. Der Andere ermöglicht eine Bereicherung, welche sich der einzelne nicht geben kann, da die Andersheit sich dem verstehbarem entzieht. Diese Andersheit kann akzeptiert werden, ein Rätsel bleiben, doch man kann seiner Spur folgen und sich der Andersheit vorsichtig nähern. Sie ist unvorstellbar anders, jenseits der Vorstellung, und er kritisiert, dass die abendländische Tradition diese Andersheit nicht zulässt, sondern gleich machen möchte, obwohl doch gerade die Verschiedenheit die Beziehung begründet, wobei grundlegend hierfür die Begegnung ist. Dabei ist eine Offenheit notwendig, welche eine Verwundbarkeit bedeutet, die an die eigene Verwundbarkeit erinnert. Sie stellt eine Aufforderung da, diese Verwundbarkeit, einen Appell, nicht an das Bewusstsein, sondern dafür sich darauf ein zu lassen. Allerdings darf man nicht nur etwas leisten, sondern muss zunächst Sein, existieren, herausgefordert werden vom Anderen. In der Begegnung muss der Andere aus sich heraus können. Nicht in den eigenen Vorstellungen soll man bestätigt werden, sondern in Frage gestellt sein. Die Begegnung und die Andersheit in dieser Begegnung bedeutet daher auch eine Beunruhigung, die sich nicht erklären lässt. Zugleich aber stellt sie eine Einladung da für eine Begegnung, zu einer Beziehung, die weder in der Logik, noch im Bewusstsein wurzelt.¹²⁸

Ethik ist für Levinas die erste Philosophie und somit dessen Fundament. Sie ist keine Logik, sondern vielmehr eine Sichtweise, eine Optik, mit der der Mensch betrachtet wird. Er leitet sie nicht - wie es in der abendländischen Philosophie der Fall ist - aus der Ontologie ab, zu welcher seiner Ansicht nach das Bewusstsein führt. Er sieht die ethische Ordnung als eine eigenständige Gattung an, welche nicht unter eine höhere Art oder ein höheres Konzept eingeordnet werden kann und zu welcher die Sinnlichkeit führt. Er verneint, dass für eine Ethik zunächst ein theoretischer Entwurf des Menschen vorhanden sein muss, um zu einer Universalität zu gelangen. Ethik ist zuallererst eine Optik, die gerade durch die Singularität, durch die Wahrnehmung des Anderen in dessen Andersheit

¹²⁷ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 98-100

¹²⁸ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 75-80

besteht. Es geht nicht darum den anderen zu erkennen, sondern ihn wahr zu nehmen, ihm zu begegnen, und gerade dessen Unterschiedenheit, Individualität an zu erkennen, wobei er damit auf eine Objektivierung verzichtet. Das Zwischenmenschliche, das Mensch sein an sich ist von Bedeutung und steht noch vor dem Erkennen. Sie ist damit eine Ordnung des Sinnes, in der es um die Existenz mit dem Anderen geht, im Gegensatz zu einem Sein an sich. Ethik ist höher ein zu ordnen als eine Erkenntnis oder Logik und findet ihren Wegbereiter in der Sinnlichkeit, da der Mensch zunächst ist, menschliche Nähe und Beziehung braucht, bevor er denken kann. Dadurch lebt der Mensch im Schnittpunkt zweier Ordnungen, nämlich der Ontologie, zu welcher die Erkenntnis führt, und der Ethik, zu welcher die Sinnlichkeit führt. Weder bedingen sie einander, noch schließen sie einander aus, doch die Ethik ist jene erster Ordnung. Sie unterscheiden sich unter anderem dadurch, dass die Ontologie das Allgemeine und Wesentliche definiert, wohingegen die Ethik den Einzelnen sieht als in Beziehung zu einem Anderen, als Zwischenmenschliches. Erkenntnis ist dabei Beziehung zum gleichen, entspricht dem eigenen Maßstab; die Andersheit wurde aufgehoben, wohingegen eine Gemeinschaft mit dem Anderen eine Begegnung ist, wobei man dessen Andersheit nie begreift. Letztendlich aber sind diese beiden Ordnungen in der menschlichen Existenz selbst nicht zu trennen und führen zu einer Spannung, welche nicht aufgehoben werden kann. Auf der einen Seite steht das ontologische Ich. Dieses muss sich seiner Identität behaupten. Auf der anderen das ethische Sich, die aufgerufene Verantwortung vom Anderen. Sie führt zu einer Infragestellung des autonomen Subjekts und einer Beunruhigung der Identität.¹²⁹

Folgt man dem Anderen in seiner Spur, so bedeutet dies ihn nicht in seine eigene Zeit zu holen, sondern seine Zeitlichkeit an zu nehmen. Allerdings kann man sich diese Zeit nicht vergegenwärtigen. Hier spricht Levinas von der Diachronie der Zeit. Man geht auch hinüber zu einer anderen Zeitlichkeit, einer nie einholbaren Zeit, eine unvordenklichen Vergangenheit. Zeit ist hier also nicht linear zu denken. Es ist das zu gehen auf einen Anderen, einer Zeit, die weit weg von mir ist, die ich mir nicht vorstellen kann.¹³⁰

Der Übertritt in diese andere Zeit geschieht durch das Sagen. Dieses stellt den Gegensatz zum Gesagten da, welches etwas zum Thema und begrifflich macht. Sagen hingegen geht darüber hinaus, bedeutet eine Annäherung an den Anderen, eine Aussetzung und Zulassen von Nähe und ist damit konstituierend für die Beziehung zum anderen

¹²⁹ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 27-30

¹³⁰ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 94-95

Menschen. Diese Beziehung braucht der Mensch; erst in diesem Kontakt mit dem anderen, der ethischen Beziehung und dem Sagen, entsteht ein Gemeinwesen. Die Möglichkeit der Unendlichkeit ereignet sich im Sagen, nur dort kann es aufgehen. Es stellt eine Bewegung da, eine Aufforderung dem Anderen in der Spur zu folgen.¹³¹

Sowohl für Buber, als auch Levinas, gilt, dass der andere anders als man selbst ist, und man dieses Anderssein akzeptieren muss.

Man nimmt den anderen so an, wie er ist, akzeptiert sein anders sein. Anders als man selbst und anders als jeder andere, wird sich dessen bewusst und spricht ihn bewusst als diesen anderen an. Natürlicherweise liegt es auch an ihm, selbiges zu tun, die eigentümliche einmalige Wesenhaftigkeit an zu nehmen, damit ein echtes Gespräch entsteht, doch trete ich selbst in dieses als dialogische Form bezeichnete Gespräch ein, so darf man dies dem anderen auch zumuten und zutrauen. Das Erkennen oder Anerkennen der Wesenhaftigkeit des anderen bedeutet ihn als Ganzheit an zu sehen, ohne verzerrende Abstraktionen; in seiner Konkretheit. Voraussetzung für ein wahres Gespräch, damit überhaupt eines beginnen kann, liegt darin,

..dass jeder seinen Partner als diesen, eben diesen Menschen meint. Ich werde seiner inne, werde dessen inne, dass er anders, wesenhaft anders ist als ich, in dieser bestimmten ihm eigentümlichen einmaligen Weise wesenhaft anders als ich, und ich nehme den Menschen an, den ich wahrgenommen habe, so dass ich mein Wort in allem Ernst an ihn, eben an ihn, richten kann.¹³²

7. Umsetzung in der GPSB

Die Betreuung hochbetagter, v. a. an einer Demenz erkrankter, stellt alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen, doch eignen sich die Überlegungen Rogers aufgrund der Zugangsweise, d. h. ohne vorgefasster Konzeptionalisierung, Diagnostizierung und Kategorisierung, sowie der drei Grundpfeiler der Empathie, Wertschätzung und Kongruenz besonders für jene Betroffene. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und Information über die Erkrankung bereits in einem frühem Stadium unter Einbeziehung der Angehörigen ist dabei wichtig, wobei der Umgang der eigenen Gefühle zu Altern und dem langwierigen Abbau- und Sterbeprozess maßgeblich mitbestimmend ist dafür eine stabile und vertrauensvolle Beziehung her zu stellen und aufrecht erhalten zu können, ebenso

¹³¹ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 95-97

¹³² Buber, M.: *Elemente des Zwischenmenschlichen*; S. 283; in: *Das dialogische Prinzip*; S. 271-299

wie die Auseinandersetzung mit dem Verlust von Selbstständigkeit und der persönlichen Identität. Gerade Demenzkranke - aber auch ältere Menschen an sich - werden aufgrund ihrer Diagnose bzw. ihren Alters oftmals kategorisiert und vorverurteilt, ihre Verhaltensweisen angesehen nicht als ihre Ausdrucks- oder Kommunikationsform, sondern als „verrücktes“ Verhalten ohne Sinn und Zweck, wodurch sie und ihre Angehörigen weiteren Belastungen ausgesetzt sind. Obwohl Demenzerkrankungen zunächst mit einem Verlust des Kurzzeitgedächtnisses einhergeht und es in weiterer Folge zunehmend zu Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und des weiteren Erinnerungsvermögens kommt, sowie Persönlichkeitsveränderungen auftreten können und daher traditionelle Ziele einer Psychotherapie wie Persönlichkeitsentwicklung, Autonomiestärkung, Reifung, etc. im klassischen Sinne nicht mehr möglich sind, bleiben sie Individuen, welche Liebe, Trost und Halt brauchen, Bedürfnisse und Gefühle besitzen. Um in Kontakt zu treten und eine Betreuungsbeziehung her zu stellen ist eine Kommunikation oder Interaktion mit dem HBW - ob nun verbal oder non-verbal - notwendig.

Die Bedeutung der Beziehung stellte auch Koch in ihrer Studie fest. Dabei untersuchte sie mittels einer qualitativen Analyse Betreuungsdokumentationen und versuchte so den gerontopsychosozialen Betreuungsprozess transparent zu machen. Sie strukturierte dabei das Datenmaterial von 50 Betreuungsprozessen und erarbeitete aufgrund des physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Status der Heimbewohner diagnostische Gruppen und identifizierte Indikations- und Aufgabenstellungen der psychosozialen Betreuung. Entscheidend für den Betreuungsprozess in der GPSB sieht sie aufgrund ihrer Ergebnisse die Betreuungsbeziehung an, und zwar noch vor dem Setting und den gesetzten Interventionen.¹³³

In einem geschützten Rahmen sollen Bedürfnisse wahrgenommen und auch verbalisiert werden. Die Betreuer werden zur ersten Anlaufstelle kleinerer und auch größerer Bedürfnisse und zu einer Art Sprachrohr für die oft - physisch, psychisch, emotional und/ oder sozial - beeinträchtigten Menschen. Dies schafft - im Idealfall - Erfolgserlebnisse auf beiden Seiten, aber auch Vertrauen und bietet Sicherheit. Wichtig hierfür ist die empathische Begleitung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Dabei erhalten die Betreuer nicht nur Einblick in die unzähligen Lebensgeschichten und werden konfrontiert mit Gefühlen und

¹³³ Koch, G.: *Untersuchung der gerontopsychosozialen Betreuungstätigkeit im Rahmen des Böhmer-Lauerer Psychosozialen Praktikums - Qualitative Analyse der Betreuungsdokumentationen hinsichtlich des gerontopsychosozialen Betreuungsprozesses*

Emotionen wie Angst, Trauer, Verzweiflung, Resignation, Hilflosigkeit, aber auch Humor, Faszination, Versöhnung, Vergebung, Einsicht und Zufriedenheit und stellen einen Kontakt oder eine Verbindung zur Außenwelt da. Gerade durch diese sich entwickelnden, auch emotional tiefgehenden Beziehungen, ist zudem eine bewusste Auseinandersetzung mit Themen wie Trennung, Abschied nehmen, Tod und anderen notwendig. Diese stellen sowohl die Heimbewohner, als auch die Betreuer vor Herausforderungen, sind allerdings im gesamten Alternsprozess immer wieder auftretende Faktoren, die bei einem adäquaten Umgang zu einer Persönlichkeitsreife führen.¹³⁴

7. 1 Persönlichkeit/Personsein

Jede Person unterscheidet sich grundlegend von anderen und befindet sich auf dem ihm eigenem Weg, welchen nur er selbst kennt und dessen bisherigen Stationen Spuren hinterließen. In der konventionellen oder auch klassischen Psychologie versucht man das Ergebnis dieser Entwicklung mit dem Begriff der Persönlichkeit zu umschreiben und durch psychometrische Verfahren ein Profil zu erstellen, um Ordnung in die Unterschiedlichkeit von Personen zu bringen und diese vergleichen zu können. Diese sind zwar in der Lage, ein allgemeines, oberflächliches Bild zu entwerfen, unterliegen aber einer starken Vereinfachung und führen wieder zu einem Objekt-machen des Menschen, bewegen sich auf einer ich-es Ebene. Anders sieht es aus, wenn jede Person angesehen wird als ein Bedeutungsschaffender und originäre Quelle einer Handlung. Interpretiert werden dabei die Handlungen einer Person in einer Situation, wodurch Handlungsschemata identifiziert werden, die abhängen von Handlungsressourcen. Der Bestand dieser Ressourcen wird zur Identifizierung der Persönlichkeit genutzt. Diese Ressourcen bestehen zum einen aus adaptiven, d. h. aus erlernten Weisen, Reaktionen, welche aufgrund versteckter oder expliziten Forderungen, sozialen Situationen oder Rollenbilder entstanden oder sich entwickelten. Dies geschieht im Normalfall durch Imitation, Identifikation und Internalisierung. Andererseits beruhen die Ressourcen auf Erfahrung, d. h. eine Person ist fähig dazu das wahr zu nehmen, was ihr gerade widerfährt. Hier tritt Entwicklung dann auf, wenn der Mensch Behaglichkeit, Vergnügen, Sicherheit und Freiheit erlebte. Jung nennt in seiner Theorie diese Ressourcen „Ego“ bzw. „Selbst“. Kitwood, für den letzteres von größerer Bedeutung ist, nennt dieses „Erfahrungsselbst“, wobei im Idealfall beide Ressourcen gemeinsam wachsen und zu einer Person führen, die Roger mit kongruent bezeichnet. Allerdings wird das Wachstum beider bedroht, und zwar einerseits durch

¹³⁴ Grünberger, E.; Löw-Wirtz, A.: *Agenetwork - Anforderungsprofil an Praktikumsstellen in Alten- und Pflegeheimen*; S. 101-104

Gewalt - für welche es viele Formen gibt (psychische, physische, soziale, etc.) -, andererseits die adaptive Ressource, die durch eine Überangepasstheit zu einer Fassade oder ein falsches Selbst führt. In beiden Fällen kommt es zu einer psychischen Abwehr der begleitenden Ängste und zu einem Lebenskonzept oder „script“, welches zumindest ein Funktionieren, ein Zurechtkommen ermöglicht.¹³⁵

Bei der Betrachtung des Menschen wurde der Begriff des Personseins zu eng ausgelegt, indem man ihn definierte über Elemente des Selbstbewusstseins, also v. a. Fähigkeiten wie Sprache, Selbstreflexion, Urteilsvermögen, etc. was bspw. auf Demenzkranke, wie auch auf Kleinkinder, nicht zutrifft. Wohingegen man allerdings letzteren ein Potential zugesteht, verwehrt man ersteren eines, ohne zu bedenken, dass sie bereits eine Persönlichkeit besitzen, eine Entwicklung zum Personsein hinter sich haben, und aufgrund des Zustands der Verschwimmung der Wahrnehmungen, dem Verlieren der Konturen von Gedanken, des Einsinkens in ein schwarzes Loch, in welchem Verstehen, ja selbst das Verstehen des nicht mehr verstehen könnens nicht mehr vorhanden ist (*sundown syndrom*). Der Verlust des intentionalen Verstehens bedeutet nicht den Verlust des Personseins - oder den Verlust von Gefühlen, wie Angst, Trauer, Schmerz, Glück, Zufriedenheit, etc. - und verwirkt auch nicht das Recht auf die Bewahrung von Respekt und Würde. Vielmehr besteht eine moralische Verantwortung, welche diese schützt. Dazu ist nicht nur die Achtung vor der Andersheit jeder Person zu wahren, sondern auch ein Verständnis und Respekt für die Fragilität und Endlichkeit des eigenen, als auch jeden anderen Lebens.¹³⁶

Bei der Auseinandersetzung mit dem Begriff des Personseins stellt sich die Frage, wen er umfasst und ob er nicht ein reines Synonym für Mensch ist. Dabei schlägt Quinton vor Personsein anhand von fünf Kriterien zu identifizieren, nämlich dem Bewusstsein als selbst; der Rationalität und Fähigkeit des abstrakten Denkens; der Macht zu Handeln, Ziele und Absichten zu formulieren und auszuführen; dem Knüpfen und Bewahren von Beziehungen; sowie Moralität, d. h. nach Grundsätzen zu leben. Bei dieser Ausrichtung des Personseins geht allerdings vieles verloren, da hier ein Überhang an Kognition und Autonomie vorherrscht, die kaum Raum lässt für Emotionen und Gefühle, sowie Leidenschaft vollkommen ausschließt. Sie betont rationale Fähigkeiten und läuft so in Gefahr gerade Menschen das Personsein zu untergraben, die am notwendigsten die

¹³⁵ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 35-37

¹³⁶ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 625-626

Anerkennung als solche bedürfen. Notwendig ist daher eine Ausweitung moralischer Bewusstheit, eine moralische Solidarität, sodass es zu einer Änderung im Umgang miteinander kommt, welche letztlich konkrete Auswirkungen im Alltag haben, bspw. bei der Mitteilung von Diagnosen, der Unterstützung der ADL, oder der Frage der Erhaltung des Lebens.¹³⁷

Kitwood selbst bezieht sich in der Frage des Personsein explizit auf Buber und dessen beiden Formen des in-Beziehung-tretens ich-du bzw. ich-es. Grundlegend eine Person zu sein ist für ihn daher als du angesprochen zu werden. Dabei liegt der Unterschied in der Art und Weise des in-Kontakt-tretens, da dies auf der ich-du Ebene eine Offenheit, Zärtlichkeit, Präsenz oder auch gegenwärtigsein, eine Bewusstheit bedeutet. In dieser Art der Begegnung wird der Andere akzeptiert und besitzt die Möglichkeit der Freiheit. Der Wert des Menschen wird betont, und der Versuch zu manipulieren oder ihn zu benutzen unterbleibt, werden ersetzt durch Engagement und Hingabe. In dieser Sichtweise wird der Mensch wieder als ein Subjekt betrachtet, als Partner, und nicht als ein Objekt. Nach seiner Ansicht des Personseins - ausgehend von Bubers Philosophie - kann Demenz nur verstanden werden durch dieses in-Beziehung-tretens.¹³⁸

Er definiert Personsein folgendermaßen:¹³⁹

Es ist ein Stand oder Status, der den einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen.

Personsein ist eng mit dem Körper verbunden, und nicht wie es - beginnend mit Descartes - angesehen wird als Materie und Geist, sondern als eine komplexe Realität. Die Naturwissenschaften laufen Gefahr durch ihre strenge Objektivität ihre Ergebnisse als gegebene Realität wahrzunehmen, anstatt als Interpretation einer Realität (z. B.: das Persönlichkeitsinventar sagt, jemand ist so, dabei ist es eine Interpretation). So werden zwar die Grundelemente des Gehirns genetisch vorgegeben, doch dessen Entwicklung, d.h. die komplexe Verknüpfung von Synapsen ist Ergebnis eines Entwicklungs- und Lernprozesses, also epigenetisch bedingt. Daraus folgen große Unterschiede im Entwicklungsgrad von Gehirnstrukturen verschiedener Menschen. Tritt nun ein

¹³⁷ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 27-29

¹³⁸ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 29-32

¹³⁹ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 27

degenerativer Prozess wie eine Demenz ein, sind auch die Auswirkungen - trotz gleicher Erkrankungen - unterschiedlich. Die Konzentration auf genetische und biologische Faktoren, sowie auf die Krankheit selbst vernachlässigt eben jene epigenetischen Faktoren, welche das Personsein ausmacht.¹⁴⁰

Der unterschiedliche Zugang oder Betrachtungsweise von Personsein und Persönlichkeit führt bei der klassischen Psychologie konsequenterweise zu dem Ergebnis, dass sich die Persönlichkeit aufgrund von hirnganischen Erkrankungen ändert. Unbestritten ist, dass Fähigkeiten verloren gehen und Stimmungs- und Verhaltensänderungen auftreten, wodurch psychometrische Verfahren zu einem anderen Ergebnis als zuvor kommen. Aus einer humanpsychologischen Sichtweise allerdings, vom ethogenem Standpunkt aus¹⁴¹, führt der Verlust von Ressourcen und der Zusammenbruch psychischer Abwehrmechanismen zwar zu einer Veränderung des Verhaltens, nicht aber der Persönlichkeit bzw. des Personseins. Vielmehr treten nun schon immer präsente Wesenszüge in übertriebener Form auf, so dass bspw. zuvor extrem beherrschte oder verschlossene Menschen (im psychologischen Sinne introvertierte) nun Gefühlsausbrüche zeitigen (extrovertiert). D. h. vereinfacht ausgedrückt, dass kein Wechsel der Persönlichkeit stattfindet (introvertiert-extrovertiert), sondern durch den Zusammenbruch der psychische Kräfte, dem Verlust der Fähigkeit der Selbstkontrolle und -beherrschung, werden zuvor unterdrückte oder abgewehrte Gefühle frei geäußert, waren aber schon immer vorhanden.¹⁴²

Wird also die Einzigartigkeit von Personen in der konventionellen Psychologie über ein Persönlichkeitsinventar gemessen und hierdurch versucht eine klare Ordnung zu schaffen, indem der Mensch eine Punktezahl in verschiedenen Dimensionen erhält (Extrovertiertheit, Neurotizismus, etc.), womit eine scheinbare objektive Sicht auf ihn besteht, unterlässt die Humanpsychologie eine Einteilung des Menschen in Kategorien und damit dessen Versachlichung - auch des Einzelnen. Die Kategorisierung stellt eine starre Struktur da, in welchem Veränderung schwer möglich ist und Entwicklungspotential abhängig gemacht wird von aufgestellten Tests. Die Humanpsychologie hingegen betont gerade die Entwicklung von Personen, fragt daher nicht so sehr danach wie jemand ist,

¹⁴⁰ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 37-40

¹⁴¹ mit ethogen meint Kitwood Handeln im Alltag, im natürlichem Umfeld

¹⁴² Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 55

wodurch die Gefahr besteht, dass jemand stigmatisiert wird, sondern legt ihren Schwerpunkt auf die Entwicklung der Person.

In Bubers Sichtweise, durch welche die Humanpsychologie stark geprägt ist, wird das Ich am Du. Anders bei Levinas, bei dem an vorderster Stelle das sinnliche Wahrnehmen steht. In der Hypostase übernimmt der Mensch sein Leben, konstituiert sein vitales Ich. Die Spannung zwischen Aktivität und Passivität, sich setzen und ausgesetzt sein, der Trennung des Sein vom anderen Seienden, führt den einzelnen Menschen zu seiner Innerlichkeit und Exteriorität, die ihm die Begegnung mit einem Anderen, einer Exteriorität ermöglicht, wobei nur ein vitales Ich, welches sich in seiner Innerlichkeit gesetzt hat, dem standhalten kann, da es ansonsten absorbiert oder in seiner Grundmauer zerstört wird. Die ökonomische Existenz, der Genuss und die Bedürfnisbefriedigung ermöglichen die Konstituierung des sinnlichen Ich und damit die Öffnung, Gastlichkeit zu einer Exteriorität. Vom anonymen Sein, der Einsamkeit, dem Leiden und Tod sieht sich der Mensch gefährdet, erlebt seine Verwundbarkeit und Endlichkeit, zugleich aber führt sie zu einer Verantwortung für den anderen. Ausschließlicher Genuss, ohne dem Erleben dieser Verwundbarkeit, also ein Erleben als unverwundbar, würde nur zu Egoismus und Individualisierung führen, doch gerade die ausgesetzte Seite begründet die Ethik. Hier sind es v. a. die Begriffe Sensibilität, Verwundbarkeit, Nähe und Passivität, welche zentral sind für Levinas Beschreibung der sinnlich-verwundbaren Seite des Menschen.¹⁴³

7. 2 Verantwortung übernehmen

Levinas unterscheidet grundsätzlich zwei Arten, Formen der Freiheit. Erstere ist die Totalität der Freiheit, welche zum Bewusstsein und zur Erkenntnis gehört. Sie ist willkürlich und gewalttätig und kennt nur die eigenen Grenzen. Die zweite ist die moralische Freiheit, die Freiheit des Unendlichen. Diese spürt und weiß um seine ungerechtfertigten Ansprüche, lässt sich in der Begegnung mit dem Anderen in Frage stellen. Die Freiheit wird dabei von der Willkür getrennt. Sie liegt in der Sinnlichkeit begründet, in der Verantwortung für den Anderen, die vorhanden sein muss, bevor Freiheit sein kann, wie ein Kind, für welches jemand zuvor Verantwortung übernahm, bevor es selbst Freiheit übernehmen kann. Zur Verantwortung gerufen wird man durch den anderen, durch das Ausgesetzt sein vom Anderen, einer Exteriorität, die in einer Passivität gründet, d. h. man wird vom anderen wachgerüttelt, sodass weder Wissen, noch Erfahrung notwendig ist,

¹⁴³ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 59-60

sondern sinnliches Existieren. Diese Verantwortung ist intentionlos, eine voraussetzungslose Empfänglichkeit, welche erst in einem zweiten Schritt bewusst gemacht wird und zu Engagement oder Verweigerung führt. Verantwortung in diesem Sinne, im Angerufen werden vom Anderen, bedeutet ein erwählt werden, und das gute darin ist das Akzeptieren des erwählt sein. Dabei besteht eine Asymetrie der Verantwortung. Verantwortung wurzelt in dem Betroffenwerden vom Anderen, in einer Passivität, sodass Verantwortung kein abwägen bedeutet, was der Andere im Gegenzug für mich tut. Hier vergleicht er wiederum mit der Eltern-Kind Beziehung und argumentiert, dass die Eltern Verantwortung tragen für ihr Kind, für dessen Existenz, ohne dass sie etwas von ihm erwarten. Verantwortung ist in seinem Sinne kein abwägen, kein bewusster Akt, sondern Teil der Subjektwerdung in der Begegnung mit dem Anderen.¹⁴⁴

Die Verantwortung für das eigene Leben trägt jeder auch deshalb selbst, da er frei ist in seinen Entscheidungen. Dies impliziert, dass jeder seine Existenz als ganzes selbst entwerfen muss, was eine je individuelle Aufgabe darstellt, einmalig ist und einer ständigen Interpretation bedarf. Dabei sind alle entscheidenden Lebensereignisse bzw. -phasen einzigartig; die Geburt, Kindheit, Jugend, etc. bis hin zum Tod, wobei man aus der Vergangenheit Erfahrung und Erinnerung mitbringt, welche die Persönlichkeit prägen. Durch die Endlichkeit des Lebens vergrößert sich der Vergangenheitshorizont stetig, wohingegen die Zukunftsperspektive sich verringert. Dies verdeutlicht dem Einzelnen die Unwiederholbarkeit und Unwiederbringlichkeit dieses einen Lebens und zeigt, dass die Gegenwart ein stets bedrohter Ort ist. Zu verstehen ist das Leben dabei erst in der Vergangenheit, aber, wie Kierkegaard bemerkte, in der Gegenwart muss es auf die Zukunft gerichtet sein und gelebt werden. Die einmalige Ganzheit der eigenen Person führt dazu, dass der Einzelne nicht durch einen Anderen vertreten werden kann. Verantwortung für das eigene Handeln, im hier und jetzt, kann daher nur jeder Einzelne für sich übernehmen, und zwar sowohl für vergangenes, aber auch die zukünftige Vergangenheit.¹⁴⁵

In der Ethik Levinas übernimmt der Mensch nicht Verantwortung für den anderen, d. h. er sieht dies nicht als einen aktiven, bewussten Akt an, sondern diese liegt begründet in der Sensibilität und Passivität, im sinnlich ausgesetzt sein. Zur Konstituierung des sinnlichen

¹⁴⁴ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 68-74

¹⁴⁵ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 618-619

Subjekts ist Innerlichkeit und Exteriorität notwendig, und für das vitale Ich der Genuss und die Bedürfnisbefriedigung, doch für das ethische Subjekt ist die Begegnung mit dem anderen entscheidend, da dadurch die ethische Verantwortung geweckt wird. In der Begegnung wird das Subjekt angesprochen und aus seiner Einsamkeit befreit.¹⁴⁶

Altern, selbst verbunden mit Verlust und Krankheit, muss nicht bloß passiv erduldet werden, sondern kann durchaus auch aktiv gestaltet werden. Dabei ist unter anderem der individuelle Umgang damit von Bedeutung, als auch das Geben von Möglichkeiten von Anderen dazu, wobei auch Erkrankungen neue Erfahrungsdimensionen bieten. Die Erkenntnis muss sich dabei durchsetzen, dass jede Lebensphase die Möglichkeit offenbart sein Leben selbst zu gestalten, unter Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheiten, d. h. ohne Verbitterung oder dem nachtrauern von verlorenen Fähigkeiten, sondern dem entdecken anderer, neuer oder veränderter Sichtweisen. Grundlegend ist hierfür, wie auch in anderen Lebensabschnitten, Liebe und Achtung vor und zu sich selbst. Die Auffassung liegt hier zu Grunde, dass der Prozess der Selbstverwirklichung und die Reifung der Persönlichkeit ein lebenslanger Prozess ist, d. h. das sich entwerfen, wie man sich und die Welt sieht, hängt ab von der Vergangenheit, und wie man diese interpretiert, sich aus dem heraus weiter entwirft im Sinne eines lebenslangen Lernens. Beginnt man damit erst im Alter ist es bereits zu spät, da sich dort die Persönlichkeitszüge - insofern keine diese beeinflussende Erkrankung vorliegt - bereits gefestigt haben und sich nicht mehr verändern, sondern verschärfen, deutlicher zu Tage treten. Dass Altern lange Zeit - vor allem in der Medizin und Psychologie - mit einem Verfall gleichgesetzt wurde und daher das Defizitmodell im Vordergrund stand, liegt auch darin begründet, da die Messlatte angesetzt wurde an der fluiden Intelligenz, wohingegen die kristaline vernachlässigt wurde.¹⁴⁷

Ein erfülltes Leben ist dort zu finden, wo das Projekt der Selbstverwirklichung, als auch das Eingebundensein in einer Gemeinschaft, aktiv selbst übernommen und gestaltet, sowie Verantwortung dafür übernommen wurde, wobei zufriedenes Alter nicht gleich zu setzen ist mit einem gelungenem und es nicht möglich ist, alles eigenverantwortlich zu meistern, auch, da jeder Mensch in Situationen gerät oder Schicksale erleidet, die kaum zu bewältigen sind. Hier kommt der Idee der Solidarität eine größere Bedeutung, als die

¹⁴⁶ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S.66-67

¹⁴⁷ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 620-622

der Selbstverantwortung. Die letzte Etappe des Lebens intensiviert das Bewusstsein der Endlichkeit, Negativität und Fragilität des Lebens, sowie die Flüchtigkeit von Glück und anderen Erfahrungen. Dabei sei aber darauf verwiesen, dass es keine Ethik geben kann, die sich ausschließlich auf die Alten oder das Altern bezieht. Erinnert sei in diesem Zusammenhang an Kants kategorischen Imperativ. Notwendig ist daher eine kommunikative Solidarität und Gerechtigkeit, eine Gleichheit auch der Generationen, um ein humanes Altern zu gewährleisten. Die Jungen müssen bedenken, dass sie die Alten von Morgen sind und jene von heute so behandeln sollten, wie sie es sich in der Zukunft wünschen. Zugleich müssen die Alten in die Pflicht genommen werden zu bedenken, dass auch sie einmal jung waren. Würde und Unverletzlichkeit des individuellen Lebens, welche eine Autonomie, aber auch Solidarität zulässt, ist Grundbedingung für alle Menschen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Religion, oder anderer Faktoren, ohne ein Ausspielen untereinander und dem Kämpfen um Ressourcen.¹⁴⁸

Selbstverantwortung kann folgendermaßen differenziert werden:¹⁴⁹

- Selbstständigkeit der ADL: große Ängste bestehen für die Betroffenen im Verlust der Selbstständigkeit gerade auch dieser Aktivitäten. Dies äußert sich u. a. im „zu tode pflegen“, welches ersetzt gehört durch eine aktivierende Pflege.
- Selbstbestimmung oder Autonomie des Alltags: Entscheidung darüber, wie der Alltag gestaltet wird. Die Betroffenen wollen und sollen Erfahrungen sammeln, die ihnen positive Gefühle vermitteln, durch Tätigkeiten, die sie selbst bestimmen, nicht ihnen aufoktroziert werden.
- Einlassen auf das Sterben: bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit. Besondere Bedeutung hat hier die Beziehung und der Dialog mit einem anderen, um sich darauf ein zu lassen bzw. Wünsche zu äußern, wobei psychosoziale Betreuung bzw. seelsorgerischer Beistand wesentlich ist.
- Selbstbestimmung der Beziehungen: ideal ist hier ein Wechsel zwischen Kontakt mit anderen und dem Alleinsein. Eine permanente Anwesenheit von Anderen wird eher als Belastung wahrgenommen.
- Einfluss auf Therapie und Pflegemaßnahmen: kennen und verstehen des Krankheitsverlaufs. Entscheidungsfreiheit darüber, welche Maßnahmen ergriffen werden

¹⁴⁸ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 622&623

¹⁴⁹ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 329

können und welche Gefahren, Risiken und Möglichkeiten bestehen, die über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht des Arztes hinausgeht.

- Entscheidungsfreiheit über den Ort des Sterbens.

7. 3 Tod und Sterben

Dem Tod, der Endlichkeit des Lebens, kommt im letzten Lebensabschnitt eine besondere Bedeutung zu, wobei auch in diesem Prozess eine Selbstverantwortung besteht, und Bedürfnisse, Werte und Fähigkeiten des Einzelnen zu Achten sind, unabhängig davon, ob dieser sie noch verbal äußern kann bzw. der noch vorhandenen kognitiven Leistungsfähigkeit. Gerade in diesen Fällen ist es von Bedeutung, die Gestik und Mimik des Betroffenen genau zu beobachten und kontinuierlich die Befindlichkeit zu überprüfen, um ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Autonomie aufrecht zu erhalten, wobei die Kenntnis von Verfügungen und früheren Äußerungen hilfreich bzw. vorgeschrieben ist.¹⁵⁰

Im Angesicht des Todes, im Prozess des Sterbens, zeigt sich die Wichtigkeit der philosophischen Auseinandersetzung mit dem Thema. Der Tod ist etwas, das nicht selbst erfahren, und später mitgeteilt werden kann. Das sinnliche Wahrnehmen des anderen ist von großer Bedeutung, vor allem, wenn dieser seine Empfindungen nicht mehr mitteilen kann.

Leiden zeigt den radikalen Umschlag an von Aktivität in Passivität. Durch das Leiden, v. a. dem physischen Schmerz, erfährt der Mensch die Unmöglichkeit der körperlichen Existenz zu entrinnen. Er erlebt sich nicht nur als verletzlich, sondern seine Identität ist in Frage gestellt, die Souveränität des Subjekts gefährdet und das Sein bedroht. Im Gefolge dieses Leidens kann der Mensch die Augen nicht verschließen vor dem unabwendbaren, der Wahrheit des Todes. Dieser wurde in der klassischen Tradition betrachtet als ein anderes Sein oder eine Grenze zum Nichts, doch kann niemand behaupten zu wissen, was der Tod ist. Dieser ist furchteinflößend, versetzt die Menschen in Angst. Weder kann man sagen wann, noch wo oder wie er kommen wird. Das Wissen über den Tod beschränkt sich auf die Erfahrungen anderer, die ihn nicht mehr mitteilen können. Von diesen können nur Analogieschlüsse gezogen werden, womit er für jeden Einzelnen ein singuläres, einzigartiges Ereignis ist. Das Subjekt verliert die Herrschaft über sich selbst, bedeutet das Ende des eigenen Vermögens zu Sein. Zwar muss man sterben, doch gilt es die Zeit

¹⁵⁰ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 329&330

davor zu nutzen, der nur das Ende des Könnens bedeutet. Die Zeit bis dahin eröffnet die Möglichkeit der Begegnung mit dem Anderen.¹⁵¹

Levinas zum Tod:

*Man weiß nicht, wann der Tod kommt. Was wird kommen? Womit bedroht mich der Tod? Mit dem Nichts oder mit Neuanfang? Ich weiß es nicht. In dieser Unmöglichkeit, das Danach meines Todes zu kennen, liegt das Wesen des höchsten Augenblicks. Ich kann den Augenblick des Todes absolut nicht erfassen...im Gegensatz zu allen Augenblicken meines Lebens, die zwischen meiner Geburt und meinem Tod offen liegen und die erinnert oder vorweggenommen werden können.*¹⁵²

Die Vergänglichkeit und Endlichkeit des Lebens macht es notwendig sich rechtzeitig mit dem Tod auseinander zu setzen. Dabei ist fest zu stellen, dass der Körper anderen Entwicklungsgesetzen folgt, als der Geist. Dies impliziert, dass trotz des Verlustes von körperlicher Vitalität weiterhin eine geistige Entwicklung möglich ist und damit körperliche Einschränkungen überwunden werden können. Dabei muss die eigene Vergänglichkeit und Endlichkeit akzeptiert werden und hinführen zu einer Integrität, wobei der Prozess des Sterbens nicht ausschließlich von der gerade bestehenden Lebenssituation abhängt, sondern von der bereits zuvor geleisteten Vorbereitung, d. h. der Auseinandersetzung und Reflexion der eigenen Person und von Grenzsituationen des Lebens. Eine Vorbereitung auf den Tod soll nicht allgegenwärtig sein und bestimmend für das Leben, sondern als natürlicher Teil des Lebens angenommen werden. Der Mensch soll offen sein und bleiben für neues und sich auf die Zukunft hin bewegen, nach Aufgaben und Zielen streben, zugleich aber auch innehalten und sich vergegenwärtigen, dass er begrenzt ist, endlich und vergänglich. Gerade das hohe Alter intensiviert das Bewusstsein der Verletzlichkeit, und trotz aller Einbußen ist auf anderen Ebenen eine Weiterentwicklung möglich und damit eine positive Lebenseinstellung. Hier haben Begriffe wie Selbstwerdung und Solidarität eine besondere Bedeutung, da diese und die Überwindung der körperlichen Einschränkungen zu Entwicklungsaufgaben im letzten Lebensabschnitt führen, die Erikson in seinem Stufenmodell mit Transzendenz bezeichnete.¹⁵³

Peck unterscheidet dabei eine dreifache Form der Transzendenz:¹⁵⁴

¹⁵¹ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 54-57

¹⁵² Levinas, E.: *Totalität und Unendlichkeit*; S. 343

¹⁵³ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 330-332

¹⁵⁴ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 331

- Transzendierung der Interessen (im Gegensatz zur beruflichen Interessen)
- Transzendierung des Körpers, und keine überstarke Beschäftigung mit ihm
- Transzendierung der eigenen Person, im Gegensatz zu einer überstarken Beschäftigung mit sich selbst

7. 3. 1 Suizid und Sterbehilfe

Im Zusammenhang mit der Endlichkeit des Lebens, der Selbstbestimmung und des Leids, ist das Thema Suizid immer wieder von Bedeutung. Geht man von einer radikalen Selbstverantwortung und Selbstbestimmung aus, so müsste auch der Freitod, d. h. der selbst zugefügte Tod, annehmbar und gerechtfertigt sein. Gerade angesichts eines langen Lebens und einer schweren oder unheilbaren Krankheit, welches im letzten Lebensabschnitt scheinbar nur noch von Verlust und Schmerz zeitigt, mutet eine Zustimmung an. Allerdings wird dies dahingehend relativiert, da Selbstmordgedanken eng geknüpft sind an eine subjektiv erlebte Einengung, aus der heraus ein Suizid verübt wird, wodurch der Freitod nicht als solche bezeichnet werden kann, sondern als ein Ausbruch aus einer unerträglich gewordenen Grenzsituation. Ziel muss es daher sein ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, welches zwar nicht frei sein kann von Belastungen und Grenzsituationen, aber Milderung durch Wertschätzung, Anteilnahme, Solidarität, Beistand und Mitverantwortung bringt und damit zu einem Auflösen oder eine Abschwächung der suizidalen Einengung führt. Dabei ist eine kontinuierliche und sorgfältige Prüfung der Angemessenheit aller Maßnahmen erforderlich und der Wille und die Gefühle des Menschen ernst zu nehmen, was viel Feingefühl verlangt.¹⁵⁵

Bei der Auseinandersetzung des Themas Suizid ist zusätzlich zur grundsätzlichen Debatte über die Selbstbestimmung zur Beendigung des Lebens noch zu unterscheiden zwischen einer aktiven und einer passiven Sterbehilfe, also der Beihilfe zum Freitod. Für die aktive, d. h. der gezielten Beendigung des Lebens, wird zumeist mit dem nicht mehr zu ertragendem Leid argumentiert, welches kein menschenwürdiges Dasein zulässt. Allerdings können durch medizinische, pflegerische, psychische, soziale und - so gewünscht - seelsorgerische Maßnahmen die Würde des Betroffenen aufrecht erhalten werden. Zudem unterscheidet sich die Sicht dessen, was als menschenwürdig oder - unwürdig angesehen wird, wobei Außenstehende oft den Anblick nicht mehr ertragen, v. a. Angehörige, zumeist die Kinder. Als Argument gegen jede aktive Sterbehilfe ist zudem zu

¹⁵⁵ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S.334&335

nennen, dass eine aktive Beendigung menschlichen Lebens die Frage aufwirft, wer auf welchen Grundlagen die Entscheidung trifft. Besonders das Argument des menschenunwürdigen Lebens kann dazu führen, dass eine immer größere Anzahl an Menschen, welche an einer physischen und/oder psychischen Erkrankung leiden - von außen - als menschenunwürdig betrachtet werden (Euthanasie, Nationalsozialismus, etc.). Zudem wird dadurch in den Betroffenen die Angst geschürt, dass auch sie nichts mehr wert sind und nicht mehr geschützt werden.¹⁵⁶

Die Würde eines Menschen hängt nicht nur von der Selbstbestimmung des Einzelnen ab, sondern auch vom Umgang miteinander. Eine Entscheidung von außen, was menschenwürdig oder -unwürdig ist, und dies als Argument für die Beendigung eines Lebens heran zu nehmen, anstatt sich selbst zu verpflichten dem anderen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, führt zurück zur Tötungsmaschinerie des Dritten Reichs. Die Würde des Menschen ist unantastbar, und der „Wert eines Lebens“ lässt sich nicht messen anhand von „objektiven“ Faktoren anderer.

*Eine Rechtsordnung, die absichtliches Töten eines anderen als Mittel der Leidhilfe toleriert, mindert den Lebensschutz zum Schaden aller und öffnet Schleusen zur Vernichtung angeblich sinnlosen oder unnützen Lebens.*¹⁵⁷

Die passive Sterbehilfe, d. h. der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, wirft andere Fragen auf, wird allerdings von der Gesellschaft eher toleriert, als die aktive Sterbehilfe. Problematisch wird diese vor allem dann, wenn der Betroffene sich nicht mehr selbst dazu äußern kann und keine Patientenverfügung vorhanden ist. Dabei wurde empirisch nachgewiesen, dass der Entscheidungsprozess erschwert wird, wenn die Betroffenen nicht zeitgerecht Präferenzen zu leistenden bzw. nicht zu leistenden lebensverlängernden Maßnahmen äußerten und daher die Entscheidung darüber eher Wunschäußerungen Angehöriger sind, und nicht Einstellungen der Betroffenen widerspiegeln. Eine Entscheidung wird in diesem Fall zumeist hinaus gezögert und decken sich nicht mit jenen der Betroffenen.¹⁵⁸

Die Problematik der passiven Sterbehilfe ist direkte Folge der modernen Medizin und deren Möglichkeiten, welche lebenserhaltende Maßnahmen zu einem überhöhtem, ja beinahe einem unbewussten Wunsch nach unendlichem Leben gleich kommen. Sie

¹⁵⁶ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 335

¹⁵⁷ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 336

¹⁵⁸ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 336

verdrängte damit die aktive Auseinandersetzung mit dem Sterben und dem Tod, und tauschte es aus gegen ein festhalten an einem funktionierendem Organismus, statt einem in sich integriertem Wesen - die Medizin übernahm die Verantwortung für den Ort, die Zeit und Art des Sterbens. Leben bedeutet auch loslassen können. Um so wichtiger ist daher auch das aktive Ansprechen der alten Menschen darüber, was sie von der Zukunft, insbesondere vom Sterben erwarten. Würde und Mitgefühl bedeutet auch, ihnen die Wahlfreiheit zurück zu geben. Dabei geht es nicht darum, die Möglichkeiten der modernen Medizin nicht zu nutzen, sondern sie im Sinne des Einzelnen an zu wenden. Sie stellt Fragen, welche sie nicht beantworten kann: Wann schalte ich bei einem Komapatienten die Geräte ab? Reanimation bei einem Alzheimerpatienten im sechsten, achten Stadium? etc. Hier ist in besonderer Eindringlichkeit eine ethische Auseinandersetzung angebracht, deren Grundlage die Sinnlichkeit darstellt.

7. 4 Heilung

Nicht nur Begriffe wie Gesundsein, Kranksein, Therapie und Diagnose sind zu eng gefasst, auch jener der Heilung.

Dieser darf nicht allein gekoppelt sein an Ursachen und Symptome von physischen und psychischen Krankheiten, sondern muss auch die Umwelt und Mitwelt sowie deren Bezüge, als auch die Spiritualität mit einbeziehen. Damit wird über das Bestehende kurieren und reparieren hinaus verwiesen und auf eine Mehrdimensionalität, in der Heilung dienende, integrative und kommunikative Komponenten erhält und fächerübergreifend angelegt ist, hingewiesen. Wesentliche Bedeutung darin bekommen die Werte und Überzeugungen der Einzelnen, da diese den Umgang und damit den Verlauf einer Krankheit, aber auch dem Leben an sich, beeinflussen. Die innere Unversehrtheit spielt eine Rolle, nicht bloß das reine Funktionieren des Organismus, womit sich das Wesen der Therapie ändert, die nicht reine Reparatur bedeutet, sondern auch ein begleiten und beistehen. So kann einer Krankheit vom Betroffenen passiv begegnet werden, in der Selbstverantwortung oder Mitgestaltung keine Rolle spielen. Man kann aber auch an einer Krankheit zerbrechen, was zu Resignation und Verbitterung führt, oder es kann eine aktive, kreative Auseinandersetzung mit der Krankheit stattfinden, so dass selbst in dieser Situation ein Potential an schöpferischer Kraft entsteht und freigesetzt wird.¹⁵⁹

¹⁵⁹ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 337&338

Die passive Begegnung ist wohl die einfachste und am häufigsten anzutreffende, scheinbar einfachste Art und Weise, in Gesundheit und Krankheit. Verantwortung wird abgegeben. Verantwortlich für Gesundsein und Kranksein trägt man nicht selbst, sondern der andere, der Arzt ist verantwortlich für die Heilung. Jeden Tag schluckt man die verschriebenen Medikamente, nimmt die Mühen der Physiotherapie auf sich, und trotzdem tritt keine Besserung ein. Man kann dieses und jenes nicht machen, weil man krank ist und niemand einem helfen kann. Die kreative Auseinandersetzung sagt: ja, aber. Trotzdem ist da etwas. Die Physiotherapie eröffnet mir auch die Möglichkeit mich mit einem jungen Menschen zu unterhalten und neues zu erfahren. Hier sind zwei Gegenpole am Werk, Pessimismus und Optimismus, Interesse und Desinteresse. Die Resignation demgegenüber bedeutet ein Aufgeben, ein kein Energie mehr haben. Aufgabe muss es daher sein, wieder Interesse zu wecken, Energie zu ermöglichen, ohne falsche Hoffnungen zu wecken, dafür Sichtweisen zu erweitern.

Dazu muss man der Spur des Anderen folgen; nicht nur in einer intellektuellen Auseinandersetzung, der kognitiven Bewertung der Daten und Fakten, sondern auf einer sinnlichen Ebene, d. h. nicht ausschließlich durch ein Zuhören der Worte des anderen, sondern auch auf ein hören der Gefühle des anderen, welche Empfindungen der Andere bei mir auslöst - und diese zulassen.

Für das Ertragen von Grenzsituationen, sowie deren Überwindung, ist Beziehung von Bedeutung, d. h. Unterstützung und Solidarität. Diese muss sich allerdings auf einer ich-du Ebene vollziehen, und nicht auf einer oberflächlichen ich-es Beziehung, indem die anderen den Betroffenen als ein Objekt betrachten und deren Situation und Verhalten als Ursache der Diagnose, sondern als lebensgeschichtliche Konsequenz dieses Menschen. Das Annehmen dieses Menschen, der in solchen Situationen besonders sensibel auf andere reagiert, ermöglicht es die schöpferische Kraft wieder zu finden. Auch Hannah Arendt betont, dass gerade Handeln, im Sinne von in Kontakt treten mit anderen in Wort und Tat, eine Chance bietet etwas Neues zu beginnen und einen schöpferischen Prozess darstellt, wobei ein Handelnder in einem Beziehungsgeflecht eingebunden ist. Dabei bewahrt der Einzelne trotzdem seine Unverwechselbarkeit und empfindet den anderen nicht als Gefahr, sondern als Chance.¹⁶⁰

Am schwersten wiegt das allein gelassen werden in Grenzsituationen - aber auch im Leben selbst. Die besten Ärzte und medizinische Versorgung kann nicht den

¹⁶⁰ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 337

schöpferischen Prozess in Gang setzen, bleibt die Beziehung auf einer ich-es Ebene stehen, wird der Einzelne ausschließlich betrachtet als ein physikalisch-chemischer Organismus, dessen Funktionalität wieder hergestellt oder aufrecht erhalten werden muss. Man muss sich einlassen auf diesen Menschen, sich einfühlen, und ihm die Möglichkeit geben auch im letzten Lebensabschnitt ein aktives, selbstbestimmtes Leben zur Selbstwerdung zu führen; kein fremdbestimmtes Leben, welches abhängig ist von Diagnosen. Dabei darf aktiv nicht gleichgesetzt werden mit körperlicher Vitalität, sondern meint eine geistig-seelische Entwicklung. Dementsprechend wird auch gesprochen von einem „Management von Problemsituationen“, dessen Ziel nicht die Wiederherstellung eines früheren Niveaus ist, sondern eine Stabilisierung und ein hohes Maß an Selbstständigkeit.¹⁶¹

Obwohl grundsätzlich kein Unterschied zu jüngeren Menschen besteht, besitzen die Störungen eine eigene Qualität und können als Fortsetzung oder Reaktivierung früherer oder ähnlicher Störungen aus anderen Lebensabschnitten angesehen werden, sind aber keineswegs nur Begleiterscheinung einer gegebenenfalls vorhandenen oder sich entwickelnden Demenz, sondern stellen ein eigenes Störungsbild da. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist notwendig, d. h. Kompetenzen wie Lern- und Entscheidungsfähigkeit, Veränderungswille, etc. müssen vorhanden sein. Wie aus den Alterstheorien ersichtlich, ist dies auch in diesem Alterssegment durchaus vorhanden, wobei trotzdem die körperlichen und psychischen Besonderheiten des Alters berücksichtigt werden müssen. Zudem rücken andere Ziele in den Vordergrund, als bei jüngeren Menschen, wobei zentral angesehen werden können die Lebensbilanzierung und die Bewältigung von Verlusterfahrungen, wobei hierbei nicht nur Verluste von geliebten und nahestehenden Menschen verstanden wird, sondern auch Verluste von eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen.¹⁶²

Zusammengefasst können folgende Ziele im Zusammenhang von „Heilung“ genannt werden:¹⁶³

- Selbstständigkeit und Eigenverantwortung fördern
- soziale Fähigkeiten verbessern
- stärkere Berücksichtigung des Körpers (sowohl Krankheit, als auch Gesundheit)
- intra- und intergenerationelle Schwierigkeiten klären

¹⁶¹ s. a. Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation*; in: Oswald, W. D.; Gatterer, G.; Fleischmann, U. M. (Hg.): *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*, S. 103-129

¹⁶² Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation*, S. 108-109

¹⁶³Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation*, S. 109

- Bilanzziehung und Lebensrückblick, Aussöhnen und akzeptieren des gelebten Lebens
- Verlustthematik bearbeiten
- ebenso Altern und Tod
- Gegenwartsbezug fördern
- praktische Lösungen erarbeiten

Trainingsmaßnahmen zielen dabei darauf ab, auf den Aufbau und Erhalt bzw. Wiedergewinnung von Kompetenzen. Voraussetzung ist dabei die grundsätzliche Überlegung, dass auch Personen höheren Alters Lern- und Entwicklungsfähig sind, wobei die systematischen Übungen v. a. auf kognitive Maßnahmen abzielen. Im Vordergrund stehen Intelligenz- und Gedächtnisübungen, deren Ausgangspunkt ein hierarchisches faktorenanalytisches Intelligenzmodell ist, welches zwischen fluider und kristaliner Intelligenz unterscheidet (Baltes nennt sie auch mechanische bzw. pragmatische Intelligenz; vergl. hierzu: *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*; in *Psychologische Rundschau* 41, S. 1-24, 1990). Mittlerweile liegen dazu eine Vielzahl an empirischen Befunden vor, von denen v. a. die SimA Studie von Oswald zu nennen ist, welcher auch die Bedeutung der Kombination von kognitiven und psychomotorischen Trainingsmaßnahmen hervor hob.¹⁶⁴

Selbstbestimmung und -gestaltung stehen zwar bei der Lebensführung immer im Vordergrund, problematisch ist allerdings, dass das Wissen darüber, was - ganz allgemein - Gesund ist oft nicht vorhanden ist und zudem oftmals nicht die Adressaten erreicht, zusätzlich oft widersprüchliche Empfehlungen Verwirrung stiften können. Betont wird immer wieder, dass ein aktiver Lebensstil (Motto: „use it or lose it“) und eine ausgewogene Ernährung am erfolgsversprechendsten ist.¹⁶⁵

Bei der sozialen Umwelt wird an der den alternden Menschen umgebenden physischen und sozialen Konstellationen angesetzt. Jeder Mensch altert zwar individuell, doch eine zufrieden stellende Lebensführung hängt auch ab vom Zusammenspiel der Person mit seiner sozialen und physikalischen Umwelt. Diese „ökologischen“ Faktoren entscheiden mit, ob er erfolgreich handeln und seine Bedürfnisse befriedigen kann. Die Einflussnahme auf Umweltgegebenheiten besitzen einen hohen Stellenwert, wobei in der Praxis dies v. a. eine Auseinandersetzung mit den Wohnverhältnissen und der Wohnumgebung bedeutet. Hauptsächlich untersucht werden dabei einerseits die objektiven Wohnverhältnisse,

¹⁶⁴ Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation*, S. 113-115

¹⁶⁵ Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation*, S. 115-116

andererseits die emotionale Seite und Bedeutungszuweisung des Wohnraums und dessen Umgebung. Eine Barrierefreie Umwelt bzw. eine an die Fähigkeiten des älteren Menschen angepasste - bspw. Türrahmen breit genug, um sich mit dem Rollator durch die Wohnung zu bewegen; Stützen beim WC und Bad, etc.; Aufzug, niedrigere Ampeln, etc - führen nicht nur zu einer physikalischen, sondern auch zu einer psychischen Barrierefreiheit, ebenso wie soziale Unterstützung und Wertschätzung.¹⁶⁶

Insgesamt ist zu sagen, dass der Umgang mit hochbetagten und Sterbenskranken eine fachlich wie ethisch fundierte Auseinandersetzung benötigt. Dabei gilt es vier Existenzgrundbedürfnisse zu wahren, damit der Mensch seinen Lebensweg gehen kann. An erster Stelle steht dabei das Angenommensein, d. h. Empathie des Anderen; zweitens Aktivität, d. h. ein Nutzen der vorhandenen Ressourcen, sie sollen erfasst und gefördert werden; drittens Sinnfindung, die durch eine adäquate, d. h. eine fachlich, als auch ethisch fundierte und reflektierte Begleitung unterstützt wird; und viertens ein Fortschritt oder eine Entwicklung, welche man unterteilen kann in Retentio, d. h. einem Rückblick auf die Biografie, und Intentio, dem, was noch werden kann.¹⁶⁷

8. Konklusion

Um so älter die Menschen sind und je größer die damit direkt oder indirekt verbundenen kognitiven Einbußen sind, d. h. das nachlassende Erinnerungsvermögen (speziell des KZG), die Aufmerksamkeitsdauer nachlässt, die Autonomie eingeschränkt ist, etc. desto schwieriger ist es, traditionelle Ziele eine Psychotherapie zu verfolgen bzw. mit ihnen in Kontakt zu treten. Eine klientenzentrierte Perspektive allerdings ermöglicht gerade aufgrund ihrer Sichtweise bei geringfügiger Adaption nicht nur diese und ermöglicht eine grundsätzliche Form der Kommunikation, da sie eine Beziehung anbietet, welche echt, tolerant, akzeptierend und frei von Werturteilen ist, ohne zu erwarten etwas zurück zu bekommen. Die Person als ganzes wird wertgeschätzt, mit der je eigenen Geschichte und Erfahrungen - an welche sie sich vielleicht nicht bewusst erinnern kann - jedoch bleibt sie trotzdem ein Mensch, der ein Bedürfnis nach Beziehung hat, nach Halt und Trost. Gerade Menschen mit Demenz sind sensibel und reagieren empfindlich auf gespieltes Verhalten, da ihre Abwehrmechanismen wegfallen. Sie drücken ihre Bedürfnisse offener und unmittelbarer aus und verstecken sich nicht hinter einer Mauer. Ihr bewusstes Gedächtnis

¹⁶⁶ Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation*, S. 116-118

¹⁶⁷ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 336; in: Kruse, A.; Martin, M. (Hg.): *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; S. 328-340

ist zwar in Mitleidenschaft gezogen, doch das emotionale intakt. Durch eine gegenwärtige Beziehung, die kontinuierlich erfolgt, kann dadurch das Wohlbefinden erhöht werden und durch die positiv erlebten Gefühle das innere Chaos zumindest rudimentär restrukturiert werden. Der Betroffene fühlt sich so akzeptiert und weniger verloren. Durch diese Zuwendung und Achtung der Person können dessen reale und erlebte Verluste der Selbstständigkeit und Abhängigkeit aufgefangen, sowie die Menschenwürde und der Respekt gewahrt werden. Diese Begegnung, das Herstellen einer Beziehung, getragen von Wertschätzung und Empathie, stellt damit nicht nur eine Therapieform da, sondern eine Form der Kommunikation, des in-Kontakt-tretens mit Menschen.¹⁶⁸

Unter Empathie ist dabei zu verstehen, dass man ein Verständnis aufbringt dafür, was eine andere Person erleben mag, d. h. es ist nicht möglich das gleiche zu fühlen, da alle Menschen unterschiedlich sind, doch kann man versuchen die Welt mit dessen Augen zu sehen und so ein annäherndes Bild dessen zu bekommen, wobei man sich zugleich seiner eigenen Gefühlswelt bewusst sein muss. Dies erfordert eine besondere Art der persönlichen Entwicklung, da Anforderungen dahingehend bestehen, dass man dem anderen mit Freundlichkeit und gesundem Menschenverstand begegnet, die wahrhaftig ist und keine Fassade darstellt. Dafür sind keine vorgefertigten Antworten oder technischen Lösungen möglich, sondern stellt eine Entwicklung da. Um empathisch sein zu können ist zudem eine „freie Aufmerksamkeit“ notwendig, wie es in der Psychotherapie oftmals genannt wird, d. h. eine Wahrnehmung der anderen Person, dessen verbalen und non-verbalen Signale, ohne sich von äußeren und/oder inneren Einflüssen ablenken zu lassen. Vorurteile, Projektionen, eigener emotionaler Ballast, etc. soll die Beziehung nicht beeinflussen, wodurch man sich zunächst diesen stellen und sie bearbeiten muss. Damit erwirbt man die Fähigkeit in einer Begegnung „zu sein“ und den anderen durch weniger Verzerrungen wahr zu nehmen. Dies erfordert unter anderem eine Offenheit, Flexibilität, Kreativität, Reaktionsbereitschaft, Mitgefühl und das man sich innerlich wohl fühlt. Dazu gehört des weiteren zunächst eine Bewusstwerdung und Entwicklung zu einer toleranteren und großzügigeren Haltung zum eigenen Selbst. Diese innere Liebe oder auch Eigenliebe soll nicht zu Egoismus oder Selbstmitleid führen, sondern vergleichbar sein mit der bedingungslosen Liebe der Eltern zum Kind. Dadurch können neue Bedürfnisse entdeckt, aber auch neue Wege der Bedürfnisbefriedigung gefunden werden. Zugleich bedarf es allerdings eines Realismus, Wünsche, Möglichkeiten und Grenzen, damit eine ausgeglichene und ausgewogene Existenz geschaffen werden kann. Dabei

¹⁶⁸ Gatterer, G; Croy, A.: *Psychotherapie im Alter - Ein Überblick*; S. 260-262

muss man sich von der Vorstellung einer „professionellen Distanz“ lösen, da jeder sich selbst und seine Persönlichkeit und Themen einbringt - und einbringen soll. Nicht eine Rolle soll eingenommen werden - hinter der man sich leicht verstecken kann -, sondern sich selbst, wobei man mit den eigenen Gefühlen vertraut sein muss und sich der eigenen Verletzlichkeit und Endlichkeit bewusst ist. In klientenzentrierter Sichtweise also jemand, der ein gut entwickeltes Entwicklungsselbst hat. Dazu muss man nicht im Gießkannenprinzip Wissen aufnehmen oder sich technische Fähigkeiten aneignen, sondern eine persönliche und moralische Entwicklung in Gang setzen, hin zu einer reflektierenden Persönlichkeit.¹⁶⁹

Denn,

Der Mensch lässt sich wohl als Gegenstand der Erkenntnis behandeln und zeigt sich dem Wissen im Wahren der Wahrnehmung und im Licht der Sozialwissenschaften. Aber ausschließlich als Objekt betrachtet, ist der Mensch missachtet und verkannt. Nicht, dass die Wahrheitverletzend oder seiner unwürdig wäre....Doch wir sind Menschen, bevor wir Wissenschaftler sind, und bleiben es, auch nachdem wir eine Menge vergessen haben.¹⁷⁰

Dabei gilt es zu beachten, dass von Seiten des Betreuers Faktoren bestehen, welche die Beziehung zum HBW beeinflussen können, wie beispielsweise:

- eigene Einstellung zu Alter und Altern
- primäre somatisch, defizitorientierte Sicht des Alterns
- Angst vor Tod des HBW
- Umkehrung der Übertragungssituation
- Reaktivierung eigener Konflikte (Rollenbilder, Erfahrungen, Vorurteile)
- mangelndes Wissen geschichtlicher Faktoren
- abwertende Vorurteile
- gleichzeitiges Auftreten von psychischen, kognitiven und körperlichen Erkrankungen
- notwendige Adaption an die Bedürfnisse und Ressourcen der älteren Menschen
- Kooperation mit anderen Disziplinen (Medizin, Pflege, Therapien, etc.)

Zum Unterschied zu jüngeren Menschen bestehen im hohen Erwachsenenalter die Entwicklungsaufgaben hauptsächlich darin mit Verlusterlebnissen um zu gehen und neue Möglichkeiten zu suchen, d. h. in einem Trauer- und Befreiungsprozess. Zwar schränken

¹⁶⁹ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 171-191

¹⁷⁰ Levinas, E.: *Außer sich*; S. 9

das Alter und die Multimorbidität und daraus sich ergebende v. a. hirnorganische Erkrankungen die Entwicklungs- und Beziehungsmöglichkeiten ein, sollten aber nicht als grundsätzliches Argument gegen eine Betreuung im allgemeinen angesehen werden, da sich Erfolge sowohl auf der Symptom-, als auch der Konfliktebene zeigen lassen. So können innerpsychische, als auch intra- und intergenerationelle Konflikte bearbeitet und geklärt werden und so Raum für neue Beziehungsmöglichkeiten geschaffen werden, Symptomabschwächungen erzielt, sowie eine Verbesserung bzw. Stabilisierung von körperlichen Erkrankungen erreicht werden. Zudem können Retraumatisierungen wieder stabilisiert, und sogar Persönlichkeitszüge verändert werden.¹⁷¹

Die zu beachtenden Aspekte in der Arbeit mit älteren Menschen lassen sich daher folgendermaßen differenzieren:¹⁷²

- biografische: Vorhandene, nicht verarbeitete biografische Konflikte können wieder aufleben und Entwicklungspotenziale des Alters stören oder unterdrücken. Eine Psychotherapie kann zu einer Neubewertung der Situation, der Verarbeitung von Verlusten, Defiziten und Fehlern, sowie noch vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen entdecken, fördern und weiterentwickeln.
- situative: Hier sind vor allem neue Konflikte und Belastungen zu nennen, welche im Alter auftreten, wie bspw. Verluste von nahestehenden Personen (v. a. Partner), und veränderte Lebenssituationen (z. B. Pensionierung, Heimeinzug, etc.), welche die bisherigen relativ stabilen Lebensverhältnisse tiefgreifend beeinflussen und zu einer Änderung des eigenen Rollenbildes führen, sowie der Aufgaben und Lebensperspektiven. Erforderlich ist dabei eine Neuorientierung und Bearbeitung der aktuellen Lebenssituation. Zu beachten sind hier die Möglichkeiten (z. B. Kompetenzmodell), aber auch Grenzen (biologisch, psychisch, sozial).
- personale: Die subjektive Bewertung der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft beeinflusst die individuell empfundene Lebenszufriedenheit, wobei gezeigt werden konnte, dass Personen, die ihre Situation als unveränderlich ansehen inaktiver und depressiver sind und schlechter mit auftretenden Krankheiten und Veränderungen umgehen können. Die Bewertung von Lebenssituationen hängt maßgeblich vom Selbstbild des Betroffenen ab und weniger von objektiven Fakten. Hier spielt bspw. das Aufzeigen neuer Perspektiven und die Neubewertung der Situation eine entscheidende Rolle.

¹⁷¹ Radebold, H.: *Psychotherapie*; S. 299-301

¹⁷² Gatterer, G; Croy, A.: *Psychotherapie im Alter - Ein Überblick*; S. 241-243

- soziale: Gerade im Alter kommt es vermehrt zu Verlusterlebnisse, die zu Vereinsamung und Isolation führen können. Zu beachten ist hierbei, dass nicht die Anzahl der Kontakte, sondern deren Qualität entscheidend ist, da ein Rückzug nicht unbedingt Ursache verlorener Lebens- oder Zukunftsperspektive ist, sondern Folge einer stärkeren Konzentration auf sich selbst sein kann. Biografische Kontaktmuster und situative Kontaktbedürfnisse müssen Berücksichtigung finden.
- kontextuelle: Zu beachten ist, dass nicht nur die psychische Situation des Betroffenen eine Rolle spielt, sondern auch Umweltfaktoren, welche eine psychotherapeutische Intervention notwendig machen. Zu nennen sind bspw. fehlende finanzielle Mittel, schlechte Wohnverhältnisse, Verkehrsverbindungen und Einkaufsmöglichkeiten, aber auch Krankheiten und schwierige ambulante Versorgung, ebenso wie fehlende oder mangelhafte Hilfsmittel (Brille, Hörgerät, Rollator, etc.). Deshalb kann sich die Therapie nicht nur auf die psychische Situation beschränken, sondern muss sich auch auf den Lebensraum ausdehnen und diesen mit einbeziehen.

Mittlerweile hat sich die Ansicht etabliert, dass Altern kein einseitiger Abbauprozess von Funktionen, Fertigkeiten und Fähigkeiten ist, andererseits führt die Multimorbidität und das Ansteigen psychischer Krankheiten zu der Einsicht, dass nicht nur medizinische und pflegerische Maßnahmen ergriffen werden müssen, sondern auch soziale und psychotherapeutische bzw. psychosoziale, wobei hierbei die Altersveränderungen, Krankheiten, Verlusterlebnisse und veränderte Rollenbilder im Vordergrund stehen.¹⁷³

Kitwood schlägt sieben mögliche Zugänge vor, um eine Einsicht in die subjektive Welt der Demenz zu gewinnen, die eine Art Collage darstellt:¹⁷⁴

- Berichte: mittlerweile besteht ein große Bandbreite an Berichten, die von Menschen verfasst wurden, bei denen eine beginnende Demenz diagnostiziert wurde, und die einen Einblick liefern in deren Gefühlswelt und der fortschreitenden Krankheit
- Aufmerksames Zuhören: oder auch aktives, strukturiertes Zuhören von Menschen mit Demenz, in Einzel- oder Gruppensettings. Dabei können Bilder oder auch Gegenstände eingebracht werden auf die die Menschen Aspekte des eigenen Erlebens projizieren können
- aufmerksames Beobachten im Alltag: d. h. sie in ihrem Lebensumfeld, sei es nun in ihren Wohnungen, im Heim aufmerksam auf das Hören, was sie sagen bzw. wie sie sich

¹⁷³ Gatterer, G; Croy, A.: *Psychotherapie im Alter - Ein Überblick*, S. 239

¹⁷⁴ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 111-118

Verhalten, und dabei dies nicht auf die Krankheit schieben, sondern überlegen, weshalb gerade dieses Verhalten gesetzt wird

- Befragung von Menschen mit Erkrankungen, die ähnliche Symptome aufweisen: bspw. Meningitis, Depression
- eigene poetische Vorstellungskraft: Gedichte oder auch Bilder können oft mehr Aussagekraft der Gefühlswelt und Emotionen ausdrücken, als dies in einer Prosasprache möglich ist
- Rollenspiele: nicht auf eine hölzerne Art und Weise und oberflächlich, sondern wirklich hineinsteigern in die Rolle, wobei die Möglichkeit aus der Rolle wieder aus zu steigen und darüber in einer Gruppendiskussion bzw. Einzelgespräche reflektieren zu können vorhanden sein muss

Gemeinsam ist all diesen Methoden, dass es darum geht, das subjektive Erleben und die Gefühlswelt der Demenz zu verstehen und nach zu empfinden, also einen Prozess in Gang zu setzen, der über ein kognitives Verstehen der Erkrankung hinaus geht. Ängste, Sorgen, Wünsche, Bedürfnisse, etc. sollen gefühlt werden, um sich ein annäherndes Bild von Menschen in dieser Situation machen zu können.

Als achten Punkt muss noch hinzugefügt werden - was Kitwood implizit voraussetzt - die fachlich und ethisch fundierte Auseinandersetzung mit der Krankheit, und zwar sowohl auf einer medizinisch-psychologischen Ebene, als auch ethisch-philosophischen.

Dadurch lässt sich eine Bandbreite des Erfahrens erstellen, dessen Bereiche die Gefühle des Betroffenen einnehmen, wie Ängste und Frustrationen, die an spezifische Bedeutungen gekoppelt sind, allgemeine Zustände, wie Schrecken, Elend, Wut, Chaos, etc., die eine diffuse Bedeutung besitzen und Stadien des Ausgebranntseins, einer Erschöpfung, die von Verzweiflung, Depression, bis hin zur völligen Niedergeschlagenheit und Apathie reichen. Durch den Zusammenbruch der Abwehrmechanismen brechen dabei die rohen Emotionen hervor, und quälen den Einzelnen, dies um so intensiver, je weniger der Betroffene im Laufe seines Lebens Zugang zu seinen differenzierten Gefühlen lernte. Insbesondere wenn jemand unter großem Druck stand, Entbehrungen erlitt oder schmerzhaft Wunden davontrug brechen diese wieder auf. Deshalb ist eine großzügige Annahme, ein emotionales Geben notwendig, dass keine direkte Belohnung dafür erwartet. Sie brauchen dabei Trost, womit Nähe und Zärtlichkeit gemeint ist, dem Geben eines Gefühls der Sicherheit und dem Lindern von Leid und Schmerz. Hierfür ist eine Bindung notwendig, die Sicherheit bietet und kontinuierlich vorhanden ist, wozu die Einbeziehung des Betroffenen notwendig ist und eine Beschäftigung, entsprechend den

Fähigkeiten, Ressourcen und Bedürfnissen der Person. Dadurch kann die Person eine Identität aufrecht erhalten, die ihr hilft ihre Bedürfnisse zu befriedigen und mit ihrem Erleben und ihren Gefühlen um zu gehen.¹⁷⁵

Um so älter die Menschen sind und je größer die damit direkt oder indirekt verbundenen kognitiven Einbußen sind, d. h. das nachlassende Erinnerungsvermögen (speziell des KZG), die Aufmerksamkeitsdauer nachlässt, die Autonomie eingeschränkt ist, etc. desto schwieriger ist es, traditionelle Ziele eine Psychotherapie zu verfolgen bzw. mit ihnen in Kontakt zu treten. Eine klientenzentrierte Perspektive allerdings ermöglicht gerade aufgrund ihrer Sichtweise bei geringfügiger Adaption nicht nur diese und ermöglicht eine grundsätzliche Form der Kommunikation, da sie eine Beziehung anbietet, welche echt, tolerant, akzeptierend und frei von Werturteilen ist, ohne zu erwarten etwas zurück zu bekommen. Die Person als ganzes wird wertgeschätzt, mit der je eigenen Geschichte und Erfahrungen - an welche sie sich vielleicht nicht bewusst erinnern kann - jedoch bleibt sie trotzdem ein Mensch, der ein Bedürfnis nach Beziehung hat, nach Halt und Trost. Gerade Menschen mit Demenz sind sensibel und reagieren empfindlich auf gespieltes Verhalten, da ihre Abwehrmechanismen wegfallen. Sie drücken ihre Bedürfnisse offener und unmittelbarer aus und verstecken sich nicht hinter einer Mauer. Ihr bewusstes Gedächtnis ist zwar in Mitleidenschaft gezogen, doch das emotionale intakt. Durch eine gegenwärtige Beziehung, die kontinuierlich erfolgt, kann dadurch das Wohlbefinden erhöht werden und durch die positiv erlebten Gefühle das innere Chaos zumindest rudimentär restrukturiert werden. Der Betroffene fühlt sich so akzeptiert und weniger verloren. Durch diese Zuwendung und Achtung der Person können dessen reale und erlebte Verluste der Selbstständigkeit und Abhängigkeit aufgefangen, sowie die Menschenwürde und der Respekt gewahrt werden. Diese Begegnung, das Herstellen einer Beziehung, getragen von Wertschätzung und Empathie, stellt damit nicht nur eine Therapieform da, sondern eine Form der Kommunikation, des in-Kontakt-tretens mit Menschen.¹⁷⁶

Unter Empathie ist dabei zu verstehen, dass man ein Verständnis aufbringt dafür, was eine andere Person erleben mag, d. h. es ist nicht möglich das gleiche zu fühlen, da alle Menschen unterschiedlich sind, doch kann man versuchen die Welt mit dessen Augen zu sehen und so ein annäherndes Bild dessen zu bekommen, wobei man sich zugleich seiner eigenen Gefühlswelt bewusst sein muss. Dies erfordert eine besondere Art der

¹⁷⁵ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 118-126

¹⁷⁶ Gatterer, G; Croy, A.: *Psychotherapie im Alter - Ein Überblick*; S. 260-262

persönlichen Entwicklung, da Anforderungen dahingehend bestehen, dass man dem anderen mit Freundlichkeit und gesundem Menschenverstand begegnet, die wahrhaftig ist und keine Fassade darstellt. Dafür sind keine vorgefertigten Antworten oder technischen Lösungen möglich, sondern stellt eine Entwicklung da. Um empathisch sein zu können ist zudem eine „freie Aufmerksamkeit“ notwendig, wie es in der Psychotherapie oftmals genannt wird, d. h. eine Wahrnehmung der anderen Person, dessen verbalen und non-verbalen Signale, ohne sich von äußeren und/oder inneren Einflüssen ablenken zu lassen. Vorurteile, Projektionen, eigener emotionaler Ballast, etc. soll die Beziehung nicht beeinflussen, wodurch man sich zunächst diesen stellen und sie bearbeiten muss. Damit erwirbt man die Fähigkeit in einer Begegnung „zu sein“ und den anderen durch weniger Verzerrungen wahr zu nehmen. Dies erfordert unter anderem eine Offenheit, Flexibilität, Kreativität, Reaktionsbereitschaft, Mitgefühl und das man sich innerlich wohl fühlt. Dazu gehört des weiteren zunächst eine Bewusstwerdung und Entwicklung zu einer toleranteren und großzügigeren Haltung zum eigenen Selbst. Diese innere Liebe oder auch Eigenliebe soll nicht zu Egoismus oder Selbstmitleid führen, sondern vergleichbar sein mit der bedingungslosen Liebe der Eltern zum Kind. Dadurch können neue Bedürfnisse entdeckt, aber auch neue Wege der Bedürfnisbefriedigung gefunden werden. Zugleich bedarf es allerdings eines Realismus, Wünsche, Möglichkeiten und Grenzen, damit eine ausgeglichene und ausgewogene Existenz geschaffen werden kann. Dabei muss man sich von der Vorstellung einer „professionellen Distanz“ lösen, da jeder sich selbst und seine Persönlichkeit und Themen einbringt - und einbringen soll. Nicht eine Rolle soll eingenommen werden - hinter der man sich leicht verstecken kann -, sondern sich selbst, wobei man mit den eigenen Gefühlen vertraut sein muss und sich der eigenen Verletzlichkeit und Endlichkeit bewusst ist. In klientenzentrierter Sichtweise also jemand, der ein gut entwickeltes Entwicklungsselbst hat. Dazu muss man nicht im Gießkannenprinzip Wissen aufnehmen oder sich technische Fähigkeiten aneignen, sondern eine persönliche und moralische Entwicklung in Gang setzen, hin zu einer reflektierenden Persönlichkeit.¹⁷⁷

Notwendig ist es, auch den Menschen mit einer Demenz - oder anderen, v. a. psychischen Erkrankungen - eine Subjektivität zu billigen. Dabei muss mit großer Sensibilität vorgegangen werden, wobei die größten Probleme unter anderem dahingehend auftreten, dass gerade diesen Menschen die Fähigkeit Erfahrungen zu sammeln abgesprochen wird, die Bedürfnisse der Betreuenden, nicht der zu Betreuenden im Vordergrund stehen und

¹⁷⁷ Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; S. 171-191

deren Gedanken und Gefühle - das Personsein an sich - wenig Würdigung erhält. Natürlicherweise sind dem Verständnis, sowie der Empathie, zahlreiche Grenzen gesetzt, da jeder Mensch unterschiedliche Erfahrungen in seinem Lebensweg machte und diese anders verarbeitete, doch bereits die Akzeptanz des Anderen in seinem so sein und dem zusprechen von Handlungsressourcen, trotz verloren gegangener Fähigkeiten, stellt einen ersten Schritt da.

Altern ist ein natürlicher Prozess, der nicht interpretiert werden sollte ausschließlich als ein Verlust an psychischer und physischer Vitalität, sowie von sozialen Kontakten, sondern als eine lebenslange Entwicklung, die nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt beginnt. Zwar reduziert sich die Leistungsfähigkeit und oftmals verringert sich die Anzahl an zwischenmenschlichen Kontakten, doch dafür eröffnen sich auch Möglichkeiten, indem sich bspw. die Qualität der Beziehungen erhöht oder sich eine gewisse Ruhe und Gelassenheit einstellt. Es ermöglicht die Chance, sich auf weniger Dinge zu konzentrieren und diesen dafür eine größere Bedeutung beizumessen. So ist es möglich, Glück und Zufriedenheit in den scheinbaren Kleinigkeiten des Lebens zu finden. Es stellt einen Prozess der Reifung da, hin zu einer Art Weisheit, der allerdings nicht plötzlich beginnt, sondern eine Entwicklung über die Lebensspanne hinweg darstellt. Die größte Bedrohung stellt dabei nicht der Tod da, sondern das Getriebensein von äußeren Umständen und die Entmenschlichung oder Entwürdigung.

Die körperliche Existenz ist zweideutig. Zum einen ist sie fähig zu genießen, sich lebendig und vital zu fühlen, andererseits wird sie bedroht von den Elementen und der nicht-Verfügbarkeit der Bedürfnisbefriedigung, wodurch die Sinnlichkeit zwei Seiten zeigt. Im ersten Fall führt der Genuss zu einer Positionierung, zu einem Ich in der Welt, welches verbunden ist mit einer Art Egoismus, zu Wissen was man fühlt, braucht, wünscht, etc. Die zweite Seite bedeutet Verwundbarkeit, Verletzlichkeit oder auch eine Ausgesetztheit, wobei beide Seiten eng miteinander verknüpft sind, da nur derjenige, welcher auch genießen will so getroffen werden kann, dass er leidet. Diese Verwundbarkeit führt Levinas auch zu seiner Ethik für den anderen. Zuvor aber ist sie für den Einzelnen existierenden konkret erfahrbar, nämlich in der Einsamkeit, dem Leiden, dem Tod und der Bedrohung durch ein anonymes Sein. Dieses anonyme Sein des „es gibt“ (il y a) bezeichnet etwas, das geschieht, das man aber nicht orten kann. Es ist ein unbestimmtes Seinsgeschehen, welches unabhängig ist vom Subjekt, aus sich selbst ist, mit dem der Mensch konfrontiert wird. In dieses Sein muss er sich setzen, was er Hypostase nennt. Dieses ist das reine Sein. Ergebnis dieser Hypostase ist die Einsamkeit, welche er nicht

bezeichnet als Verlust oder Entzug von Gemeinschaft. Vielmehr zeigt sie sich darin, dass das Subjekt alleine ist, sein Existieren übernimmt, die Freiheit zu Sein. Sie ist das Existieren an sich, welche nur den Einzelnen existierenden betrifft. In diesem Sein entdeckt der Mensch seine Identität, muss sich mit sich selbst beschäftigen.¹⁷⁸

Der Tod an sich stellt nur den Schlusspunkt da und zeigt die Einmaligkeit des Lebens an. Er bedroht nicht das würdevolle Leben, sondern ist ein Teil davon und muss daher in das Leben integriert werden, indem er bewusst gemacht, und nicht verdrängt wird, wobei er als das betrachtet werden muss, was er ist, d. h. er darf weder verdrängt, noch überhöht werden.

Verantwortung für das Alter(n) trägt jeder für sich alleine, wobei diese Verantwortung ein Leben lang besteht. Diese muss bewusst er- und gelebt werden, damit das Leben selbst gestaltet werden kann.

Die gesellschaftliche Verantwortung liegt darin begründet, dieses selbstgestaltete Leben zu ermöglichen, und die Würde des Einzelnen zu respektieren, wobei auch hier die Bewusstmachung dessen, was Glück und Zufriedenheit, Befriedigung bringt bzw. wovon diese bedroht wird, im Vordergrund stehen muss.

Die Bewusstmachung ist immer mit Schmerz verbunden, sowohl auf der individuellen, als auch der gesellschaftlichen Ebene; v. a. auch die Bewusstmachung dessen, was Befriedigung bringt und wodurch sie bedroht wird bzw. wenn die Befriedigung nicht möglich ist, d. h. ein Fehlen vorhanden ist. Doch erst im Entdecken dessen, dem Erkennen, ist ein Arbeiten daran möglich. Nur weil es verdrängt oder versteckt wird, heißt dies nicht, dass es nicht existiert. Gerade das Unbewusste übt einen großen Einfluss aus, da dessen Vorhandensein nicht erkannt wird, und damit wohin es führt. Man wird getrieben von etwas und kann sein Leben nicht frei und selbst gestalten.

Die Selbstverantwortung für das eigene Leben kann nicht zu der Schlussfolgerung führen, dass jeder für sich alleine bleibt und der einzelne im Stich gelassen wird, sondern dazu, jedem Entwicklungspotential zu sprechen, und damit einhergehend ein Personsein zu gestehen. D. h. sowohl im Gesundsein, aber auch Kranksein behält der Einzelne das Recht - aber auch die Pflicht - der Eigenverantwortlichkeit. Interventionen an ihm dürfen nicht gesetzt werden über ihn hinweg, sondern müssen ihm Mitgeteilt und erklärt werden, auch wenn dieser - vermeintlich - nichts mitbekommt. Hier ist der die Intervention setzende

¹⁷⁸ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 49-53

gefordert nicht nur die Sprache an den anderen an zu passen, sondern auch einfühlsam vor zu gehen.

Dabei ist zu beachten, dass im Alter andere Themen und Bedürfnisse von Bedeutung sind, d. h. ein Übertragen der eigenen Wünsche und Bedürfnisse auf den anderen, um ihn so zu verstehen, führt bald an seine Grenze bzw. verunmöglicht es sogar diesen zu verstehen, da der andere vollkommen anders ist.

Die Andersheit des Anderen ist so anders, so dass man sich diese nicht vorstellen kann, trotzdem spürt man eine Exteriorität, auf welche man sich einlassen kann, um so dem unendlichen zu begegnen, oder man verschließt sich ihr. Zur Beschreibung der Begegnung mit der Andersheit führt Levinas die Begriffe Verwirrung und Enigma (Rätsel) ein. Verwirrung bedeutet hierbei die Erahnung der Andersheit, eines Horizonts, den man zwar fühlt, aber nie zu fassen bekommt. Sie stellt einen unermesslichen Abstand da, eine andere Zeitlichkeit und zugleich ein Geschenk des Anderen, wobei man dazu bereit sein muss diese Verwirrung zu lassen, dazu, dass die eigene Ordnung gestört wird. Mit dem Begriff Rätsel versucht er ebenfalls von der Transzendenz zu sprechen, ohne in eine Endlichkeit zu gelangen. Dessen Bedeutung steht im Gegensatz zum Phänomen, mit welchem er das in der Welt offenbare bezeichnet. Das Rätsel ist eine Art Tür, welche sowohl offen, als auch verborgen ist. Das Phänomen ist die Gegenwart, Erkenntnis, im Gegensatz zur uneinholbaren Vergangenheit, durch welches das Rätsel bestimmt wird. Sich dem Rätsel zu nähern gelingt nur über die ethische Beziehung, nicht aber durch Erkenntnis oder Verstehen.¹⁷⁹

Die Emanzipation der Gerontologie von der Medizin führte dazu, dass diese Andersheit des Anderen zugelassen wurde, sowie die Vielfalt des Alters. So konnte sich die Erkenntnis durchsetzen, dass Altern nicht ausschließlich mit Verlusten verbunden ist, sondern sehr wohl auch Möglichkeiten bietet und die Lebenszufriedenheit abhängig ist vom subjektiven Erleben, und nicht ausschließlich von objektiven Faktoren, wie bspw. dem Fehlen von Krankheiten.

Zu beachten ist die Komplexität von Erkrankungen, und dass das Alter nicht unbedingt die Ursache, sondern einen Risikofaktor darstellt. Zwar nimmt die Adaptionfähigkeit des Organismus ab und es erhöht sich dessen Vulnerabilität, trotzdem können Krankheitsprozesse nicht ausschließlich darauf zurückgeführt werden, sondern der enge Zusammenhang von Umweltbedingungen und psychischen Faktoren muss

¹⁷⁹ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 80-83

Berücksichtigung finden, wobei unter anderem ein Kausalwissen oftmals nicht vorhanden ist, Mehrfachdeterminierungen bestehen, Interventionen zeitgerecht erfolgen müssen und es zu Somatisierungen von Beschwerden kommt.

Der Wert der Psychosomatik ist dabei darin zu finden, dass sie in ihren Analysen physische, psychische und soziale Faktoren einfließen lässt, und Krankheitsbilder nicht ausschließlich als einen physisch-chemischen Prozess sieht. Sie ist auch hilfreich dabei gerade aufgrund der zahlreichen somatischen Diagnosen Rückschlüsse auf die Persönlichkeit des Betroffenen zu schließen, d. h. ist mehrheitlich der Verdauungstrakt beeinträchtigt, oder ist es das Herz-Kreislaufsystem, etc. Allerdings bleibt sie stark von der Medizin abhängig, auch wenn sie ein umfassenderes Bild des Patienten liefert und damit adere Wege der Therapie einschlägt. Zudem bleibt sie einer zu erlernenden Technik der Interaktion behaftet, ein Vorwurf, der man sehr wohl auch einer klientenzentrierten Zugangsweise vorwerfen kann, doch betont diese in verstärktem Maße die emotionale Bedeutung in der Kommunikation, die einer Intellektualisierung vorzuziehen ist. Die meisten Menschen, die Drogen konsumieren, stehlen, Rauchen, etc. wissen, dass sie etwas falsch machen, und selbst Verbote und Gebote hindern sie nicht daran, es trotzdem zu tun. Hier muss in tiefere Strukturen vorgedrungen werden - hier zeichnet sich die Psychosomatik wiederum gegenüber der klassischen Medizin aus -, die nicht an oberflächlichen Symptomen hängenbleibt. Die Symptome sind ein Symbol für etwas, dessen Bedeutung von Mensch zu Mensch variiert.

Eine Konzentration auf das rein körperliche, d. h. auf äußerliche Symptome, bringt einen den Anderen nicht näher. Ein Einfühlen vollzieht sich hier auf einer rein körperlichen Ebene, ein Symptom, welches eine Fassade darstellt und die dahinter liegenden Ursachen verdeckt.

Die Bedeutung der psychosomatischen Medizin eröffnet sich auch darin, dass sie die Sicht auf den Menschen verändert. Dieser wird nicht angesehen als ein physikalisch-chemisches Objekt, womit Gesundheit und Krankheit angesehen werden als ein korrektes oder fehlerfreies Funktionieren des Organismus, sondern den Menschen sieht als ein Individuum, welches beeinflusst wird von inneren und äußeren Faktoren, d. h. physischen, psychischen und sozialen Faktoren, sowie deren Wechselspiel. Nicht zufällig richtet Uexküll sein Buch nicht ausschließlich an Mediziner, sondern sehr wohl auch an alle Menschen, die mit Menschen arbeiten, da Symptome und bereits bestehende Diagnosen erweitert und in einem größeren Zusammenhang gesehen werden können. Dadurch finden nicht nur klassische Therapien Berücksichtigung, welche sich zu häufig in der Verabreichung von Medikamenten ergeht, sondern umfassen sehr wohl auch psycho-

soziale Maßnahmen. Grundvoraussetzung dafür ist aber, dass in einer einfühlsamen Art und Weise auf den Einzelnen eingegangen wird, und dessen je individuelle Lebenswirklichkeit Berücksichtigung findet, wobei nicht ausschließlich die Defizite, sondern auch die Stärken Ressourcen aufgedeckt werden müssen.

Der Körper - oder Leib, wie Levinas sich ausdrückt - ist Ort des Genusses und des Ausgesetztseins, womit dieser zweideutig erfahren wird. Dort erlebt der Mensch die Sinnlichkeit des Genusses und konstituiert sein vitales Ich. Zugleich aber impliziert dies eine Bedrohung, da der Genuss nicht von Dauer ist, der Leib ständig bedürftig ist. Der Leib stellt aber einen Besitz des Menschen da, der nicht überwunden werden kann, sondern der die Sinnlichkeit vollzieht, d. h. es geht nicht vordergründig um die Körperlichkeit, sondern um dessen Sinnlichkeit.¹⁸⁰

Die Auseinandersetzung mit dementiellen Erkrankungen waren aufgrund der Erfahrung von Bedeutung, und auch die Literaturrecherche ergab, dass gerade diese die größten und vielfältigsten Probleme mit sich bringen, wobei deren Bedeutung aufgrund der demographischen Entwicklung noch weiter ansteigen werden. Allerdings zeigte die Beobachtung, dass die Probleme nicht abhängig waren von der speziellen Diagnose oder dem gemessenen MMSE. Die Beschäftigung, insbesondere auch hinsichtlich der klinischen Perspektive, verhalf dazu, die Vielfalt an Formen, Ursachen und Auswirkungen kennen zu lernen und auf einer ontologischen Ebene ein Verstehen der Denk- und Gefühlswelten her zu stellen. Insgesamt zeigte sich aber, dass nur eine Annäherung, welche auf einer sinnlichen Ebene erfolgte - unabhängig davon, welcher MMSE oder Diagnose erstellt worden war - eine wahre Kommunikation, d. h. eine für beide Seiten befruchtende, herstellen konnte, eine Beziehung, die das Menschsein, das Personsein förderte. Dies lässt sich erklären als ein Anerkennen des einem gegenüber befindlichen, den man als diesen wahrnimmt und wertschätzt, in seinem so sein. Einer Gewährwerdung der Andersheit des Anderen.

Der Andere bleibt immer ein Rätsel, gerade weil er vollkommen anders ist. Levinas Denken geht sogar dahin, dass es bei der Andersheit des Einzelnen beginnt. Ähnlich wie Heidegger tritt er gegen die Totalität der menschlichen Erkenntnis ein, allerdings existiert bei diesem nur die Beziehung zum Sein, nicht aber die Beziehung zwischen Menschen, d. h. das Zwischenmenschliche - also das, wo Levinas Ethik beginnt - hat für Heidegger

¹⁸⁰ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 46-48

keine Bedeutung. Levinas geht aus vom Reichtum der Andersheit und meint, dass die Zurückführung aller sinnlich wahrnehmbaren Phänomene auf einen allgemeinen Seinsgrund zu einer Totalität führt, und nicht zu echter Pluralität. Damit, dem Begreifen oder in den Griff bekommen allem Fremden, der Identifizierung und zurück führen auf das Allgemeine, geht eine echte Wertschätzung verloren und stellt einen Akt der Gewalt da.¹⁸¹

Ein Begreifen ist auch kaum möglich, angesichts der Fülle an Gefühlen, welche in einer Person vorhanden sind, die stets mit einem unbestimmtem Artikel bezeichnet werden müssen, da auch sie vielfältiger Natur sind, d. h. man muss sprechen von einer Angst, einer Wut, einer Verzweiflung, etc. Gerade Angesichts der Gräueltaten, welche die Opfer des Nationalsozialismus durchlebten endet ein Verstehen - man kann es nicht in den Griff bekommen. Vor allem nicht, wenn man verallgemeinert. Angesichts des Ausmaßes werden Vorstellungen gesprengt. Sechs Millionen ermordeter Juden ist genauso nichts sagend wie vier oder zehn Millionen. Erst dem nachspüren, nachgehen der einzelnen Schicksale macht die Gewalt und Schrecken sichtbar, wie es Friedländer mit seinem Werk versucht (z. B. *Das Dritte Reich und die Juden*), hier auch liegt der Wert der Arbeit von Wiesenthal. Die einzelnen Opfer müssen in ihrem je eigenem Schicksal anerkannt werden, deren Vielfalt zu einem Bild wird, das mehr ist als die Summe seiner Teile. Aber auch die Täter können nicht als Kollektiv zur Verantwortung gezogen werden, da hier die Verantwortung des Einzelnen sich in der Masse verflüchtigt.

Die Totalität des Bösen wirkte so massiv auf eine Gesamtheit und ließ nur einige verlorene Seelen zurück, deren Narben nie heilten, auch, da keiner diese Narben sehen wollte, wahrhaben wollte, so dass diese versteckt, verdrängt, geleugnet wurden, aufgrund der sie umgebenden Gesellschaft, der eigenen Schuld- und Schamgefühle. Spätestens im Alter brechen diese aber wieder auf, den Abwehrmechanismen und Copingstrategien fehlt mit zunehmendem Alter die Kraft und Energie, um aufrecht erhalten zu bleiben. Die kognitiven Einbußen, der Verlust des Kurzzeitgedächtnisses und der besseren Erinnerungsfähigkeit lang zurück liegender Ereignisse führt zu einem wieder erinnern, wieder erleben lang zurück liegender Ereignisse. Es kommt zu einer Retraumatisierung, die auf verschiedene Weise ausgelöst werden kann, doch die Abwehrmechanismen und Copingstrategien früherer Jahre stehen nicht mehr zur Verfügung. Der Anblick eines Zauns, eine kurze Kriegssequenz im Fernsehen während der Nachrichten u. ä. reicht aus, dass

¹⁸¹ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 20-24

zurückliegende Ereignisse - lang schon vergessen, verdrängt - wieder erinnert werden. Die Angst kehrt zurück, ist so real wie damals.

Der Ressourcenpool von Kindern stellt einen völlig anderen da, als von älteren Menschen, so ist die kindliche Psyche zwar leichter beeindruckbar, besitzt dafür bessere Kompensationsmöglichkeiten, welche dazu führten, dass nach 1945 oftmals ein angepasstes und auch praktisch symptomfreies Leben geführt werden konnte. Zudem hinderte, abgesehen von den politischen und gesellschaftlichen Hintergründen, die Scham und die Ansicht „kein Verrückter“ zu sein viele, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Doch aufgrund persönlicher Faktoren, externer Bedrohungen, gesundheitlichen Problemen und durch den Alterungsprozess an sich, konnten viele Copingstrategien und Abwehrmechanismen nicht mehr aufrecht erhalten werden, und nach einer Latenzzeit von bis zu 40 Jahren entwickelte sich bei vielen Überlebenden der Shoa eine PTSD-Symptomatik.¹⁸²

Neue Erfahrungen werden aufgrund bereits bestehender Erfahrungen gespeichert, wodurch diese aber beeinflusst und bestehende Erinnerungen verändert werden können. Die gleiche Erfahrung kann dadurch in verschiedenen Kombinationen verbunden und als Ergebnis unterschiedlicher Assoziationen interpretiert werden. Die an einen heran kommenden Wahrnehmungen hinterlassen dabei im psychischen Apparat eine Spur, wobei die in der frühen Kindheit gemachten als Dauerspuren in der Tiefe liegen. So sind sie zwar an der Oberfläche nicht sichtbar und ermöglichen - da der Wahrnehmungsapparat nun Platz für neue Inhalte hat - die Aufnahme neuer Erfahrungen, können aber wieder sichtbar gemacht werden. Dies nennt Freud die „Erinnerungsspur“, die ähnlich einem „Wunderblock“ funktioniert, d. h. es wird etwas gezeichnet und wieder gelöscht, um neues zeichnen zu können, doch die tiefer liegenden Strukturen bleiben erhalten. Es stellt damit ein grundlegendes Konzept der Entwicklung und dem Aufbau einer Persönlichkeit da. Besonders problematisch wird es allerdings, wenn - wie im Fall der *child survivors* - noch keine Strukturen gebildet werden konnten bzw. diese erst im Aufbau befindlich waren, als die sie traumatisierenden Ereignisse stattfanden. Sie bleiben zwar präsent und

¹⁸² Vyssoki, D.; Schürmann-Emanuel, A.; Draxl, K.; Schneeberger, W.: *Child Survivors der NS- Verfolgung in Österreich nach 1945 - Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien*; S. 65-68

verhaltensbestimmend, treten auch unwillkürlich durch mit dem Trauma verbundene Reize zum Vorschein, sind aber unzugänglich.¹⁸³

Sichtbar werden die weiter oben bereits beschriebenen psychosomatischen Symptome, so dass erst die dahinter liegenden, verborgenen Strukturen bewusst gemacht, aufgebrochen werden müssen, müssten. Der Konjunktiv steht hier deshalb, da mit zunehmendem Alter bzw. progressiver Demenz eine dies nicht mehr möglich ist, und der Schwerpunkt verlagert werden muss auf vorhandene Ressourcen und Stärken, Halt und Trost gegeben werden muss. Hier sind vor allem Ansätze wie jener von Verena Kast (Lebensrückblicktherapie) bzw. Naomi Feil (Validation) hilfreich.

Die Opfer des NS-Terrors erlitten Trauma, die nicht annähernd nachvollzogen werden können - und nicht vergleichbar sind -, doch inwieweit wurden auch andere, insbesondere Kinder, d. h. die jetzt Alten bzw. in naher Zukunft hochaltrigen durch diese Zeit traumatisiert? Schlesinger-Kipp dazu:¹⁸⁴

Die erschreckenden Kriegserlebnisse wurden damals auf Grund der herrschenden Ideologie und der strengen Über-Ich-Erziehung im Nationalsozialismus eher nicht als beeinträchtigend oder gar traumatisierend benannt. Durch das Bewusstmachen der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik und damit der „kollektiven Schuld“ wurde die Bedeutung des eigenen individuellen Leidens als Kind im Krieg häufig abgewehrt. Durch das Verschweigen der Elterngeneration konnte erst nachträglich gedacht werden, dass die eigenen Eltern möglicherweise Mittäter waren.

In ihrer Untersuchung wird deutlich, inwieweit ein Trauma erst Jahre oder Jahrzehnte später sich voll entwickeln und zu Symptomen führen kann, und erst ein durcharbeiten auch der Beziehung zu den Eltern - ob diese nun Opfer waren und neben den Ereignissen auch deren Angst verspürt wurde, oder Täter und der dadurch entstehenden Ambivalenz kindlicher Liebe zu den Eltern und dem erfassen deren Verbrechen Jahre später -, sowie der Bedeutung kollektiver Verarbeitung, d. h. dem Sichtbarmachen, darüber reden, nicht von abstrakten Zahlen oder ähnlichem, sondern von einzelnen Schicksalen und dem Offenlegen der damals gelebten oder geförderten Ideologie.

Das besondere an ihrer hier zitierten Studie ist, dass sie dazu qualitative Interviews mit Psychoanalytikern führte, die zwischen 1930 und 1945 geboren wurden, und die daher

¹⁸³ Schlesinger_Kipp, G.: *Kindheit in Nationalsozialismus und Krieg*; S. 159; in: Bohleber, W. (Hg.): *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung*; S. 151-171

¹⁸⁴ Schlesinger_Kipp, G.: *Kindheit in Nationalsozialismus und Krieg*; S. 160

ihre Kindheit und Unbewusstes intensiv und über Jahre hinweg analysierten und deren Berufswahl fallweise in direktem Zusammenhang mit den Kriegseignissen stehen, wobei deren Eltern sowohl Opfer, als auch Nationalsozialisten waren - von politischen Oppositionellen bis hin zu KZ-Aufsehern.

Die an zu treffenden Schicksale sind vielfältiger Natur; im MZ wird dies durch die Internationalität noch potenziert und verdeutlicht. Den Erinnerungsspuren ist, je höher das Alter, kaum mehr zu folgen, wohingegen die Diagnosen zunehmen. Gerade hier entfaltet die Psychosomatik ihre Stärke, da sie hinter die Symptome blickt und durch das Einbeziehen physisch-chemischer, psychischer, als auch sozialer Faktoren vermag, unter die Oberfläche zu blicken und dadurch das einzelne Individuum zu würdigen. Allerdings bleibt sie abhängig von Symptomen - wobei Uexküll auf die Begriffsproblematik hinweist -, so dass erst pathologische Auffälligkeiten (physische, psychische und/oder soziale) zu einem in-Beziehung-treten mit dem Betroffenen führt, wodurch alltägliche Sorgen und Wünsche, wie jene der Nähe, der Wärme oder auch dem Wunsch nach einem Gesprächspartner scheinbar belangloser Dinge, etc. nicht in diese Kategorie fallen, Kommunikation abhängig ist von - wie man es definiere mag - krankhaftem Leiden.

Die Auseinandersetzung mit den Menschen führte vor Augen, dass bei deren Betrachtung, sowohl in Gesundheit und Krankheit immer auch der soziale, gesellschaftliche Kontext mit einbezogen werden muss. Dies, da die soziale Umgebung Einfluss ausübt auf die Entwicklung des Menschen, wie es anhand der „child survivors“ aufgezeigt wurde, aber auch, da manche Störungen erst aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung auftreten, wie es bspw. im Falle von Morbus Alzheimer geschieht aufgrund der steigenden Lebenserwartung. Trotzdem muss hier eine Ethik im Sinne Levinas bestehen bleiben, wie er es auch im gesellschaftlichen Kontext verlangt.

Zu beachten ist auch, dass gerade medizinische Diagnosen dazu verführen die Patienten in Gruppen zu unterteilen und vergleiche innerhalb, aber auch zwischen den Gruppen an zu stellen. Doch selbst bei gleichen objektiven Daten und Fakten wie Alter, Geschlecht, medizinische Diagnosen, etc. verhalten sich die Menschen nicht nur aufgrund der unterschiedlichen lebensgeschichtlichen Erfahrungen vollkommen verschieden. Zu betonen ist hier die völlige Unterschiedlichkeit, Andersheit jedes Einzelnen. Dies führt auch dazu, dass nicht unter einander abgewogen werden kann. Weder ist der eine oder andere mehr wert, noch kann das Leid größer oder kleiner sein als das andere. Wie die Darstellung der PTSD zeigte, spielt die Schwere des erlittenen Traumas eine Rolle bei der

Ausbildung der Störung, doch nicht die objektive, messbare Schwere, sondern die individuell empfundene. Die Qualen eines Konzentrationslagers, das Ausharren im Luftschutzbunker, Kriegserlebnisse als Soldat, etc. all diese Erfahrungen können weder individuell noch untereinander Abgewogen werden, sehr wohl aber muss der gesellschaftliche Umgang damit kritisiert werden, da diese - wie die Ergebnisse der Studie der child survivors darlegte - Auswirkungen hat.

In diesem Zusammenhang muss auch betont werden, dass bei der Auseinandersetzung mit dem Anderen in der direkten Kommunikation, aber auch mit dem allgemeinem Anderen, zwar die Sinnlichkeit an erster Stelle stehen muss, d. h. auch bei der fachlichen Auseinandersetzung muss eine ethische Auseinandersetzung im Sinne Levinas stehen, doch sollte hierbei auch eine Beschäftigung mit Themen außerhalb der Philosophie und Psychologie gesucht werden, wie bspw. der Religion, der Zeitgeschichte, politischen Entwicklung, etc. um das Gesamtgeschehen in einem größeren Kontext verstehen und einordnen zu können. Ohne diesem Wissen - wie bspw. dem Umgang von Opfern des Nationalsozialismus nach dem Zweiten Weltkrieg (Juden, Roma, Sinti, Spiegelgrund, etc.) - ist es kaum möglich, Zusammenhänge zu verstehen, die sowohl auf einer ontologischen Ebene, als auch auf einer sinnlichen erfasst und reflektiert werden müssen, um Verantwortung für die in der Zukunft liegende Vergangenheit übernehmen zu können.

Zwar bedeutet ein größeres Wissen auf der Vernunftebene nicht, dass damit die Sinnlichkeit verbessert wird, doch vergrößert es den Bewusstseinshorizont und eine Einbettung des sinnlich erfahrenen in einen individuellen, als auch gesellschaftlichen Kontext vergrößert sich und unterstützt damit die eigene Reifung.

Lösen muss man sich von der Vorstellung - insbesondere in der Medizin und in der damit verbundenen Pflege -, dass der Mensch ein naturwissenschaftliches Wesen ist, gleich einer Maschine, welches bei einer auftretenden Störung repariert wird und danach wieder funktionstüchtig in die Gesellschaft entlassen werden kann. Diese Sichtweise kann nur bei akuten Geschehnissen, d. h. in der Notfallmedizin Geltung besitzen, wo es bspw. nach einem Unfall darum geht das Leben eines Menschen zu retten indem seine Verletzungen so schnell wie möglich versorgt werden und das physische funktionieren der Organe im Vordergrund stehen muss. Danach, und in allen weiteren Fällen, kann Heilung nicht ausschließlich verstanden werden als eine Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit des physischen Apparates. Die psychischen Folgen von Ereignissen können, wie die ESRA-Studie zeigte, selbst nach Jahrzehnten einer langen Latenzzeit psychische und physische Folgen zeitigen. Selbstverständlich stellen insbesondere Konzentrationslager

Extrembeispiele da, doch auch hier muss berücksichtigt werden, dass es immer die individuelle und subjektiv empfundene Wirklichkeit ist, die entscheidend ist, und der gesellschaftliche Umgang mit den Ereignissen Einfluss auf den Einzelnen nehmen.

Jeder Lebenslauf kann aufgrund verschiedenster „Schicksalsschläge“ und zu jeder Zeit schwer getroffen werden. Man denke nur an Missbrauchsfälle, Vergewaltigungen, Kriege, Naturkatastrophen, Scheidungen, Unfälle, Tod nahestehender Menschen, etc. - aber auch an positive Ereignisse, wie Liebe, eine Hochzeit, Feiertage mit positiv assoziierten Erinnerungen -, wobei diese weder untereinander, noch von Außen abgewogen werden können. Aufgrund der abnehmenden kognitiven Leistungsfähigkeit und dem schwinden der Abwehrkräfte können diese im hohem Alter wieder zum Ausdruck kommen. Das Alter ist die Sammlung des Lebens und die Erfahrungen bleiben als Dauerspür erhalten. Vergangenes ist bereits geschehen und lässt sich im Nachhinein nicht mehr ändern, sehr wohl jedoch dessen Interpretation und der Umgang damit.

Heilung, sowie Gesundsein und Kranksein kann nicht betrachtet werden als ein punktueller Zustand. Genauso wenig hat jemand eine Krankheit und ist gesund, sondern der Mensch muss in seinem Gesamtgeschehen betrachtet werden, welches eine Entwicklung darstellt. Insbesondere Depressionen oder Suchterkrankungen zeigen, dass diese nicht in einem punktuellen Sinne geheilt werden können, d. h. man nimmt einige Psychopharmaka, vielleicht sogar ein Leben lang - diese können nur als unterstützend angesehen werden -, und wird wieder gesund, sondern stellt einen Prozess da, hin zu einem vitalen Ich. Das Ich muss sich konstituieren, zu einer Innerlichkeit führen, über ein sinnliches Erfahren.

Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass Psychopharmaka bzw. Medikamente an sich sehr wohl eine wichtige und durchaus auch positive Rolle spielen, doch müssen sie eingebettet werden in das Gesamtgeschehen und dürfen nicht gesehen werden als allein seelig machende Lösung, sondern komplementär zu anderen Interventionen. Grundlegend bleibt die existenzielle Kommunikation:

Sie verhilft dem Selbst des Patienten dazu, sich aus der Fixierung gewohnter, aber aufgrund der Erkrankung nun nicht mehr verfügbarer Möglichkeiten zu lösen und auf den Horizont neuer, noch verborgener Möglichkeiten hin zu entwerfen....Dabei geht es nicht um wortreiche Belehrungen oder gar missionarischen Eifer, sondern um die gemeinsame Kreation möglichen Lebenssinns, um ein behutsames Begleiten des anderen durch das finstere Tal der Verzweiflung hin auf die Morgenröte neuer Sinnmöglichkeiten.¹⁸⁵

¹⁸⁵ Gottschlich, M: *Medizin und Mitgefühl*; S. 227

Auf den ersten Blick erstaunlich bei der Beobachtung war, dass gerade das sinnliche Erleben und die Genussfähigkeit Faktoren sind, die bei den Betroffenen fehlen, und gerade die Menschen, die diese Fähigkeit besaßen - unabhängig davon, welches Schicksal hinter ihnen lag, aus welcher sozialen Schicht sie kamen und welche Erkrankungen das Alter mit sich brachte -, am zufriedensten waren. Mit Alter, Krankheit und Tod sind die Menschen tagtäglich konfrontiert und ihnen ist bewusst, dass auch ihr Leben sich dem Ende zuneigt, doch nur wenigen ist bewusst, dass in der Zeit bis dahin eine Genussfähigkeit möglich ist, die sich in - scheinbaren - Kleinigkeiten äußert, wobei die jüngeren gefordert sind darauf ein zu gehen, sich vom Antlitz des Anderen wach rütteln zu lassen. Aber auch die Themen Alter, Tod und Krankheit tauchen immer wieder in den Gesprächen auf, und weniger werden klare Antworten oder allgemeine Floskeln auf „den Sinn des Lebens“, oder darauf, was nach dem Tod kommt erwartet, als vielmehr die Möglichkeit darüber sprechen zu können. Voraussetzung dafür ist, dass man sich bereits Gedanken machte, und so einen Diskurs ermöglicht.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber der Endlichkeit und dessen Auseinandersetzung. Dabei wird das Erleben und Verhalten eines Patienten beeinflusst vom Arzt und dessen Einstellung auf ihn. Gerade hochaltrige und todkranke Menschen beschäftigen sich intensiv mit dem Tod, wobei die meisten nicht Angst vor ihm haben, sondern vor der Art und Weise des Sterbens, und der Wunsch unendlich zu leben bei den wenigsten vorhanden ist. Ihnen ist die Endlichkeit bewusst und ein - medizinisches - Ethos, welches ausschließlich ein Ankämpfen gegen den Tod und Krankheit umfasst übersieht, dass diese Menschen Antworten auf andere Fragen suchen und fordern. In der psychoonkologischen Forschung werden oftmals die beiden Typen des „fighting spirit“ und des „stoic acceptance“ unterschieden, d. h. Menschen, die bis zuletzt gegen die Krankheit ankämpfen, und solchen, die sie beinahe stoisch akzeptieren, wobei festgestellt wurde, dass erstere länger leben. Unbeachtet bleibt in dieser Sichtweise aber, dass letzteres vielleicht doch auch einen gesunden Fatalismus bedeutet, der das unausweichliche Schicksal akzeptiert, eine existentielle Lebensphilosophie darstellt, welche ein Loslassen und bewusstes Vorbereiten auf das Sterben bedeutet. Auch der Arzt, die Angehörigen und andere Beteiligte müssen loslassen können, den eng gefassten Heilungsanspruch erweitern um emotionale Begriffe, die dem Menschen eine Transzendenz eröffnen - gerade im letzten Lebensabschnitt. Ein Akzeptieren der Endlichkeit - nicht Aufgeben des

Lebens - und finden von Besinnung, Bedachtsamkeit, Angemessenheit, Ruhe und innerer Gelassenheit.¹⁸⁶

Dementsprechend müssen die Beteiligten auch Antworten geben können, die über eine Diagnose und Therapieanweisungen hinaus gehen, Antworten geben auf jene Fragen, welche die Betroffenen sich stellen. Auch hier ist das Objekt zu verspüren, zu welchem die Patienten gemacht werden. Zu fragen ist nicht ausschließlich, wie man die Krankheit bekämpfen, heilen kann, sondern wie der Betroffene, der Einzelne damit umgehen kann, in seiner Art und Weise. Welche Unterstützung braucht er, welche konkreten Fragen hat er, etc., die sich nicht in fachlichen Auseinandersetzungen über die Krankheit erschöpfen, sondern darüber hinaus weisen. Wie kann das Leben mit der Krankheit gestaltet werden, anstatt das Leben auszurichten einzig und allein als ein Kampf gegen sie und den Tod.

Deutlich werden sollte, dass dies nicht nur bezogen werden kann auf alte Menschen und sterbensranke, sondern auch auf physische und psychische Behinderungen, selbst darüber hinaus weist. Die Fixierung und Ausrichtung des Lebens auf eine einzige Sache verleitet dazu, dass der Mensch sich selbst zum Objekt jener Fixierung macht. Er gibt seine Selbstverantwortung ab und ordnet sie jener Fixierung unter. Dies gilt auch für Bubers Idee der Werdung am du. Er unterscheidet zwar zwischen ich-du und ich-es, vernachlässigt jedoch, dass dieses ich zunächst vorhanden sein muss, damit es aufgehen kann im du. Levinas betont das ich, konzentriert sich darauf, während Buber die Beziehung vor Augen hat. Beide Sichtweisen sind aus den biografischen Verläufen verstehbar - und beide argumentieren schlüssig -, doch obwohl sie scheinbar trotz ihrer Übereinstimmungen gegenläufige Zahnräder darstellen lassen sie sich synchronisieren, indem die Stärken Levinas, nämlich das ich und dessen Ethik verbunden wird mit dem du von Buber.

Der Mensch ist ein soziales Wesen, kein Einsiedler in der einsamen Wildnis, und braucht den anderen. Dies gilt auch für alte Menschen und kranke, selbst wenn sie kognitiv nicht mehr in der Lage sind dies mitzuteilen. Satt und sauber, medizinisch versorgt ist erst die Pflicht der Versorgung des Anderen. So wie ein sich entwickelndes Kind auch die Pflege und Liebe der Bezugsperson braucht, um seine vollen Fähigkeit zu entfalten die in ihm stecken, brauchen auch alte Menschen, alle Menschen, diese Zuneigung, welche nicht vergleichbar ist mit einer durch Geld oder anderweitig erworbenen Zuneigung, sondern aus dem Inneren kommt.

¹⁸⁶ Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 337-339

Dies ist es, was Buber betont, dieser Unterschied zwischen einer oberflächlichen, obwohl richtigen und korrekten Beziehung auf der ich-es Ebene, und einer auf der ich-du Ebene. Um diese Liebe und Wärme aber geben zu können muss man sich selbst zunächst Lieben können, sich sinnlich wahrnehmen, den Schein durch das Sein ersetzen, ein ich bin erreichen, welches nicht unbedingt die Höhen einer Transzendenz erreichen muss, als vielmehr ein Ankommen in der Gegenwart, dem ist, dem bewusstem wahrnehmen des eigenen selbst.

Und dem Stehen dazu, der Erreichung einer Festigkeit der Innerlichkeit, um der Exteriorität des Anderen standhalten zu können, dem Anderen folgen zu können, in dessen Spur, aber zugleich man selbst bleiben zu können.

Nähert man sich dem Menschen auf einer rein ontologischen Ebene denkt man nach über die Krankheit, definierte den anderen, sein Verhalten, seine Ausdrucksweise, über die Krankheit und versucht sich ihm logisch zu nähern, indem man ihn versteht durch das Verstehen der Krankheit. Im zweiten Falle nähert man sich ihm, indem man sich - nachdem man bei sich sinnlich die Konsequenzen oder Auswirkungen der Krankheit wahrgenommen hat (durch ein Phantasiespiel) - ergründete. Setzt seine Innerlichkeit Gefühlen, Emotionen aus, die etwas in einem selbst auslösen, nur in einem selbst. Dabei verhilft einem das Wissen über die Krankheit die Phantasie zu konkretisieren, doch die Annäherung an den Anderen ausschließlich mit diesem Wissen über die Krankheit ist leb- und gefühllos, sodass auch die Annäherung leb- und gefühllos bleibt. Sie führt zu einer Immanenz, die den Anderen zu einem Objekt macht, dem man, aufgrund dieser und jener Werte und Symptome (Labor, EEG, Psychotestests, etc.) dieses und jenes gibt, verabreicht, verordnet, da er so und so ist. Die Empathie bezieht sich auf die Krankheit, nicht auf den Menschen. Er verliert seine Existenz und damit seine Identität, seine Eigenheit. Seine Bedürfnisse sind gekoppelt an die Krankheit, er ist die Krankheit. Im Vordergrund steht nicht mehr Liebe und Zuneigung, sondern die Medikamente, die Arbeit an den Symptomen, eine Heilung von Symptomen, und nicht das Zulassen der Andersheit. Genau diese wird bekämpft, da der Andere nicht so ist, wie alle anderen (sein sollen) - und er kann sich nicht mehr wehren.

Wissen, v. a. psychotherapeutischer und -somatischer Theorien und Modelle, bzw. im Falle der GPSB der Gerontologie, kann gelernt, angelesen und gehört werden, man kann darüber reflektieren, etc. bleibt aber totes Wissen, solange es nicht erfüllt wird mit Leben, ohne die Beziehung zu den Menschen und ohne eine eigene Reifung, wofür die Bereitschaft vorhanden sein muss sich „in die schäumenden Wogen zu werfen“, für

welche eine Offenheit notwendig ist, die eine Andersheit zulässt und gelten lässt, und bei welcher das Folgen der Spur des Anderen mit Fragezeichen verbunden ist. Diese Offenheit bezieht sich allerdings nicht ausschließlich auf die einzelnen Kontakte, aber nur eine Offenheit, die auch Raum für Veränderung, neuen Erfahrungen, etc. lässt, erweitert die bisherigen Erkenntnisse. Das auf einen zu kommen lassen, ohne dem gleich ablehnend oder mit Vorurteilen behaftet gegenüber zu treten, sondern auf einen Wirken lassen und sich damit auseinander zu setzen.

Bevor es möglich ist wahre Kommunikation zu beginnen, in der Begegnung Raum zu schaffen, welche eine Annäherung ermöglicht, ist als Grundbedingung eigene Kongruenz notwendig, ein kennen, ergründe der eigenen Innerlichkeit, ein setzen des Ich. Zunächst ist es also entscheidend seine eigenen Gefühle, Emotionen, Bedürfnisse, etc. nach zu gehen, zu entdecken, ihnen nach zu spüren. Die Katharsis an sich befreit aber nicht, löst nicht die Spannung, Ängste, Zweifel, Sorgen, etc. sondern führt zu weiteren Fragen, denen nachgegangen wird in einer unendlichen Psychoanalyse, die in die tiefsten Abgründe der eigenen Seele führt. Demgegenüber wichtiger ist die Integration all dessen in die eigene Person; sie gehören zu ihr dazu, machen das Leben aus. Weder Gefühle, noch Instinkte sind gut oder schlecht, sondern was der sie fühlende oder erlebende Mensch daraus macht. Woher die Gefühle kommen ist in der Begegnung zunächst nicht wichtig, vielmehr ihr vorhanden sein und erkennen. Der erste Schritt besteht daher darin kongruent zu sein, im hier und jetzt zu sein oder auch zentriert, präsent, da das Selbstkonstrukt die Wahrnehmungsstruktur beeinflusst, und damit das Erleben und Verhalten. Dabei ist es zunächst nicht notwendig dem Ursprung der eigenen Gefühle und Verhaltensweisen nach zu gehen bzw. des anderen, sondern deren Vorhandensein zu erkennen und bewusst zu machen.

Der Andere kann nur in der direkten, persönlichen Begegnung erfahren und sich diesem angenähert werden. Dem allgemeinem Anderen jedoch auch außerhalb dieser Begegnung, wobei das sinnliche Wahrnehmen die Grundlage bleibt, so dass immer zu berücksichtigen ist, welche Bedeutung etwas für den Einzelnen hat. D. h. wichtig ist nicht nur wie bspw. eine Demenz klinisch aussieht, sondern welche Bedeutung sie für das einzelne Individuum hat, so dass man der Spur des allgemeinen Anderen folgen kann, wobei diese nicht beschränkt sein darf ausschließlich auf einer physiologischen oder psychologischen Ebene, sondern, um den Menschen in seiner Gesamtheit betrachten zu können, auch die emotionale und soziale Seite umfassen muss.

Wissen und Erkenntnis über Alternstheorien, spezifische bzw. Besonderheiten von physischen und psychischen Erkrankungen im Alter, etc. helfen bzw. ist die Grundlage und Voraussetzung dafür besser zu verstehen, zu analysieren, Protokolle und Berichte zu verfassen, also auf einer bewussten Ebene zu arbeiten, wenig allerdings um das Erleben im „Angesicht zu Angesicht“ zu erfassen. Notwendig ist hierbei zunächst eine Offenheit, die auch das nicht-wissen und nicht-verstehen zulässt. Ein Vertrauen auf das eigene sinnliche Erleben, welches nicht danach trachtet zu Fragen, wie es dem anderen geht, sondern wie man den anderen erlebt und welche Gefühle bei einem selbst dabei auftreten, um sich zu fragen, welche davon nun die eigenen Anteile sind, die aus einem selbst kommen, und welche vom anderen. In erster Linie geht es daher nicht um ein sich hineinversetzen in den anderen, da ich vom anderen nur diesen „gemeinsamen Weg“ kenne. Was vorher war, ist mir unbekannt, kenne nur den eigenen, d. h. der andere ist ein Rätsel für mich, bringt mich in Verwirrung, doch in der Begegnung, in diesem zwischenmenschlichen Kontakt geschieht etwas, das ich ergründen kann, welches zunächst viele Fragezeichen offen lässt.

An erster Stelle steht daher diese Sinnlichkeit, das Fühlen, Spüren des Anderen, ein offenes auf den Anderen zu gehen. Erst in einem zweiten Schritt kann oder muss man diese Beziehung auf eine logische Ebene setzen oder eine bewusste, bei welcher „Daten und Fakten“ mit einbezogen werden, wie bspw. Information aus der Patientenakte bzw. bereits vorhandener Berichte. Diese dürfen allerdings nicht als fest geschriebene Wahrheiten angesehen werden, sondern bedürfen einer kritischen Reflexion, dem Bewusstsein, dass sie unter einem bestimmten Kontext entstanden sind.

Die Erkenntnis, dass jemand bspw. an einer Demenz erkrankte, bringt einem den Anderen nicht näher. Das Wissen darüber, welche Arten und Formen an Demenzen existieren, wie deren Epidemiologie und Verlauf ist, etc., je mehr man darüber weiß, erhöht die Kenntnis über die Krankheit, lässt einen diese besser verstehen, nicht aber den anderen Menschen. Dieses Wissen bringt mich also zunächst nur der Krankheit näher, nicht dem Anderen. Die Gefahr besteht, dass man letzteren dabei übersieht, indem man all dessen tun und handeln, seine Äußerungen zurückführt auf die Krankheit. Zugleich wird bei einer funktionellen Anwendung oder Betrachtung der Kommunikation diese angepasst an die Krankheit, nicht aber an den Menschen in dessen radikaler Andersheit, seine Individualität nicht wertgeschätzt, sondern reduziert auf den Kranken, den Alten, etc.

Dabei sollte dieses Wissen dazu verhelfen auf einer ontologischen Ebene darüber zu reflektieren, wie ich damit umgehen würde, vielleicht auch, wie meine Familie, meine

Freunde und Bekannte reagieren würden, in mich gehen und ergründen, welche Empfindungen und Emotionen dies in mir auslöst, und sinnlich wahrnehmen. Diese muss man zulassen, auch oder gerade weil dabei Gefühle wie Ängste, Sorgen, vielleicht sogar Wut, Zorn oder Scham ausgelöst werden. Dies muss man ergründen, körperlich-sinnlich erfahren.

Um in der Begegnung mit dem Anderen standhalten zu können, ist ein konstituiertes Ich notwendig, welches aus der Innerlichkeit kommt. Dieses vitale Ich muss gefestigt sein und bezieht sich nicht aus dem dialektischen Gegensatz, sondern aus dem Genuss und der ökonomischen Existenz. Seine Positionierung erhält es auf einer sinnlichen Ebene, welche losgelöst ist vom Denken und daher keiner ontologischen Ordnung unterstellt werden kann. Sinnlichkeit ist Genuss, das Spüren von Bedürfnissen und deren Befriedigung. Diese Bedürfnisse müssen weder verdrängt, noch Sublimiert werden, sondern gerade ihre Befriedigung führt zu Glück und Zufriedenheit und stellen das grundlegende und vitale Prinzip des Lebens da. So erlebt sich der Mensch als Seiender, da jeder nur für sich selbst seine Bedürfnisse erleben und sie befriedigen kann. Dieser Genuss besteht ohne Wissen und Bewusstsein, noch braucht er eine Reflexion oder Analyse, sondern Sinnlichkeit. Dieser unschuldige Egoismus richtet sich allerdings nicht gegen jemanden, außer man wird taub gegenüber den Appell des Anderen in der Begegnung. Dabei ist der Genuss nicht das Ziel, vielmehr der Beginn. Durch den Genuss, das verspüren der eigenen Bedürfnisse erst, kann sich das Ich als solches konstituieren, sich setzen, und eine Gastlichkeit zum Anderen aufnehmen, dessen Andersheit nicht als Bedrohung angesehen wird, sondern als Bereicherung.¹⁸⁷

Für Therapeuten, wie es Rogers, Kitwood und viele andere waren und sind, ist es selbstverständlich, dass man dem anderem eine ich-du Beziehung ermöglicht, doch hierfür muss das ich gefestigt sein, dass nicht über die Anderen dazu führen kann, sondern zunächst die Auseinandersetzung mit dem eigenem ich verlangt, damit ich dieses dem anderem darbieten kann. Zusätzlich muss diese Begegnung auf einer sinnlichen Ebene stattfinden. Insbesondere die Darstellung des prototypischen Verlaufs einer Alzheimer Erkrankung verdeutlichte, dass bei einer Zugangsweise auf den Menschen auf einer logischen Ebene, die getragen ist von Vernunft und einem rein naturwissenschaftlichem Verständnis, einem nur die Symptome erkennen lässt, nicht aber einen Zugang zum Menschen eröffnet. Vielmehr wird er dadurch zu einem Objekt gemacht, dessen kognitiven Leistungseinbußen gleichgesetzt werden mit einem

¹⁸⁷ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 39-42

menschlichen Verfall. Ein entgegentreten auf der sinnlichen Ebene allerdings eröffnet die Möglichkeit die Gefühle und im Körper gefangenen Emotionen und Leben zu entdecken und zu fördern. Dabei ist die Ethik im Sinne Levinas grundlegend.

Levinas und Buber betonen die Andersheit des Anderen, die nicht verstanden werden kann. Der Andere hat einen anderen Weg zurück gelegt, andere Erfahrungen gemacht, bringt unterschiedliche extrinsische und intrinsische Faktoren mit ein in die Beziehung, die zunächst eine Begegnung darstellt, wobei diese Unterscheidung keine Rolle spielt. Jeder Kontakt ist eine Begegnung und zugleich eine Beziehung. Ort und Dauer spielen keine Rolle, sondern nur dies in der Begegnung geschehende. Buber meint dabei, dass es am anderem liegt, inwieweit der andere es annimmt, dass man ihm die Möglichkeit eröffne eine ich-du Beziehung ein zu gehen, wohingegen Levinas davon ausgeht, dass es im Grunde an einem selbst liegt, ob man vom Anderen, dessen Antlitz, in die Verantwortung gezogen wird. Er geht damit also einen Schritt tiefer als Buber, indem er die Entscheidungsgewalt darüber explizit einem selbst überlässt und frei darüber entscheiden lässt.

Levinas Ethik ist unter anderem auch deshalb radikal, da sie das autonome Subjekt frei darüber entscheiden lässt, ob es Verantwortung übernimmt. Das vitale Ich hat sich in der Innerlichkeit konstituiert und wird von einer Exteriorität in die Verantwortung gerufen. Das Annehmen dieses Appells liegt aber an ihm. Doch geschieht dies nicht bewusst, sondern der Appell besetzt einen. Es gibt keine Gegenwehr. Das Subjekt wird in eine Welt geworfen und trägt eine Verantwortung, die „vor-dem-eigenem-Anfang“ bereits war. Diese Rekurrenz lässt sich verdeutlichen an der Umweltzerstörung, wodurch die Freiheit des bewussten, autonomen Ich in einen Geiselstand oder Geiselunstand versetzt wird, wodurch auch diese Freiheit in Frage gestellt wird. So erlebt sich das Subjekt nicht nur für das verantwortlich, was es selbst tat oder verantwortlich für den Anderen, sondern auch stellvertretend verantwortlich für die Tat des Anderen.¹⁸⁸

Zusammenfassend bleibt fest zu stellen, dass für eine wirkliche, wechselseitige Kommunikation, die auch konstruktive Veränderung bewirken kann zunächst die sinnliche Wahrnehmung notwendig ist. Erst diese, wofür die Setzung der eigenen Innerlichkeit Voraussetzung ist, wodurch die Exteriorität des Anderen sowohl erfasst, als auch dieser standgehalten werden kann, kann durch das Anbieten einer ich-du Beziehung dem Anderen dazu verholfen werden zu Reifen und zu Wachsen. Damit ist keine Entwicklung

¹⁸⁸ Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; S. 102-106

gemeint, wie man sie mit Kindern und Jugendlichen assoziiert, sondern einem Erhalt des Personsein, dem Anerkennen der spontan und ohne Widerstände auftretenden Gefühle. Ein Annehmen der Person, dessen Verhalten und Worte man logisch nicht folgen kann und die für einen selbst auch keinen Sinn ergeben, doch für den Betroffenen eine Bedeutung haben, der man nur sinnlich folgen kann. Gerade demente Menschen leben in einer Welt, welche man nicht dinglich festmachen kann. Sie befinden sich an einem Ort zu einer Zeit, die man nicht kennt, und erinnern sich besser an weiter zurück liegende Ereignisse, wobei es nicht darum geht exakte Daten und Fakten aus der Vergangenheit mit ihnen zu besprechen, sondern sich auf die damals/heute auftretenden Gefühle zu konzentrieren. Zur Stützung der Menschen kann man sie schließlich, hat man deren Exteriorität erfasst, auf die positiv assoziierten lenken.

Schließlich steuern Emotionen auch den Zugang zum Gedächtnis und gerade in einem hohem oder sehr hohem Alter ist es nicht sinnvoll, das gesamte Leben zu betrachten, sondern nur einzelne „Knoten“ oder „Nester“. In einer „Lebensrückblicktherapie“, wie Kast es nennt, kann dann das vergangene Leben mit neuen Augen gesehen werden. Vergangenes kann neu bewertet und zu Freude und zu tiefem Einverständnis mit sich selbst führen. Die Endlichkeit des Lebens ist vorhanden und wird bewusst wahrgenommen, doch wird dadurch das Leben noch mehr wertgeschätzt, vor allem auch das eigene, indem auf geglücktes und auf das Gute fokussiert wird, dieses nicht als banal betrachtet, sondern wertgeschätzt wird.¹⁸⁹

„Gehört“ werden muss also zunächst auf diese Exteriorität, nicht auf die gesprochenen Worte. Analysiert man diese, treten nur Widersprüche auf. Selbst bei jüngeren Menschen und nicht an einer Demenz erkrankten verwischen die Erinnerungen. In der Gegenwart wird vergangenes durchmischt mit auftretenden Wünschen, Ängsten, Befürchtungen, Träumen, etc. Wichtig ist daher dieses erfassen der Exteriorität, wozu die eigene Innerlichkeit Voraussetzung ist.

Diese alleine ist allerdings zu wenig. Im Prozess zur eigenen Innerlichkeit muss man sich sowohl auf der sinnlichen, als auch der ontologischen Ebene mit vielfältigen Themen Auseinandersetzen, sich konfrontieren mit Dingen, die einem Genuss bereiten, aber auch diesen bedrohen, wie dem Prozess des Alters, Religion, Tod und Sterben, der eigenen Haltung zu Suizid, Sexualität, etc. Die Menschen wollen darüber sprechen, doch auch hier sind Argumente für oder wider etwas auf einer Vernunftebene oder ein philosophischer Diskurs, den man sich angelesen hat, nicht zielführend, vielmehr subjektiv empfundene

¹⁸⁹ Kast, V.: *Der Reichtum unseres Lebens*; in: *Psychologie heute* Oktober 2010, S. 20-26

Werte und Haltungen. Die Wertschätzung des Anderen darf dabei nicht aufgrund einer ontologischen Einstellung heraus kommen, sondern aus dem Inneren. Man schätzt den Anderen - und sich selbst - nicht wert, weil es vernünftig oder logisch ist, sondern da man im Prozess der eigenen Innerlichkeit dazu gelangte, d. h. keine sozial erwünschte oder oberflächliche Wertschätzung, sondern eine die von Herzen kommt.

Der Andere oder man selbst ist kein Spiegel, kein Alter Ego, sondern ein einzigartiges Wesen, ein Individuum mit je eigenen Gedanken, Gefühlen, Werten, Haltungen, Wünschen, etc. denen man sich bewusst stellen muss. Das Wissen darüber vermag einen zwar nicht den Anderen zu verstehen, aber zu erkennen woher die im Zwischenmenschlichen auftretenden Assoziation herrühren. Es ist daher das Trennende, welches die Verbindung herstellt, das Zulassen der Andersheit.

Die Betreuer der psychosozialen Arbeit müssen sich selbst sehen als Lehrer in einem Buber'schen Sinne, im Gegensatz zu einem Propagandisten. Sie sollen nicht einen vorgegebenen Weg weisen, eine Norm, so, wie es sein soll, es sich gehört, sondern das sinnliche in jedem Einzelnen fördern. Sie als Subjekte, als einzigartige Wesen wahrnehmen und ihnen eine Richtung weisen oder aufzeigen. Erst ein vitales ich, dessen Innerlichkeit sich gesetzt hat, ist aber dazu imstande, auch dazu, eine ich-du Beziehung auf zu nehmen, da sie ansonsten nur auf einer ich-es Ebene stattfindet oder ein diffuses wir bildet. Betont werden muss verstärkt die Einzigartigkeit des Menschen und die Würdigung seiner existentiellen Bedürfnisse und Ängste wie Liebe, Tod, Sinnfindung und Einsamkeit, das Anerkennen der je individuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen. In diesem Sinne existiert auch nicht „der Weg“, der zu einer Innerlichkeit führt, doch muss dieser gespeist werden aus der Auseinandersetzung mit theoretischen Fragen, den dahinter liegenden philosophischen Diskursen und der Erfahrung.

Die Vereinzelung und der dazu führende Isolationismus der modernen Gesellschaft führt zu einer Feindlichkeit oder Ausgrenzung von Gruppen bzw. Individuen. Kennzeichen dieses Isolationismus ist v. a. eine kommunikative Verarmung, wohingegen eine Toleranz gegenüber der Andersheit des Anderen bestehen sollte. Dies bedeutet, dass die Jüngeren sich durch eine existentielle Fantasie in die Lage der Älteren hineinversetzen müssten - wie sie als zukünftige Alte behandelt werden wollen -, diese allerdings ein Verständnis für die Jüngeren aufbringen - als auch einmal jung gewesen. Eine Forderung, die Einfühlungsvermögen wünscht, welche die spezifische Andersheit toleriert und zulässt, ja respektiert, aber auf Gegenseitigkeit beruht.¹⁹⁰

¹⁹⁰ Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; S. 619&620

An erster Stelle steht die Sinnlichkeit, das Fühlen, Spüren des Anderen, ein offenes auf den Anderen zu gehen. Erst in einem zweiten Schritt kann oder muss diese Beziehung auf eine „logische“ Ebene gesetzt werden, oder eine bewusste, bei welcher die „Daten und Fakten“ mit einbezogen werden, also Information aus der Patientenakte bzw. bereits vorhandener Berichte. Das Wissen, v. a. psychotherapeutischer und -somatischer Theorien und Modelle, bzw. jenes der Gerontologie, ist wichtig für die kognitive, logische Auseinandersetzung, kann gelernt, angelesen und gehört werden, man kann darüber reflektieren, etc. bleibt aber totes Wissen, solange es nicht erfüllt wird mit Leben, ohne die Beziehung zu den Menschen, und ohne die eigene Reifung.

Der erste Schritt bedeutet daher das kennen der eigenen „Innerlichkeit“, der eigenen Gefühls- und Gedankenwelt, die nicht ausschließlich auf einer rationalen Ebene stattfindet, einer Analyse des Ich, sondern auch eine Sinnlichkeit zulässt. Was bereitet Genuss, Befriedigung, und wodurch wird dies bedroht? D. h. der Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst, nicht in Form einer Beziehung mit einem anderem, einem Du, sondern dem Ergründen dessen, was die eigene Existenz begründet.

Tretet man in Kontakt mit dem anderen, soll man versuchen eine tiefer gehende Beziehung einzugehen, d. h. eine, welche nicht an der Oberfläche stehen bleibt, sich in leerem Gerede erstreckt (ich-es Beziehung), sondern die Möglichkeit bietet in die Tiefe zu gehen (ich-du Beziehung). Dazu muss sich die eigene Innerlichkeit gesetzt haben, man muss kongruent sein, um so eine Sensibilität für die Gefühle des Anderen, dessen Exteriorität zu besitzen. Es ist in diesem Zwischenmenschlichem Kontakt daher nicht nur wichtig zu erkennen, welche Gefühle auftreten, sondern auch von wem diese stammen. Sind es die eigenen, hervorgerufen aus Vorurteilen, oder weil man selbst gerade mit den Gedanken ganz woanders ist, oder stammen diese vom Anderen. Im „Angesicht zu Angesicht“ verlässt man die rationale, logische Ebene, um das sinnliche Erleben zu lassen, ohne sich in den Anderen hinein zu versetzen. Die vorurteilslose Annäherung soll einen Dialog ermöglichen, der - insofern man Werturteile über Gefühle fällen will - positive wie negative Empfindungen zulässt, ohne zu urteilen, ohne zu analysieren oder zu interpretieren. Entscheidend ist, dass man sich ständig bewusst bleibt, wer man ist und woher welche Gefühle kommen, wozu die Festigkeit der eigenen Innerlichkeit ausschlaggebend ist. Die Grenze zum Anderen muss gewahrt bleiben, auch um man selbst zu bleiben, und nicht eine Rolle einzunehmen, so zu sein, wie der andere es sich wünschen mag.

Man folgt dem Anderem in dessen Spur, wobei man die eigene Zeitlichkeit, und auch Ort verlässt, tritt ein in dessen subjektive Erlebenswelt, die ein Enigma, ein Rätsel ist und bleibt. Das vom Anderen erlebte ist einem unbekannt, und bleibt es auch zu einem großen Teil, egal wie lange und wie tief die Beziehung geht, doch den auftretenden Gefühlen, den im Moment auftretenden Emotionen kann man folgen. Der Andere bleibt auch deswegen ein Rätsel, da er vollkommen anders ist als man selbst.

Dabei muss die eigene Innerlichkeit gefestigt sein, um die Exteriorität erfassen, aber auch aushalten zu können, und um in diesem Zwischenmenschlichem Kontakt sich selbst nicht zu verlieren. Diese ist bedroht durch den Schein, das Auferlegen auf den anderen und der Unzulänglichkeit der Wahrnehmung, doch durch das Setzen der eigenen Innerlichkeit, dem kongruent sein, wird eine Begegnung, eine Beziehung ermöglicht, die Offenheit und Wertschätzung bietet und das Personsein zulässt. Trotz der Herstellung einer Beziehung, muss eine Trennung gewahrt bleiben. D. h. trotz dem Herstellen einer Beziehung, die in die Tiefe gehen mag oder auch nicht, ist die Trennung zwischen Innerlichkeit und Exteriorität grundlegend.

Kommunikation wird daher betrachtet als ein Herstellen von Beziehung, dessen Ziel nicht darin begründet liegt Effizient zu sein, sondern in die Tiefe zu gehen und die Beziehung zu festigen. Dabei gründet sich der Kontakt, die Begegnung nicht auf einer Vernunftebene, sondern auf einer Gefühlsebene. Erst nach dem Heraustreten aus dieser Begegnung kann man diese auch auf einer ontologischen Ebene verarbeiten, welche um so differenzierter und umfangreicher ist, je besser man die Exteriorität erfassen konnte, d. h. die eigene Innerlichkeit sich gesetzt hat. Dann erst kann aufgrund des wissenschaftlichen Verständnisses eine Interpretation oder Analyse erfolgen, wobei aber auch hier die vollkommene Andersheit des Anderen gewahrt bleiben muss und die Ethik, die Sinnlichkeit, das sinnlich Erfassen, an vorderster Stelle bleibt. D. h. folgt man dem allgemeinen dritten, kann man dies durchaus auf einer ontologischen Ebene tun, doch dieses gesammelte Wissen ist reine Information, die erst durch eine auch sinnliche Reflexion zu einer weiteren Festigung der Innerlichkeit, zu einer Reifung der Person führt und die eigene Kongruenz ermöglicht.

Literatur

- Adler, R.: *Der Kliniker als Psychosomatiker* in: Uexküll, T. von (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; S. 398-405; 3. Aufl. Urban&Schwarzenberg 1986
- Adler, R.: *Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin* in: Uexküll, T. von (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; S. 184-200; 3. Aufl. Urban&Schwarzenberg 1986
- Bidlo, O.: *Martin Buber - Ein vergessener Klassiker der Kommunikationswissenschaft?;* Tectum Verlag 2006
- Brunnhuber, S.: *Psychosomatik* in: Lieb, K.; Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*; S. 389-393; 6. Aufl. 1. Nachdruck Urban&Fischer 2009
- Buber, M.: *Ich und Du*; 11. Aufl. Reclam 2008
- Ding-Greiner, Ch.; Lang, E.: *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen* in: Kruse, A.; Martin, M. (Hg.): *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; S. 182-207; 1. Aufl. Huber 2004
- Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*; in: Lieb, K.; Frauenknecht, S.; Brunnhuber, S.: *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*; S. 233-297; 6. Aufl. 1. Nachdruck Urban&Fischer 2009
- Gatterer, G.; Croy, A.: *Psychotherapie im Alter - Ein Überblick*; in: *Multiprofessionelle Altenbetreuung*; S. 239 - 270; 2. Aufl. Springer 2007
- Gatterer, G.: *Demenz aus psychologischer Sicht* in: Gatterer, G.; Oswald, W. D.; Fleischmann, U. M.: *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*; S. 141-173; 2. Aufl. Springer 2008
- Gatterer, G., Croy, A.: *Kommunikation und Interaktion im Rahmen der Altenbetreuung*; in: Gatterer, G. (Hg.): *Multiprofessionelle Altenbetreuung*; S. 177 - 196; 2. Aufl. Springer 2007
- Gottschlich, M.: *Medizin und Mitgefühl - Die heilsame Kraft emphatischer Kommunikation*; Böhlau 2007
- Grünberger, E.; Löw-Wirtz, A.: *Agenetwork - Anforderungsprofil an Praktikumsstellen in Alten- und Pflegeheimen*; Böhlau 2007
- Heuft, G.; Schneider, G.: *Psychosomatik und Psychotherapie im Alter* in: Kruse, A.; Martin, M. (Hg.): *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; S. 405-418; 1. Aufl. Huber 2004
- Kaiser, H. J.: *Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation* in: Oswald, W. D., Gatterer, G., Fleischmann, U. M. (Hg.): *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*; S. 103-128; 2. Aufl. Springer 2008

- Kast, V.: *Der Reichtum unseres Lebens*; in: *Psychologie heute* Oktober 2010, S. 20-26
- Kitwood, T.: *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*; 4. Aufl. Huber 2005
- Koch, G.: *Untersuchung der gerontopsychosozialen Betreuungstätigkeit im Rahmen des Böhmer-Laufer Psychosozialen Praktikums - Qualitative Analyse der Betreuungsdokumentationen hinsichtlich des gerontopsychosozialen Betreuungsprozesses*; Studie im Auftrag von: Verein zur Unterstützung der wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet der Geronto-Psychotherapie; Wien 1999
- Kruse, A.; Mike, M.: *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; 1. Aufl. Huber 2004
- Kruse, A.: *Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens*; S. 336; in: Kruse, A.; Martin, M. (Hg.): *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; S. 328-340; 1. Aufl. Huber 2004
- Levinas, E.: *Totalität und Unendlichkeit*; Alber 1987
- Levinas, E.: *Außer sich - Meditationen über Religion und Philosophie*; Hanser 1991
- Muth, C.: *Willst du mit mir gehen, Licht und Schatten verstehen? - Eine Studie zu Martin Bubers Ich und Du*; 2. Aufl. ibidem-Verlag 2005
- Radebold, H.: *Psychotherapie* in: Oswald, W. D.; Lehr, U.; Sieber, C.; Kornhuber, J. (Hg.): *Gerontologie - Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*; S. 296-301; 3. Aufl. Kohlhammer 2006
- Rentsch, Th.; Birkenstock, E.: *Ethische Herausforderungen des Alters*; in: Kruse, A.; Martin, M.: *Enzyklopädie der Gerontologie - Alterungsprozesse in multidisziplinärer Perspektive*, S. 613-627; 1. Aufl. Huber 2004
- Rogers, C.: *Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*; 22. Aufl. Fischer 2010
- Rogers, C.: *Entwicklung der Persönlichkeit - Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*; 17. Aufl. Klett-Cotta 2009
- Rogers, C.: *Der neue Mensch*; 8. Aufl. Klett-Cotta 2007
- Rosenmayr, L.: *Zur Philosophie des Alterns*; in: Kruse, A.; Martin, M. (Hg.): *Enzyklopädie der Gerontologie - Alterungsprozesse in multidisziplinärer Perspektive*, S. 13-28; 1. Aufl. Huber 2004
- Rupprecht, R.: *Psychologische Theorien zum Alternsprozess* in: Oswald, W. D., et. al.: *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*; S. 13-26; 2. Aufl. Springer 2008

- Schlesinger-Kipp, G.: *Kindheit in Nationalsozialismus und Krieg* in: Bohleber, W. (Hg.): *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung*, 64. Jahrgang Februar 2010; S. 151-171
- Schröder, J.; Pantel, J.; Förstl, H.: *Demenzielle Erkrankungen - Ein Überblick* in: Kruse, A.; Martin, M.: *Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*; S. 224-240; 1. Aufl. Huber 2004
- Staudigl, B.: *Emmanuel Levinas*; Vandenhoeck&Ruprecht 2009
- Uexküll, T. v. (Hg.): *Psychosomatische Medizin*; 3. Aufl. Urban&Schwarzenberg 1986
- von Eye, A.: *Forschungsmethoden* in: Oswald, W. D.; Lehr, U.; Sieber, C.; Kornhuber, J. (Hg.): *Gerontologie - Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*; S. S. 171-177; 3. Aufl. Kohlhammer 2006
- Vyssoki, D.; Schürmann-Emanuel, A.; Draxl, K.; Schneeberger, W.: *Child Survivors der NS- Verfolgung in Österreich nach 1945 - Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien*
- Wahl, H. W.; Heyl, V.: *Gerontologie - Einführung und Geschichte*; 1. Aufl. Kohlhammer 2004

Abstract

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, wie eine wirkliche, wechselseitige Kommunikation in der gerontopsychosozialen Betreuung erreicht werden kann. Grundlage dafür bildet die während eines Praktikums gemachte Erfahrung im Maimonides Zentrum.

Dabei wird im Problemaufriss unter anderem darauf eingegangen, was Alter und Altern bedeutet, sowie auf Alterskrankheiten, insbesondere Demenzerkrankungen, da diese die größte Herausforderung darstellen. Zudem werden die Spätfolgen des Nationalsozialismus herausgearbeitet.

Lösungsansätze um mit diesen Menschen in Kontakt treten zu können finden sich in der Psychosomatik, vor allem aber in der Humanpsychologie. Hierbei wird insbesondere auf Kitwood, sowie auf die nicht-direktive Beratung von Rogers eingegangen. Da Kitwood sich spezifisch auf Buber bezieht wird dessen Dialogphilosophie herausgearbeitet und durch Gedankengänge Levinas erweitert und es erfolgt ein Diskurs darüber, wie diese Ideen in der gerontopsychosozialen Betreuung Einfließen müssen.

In der Abschließenden Konklusion werden die Ergebnisse zusammengefasst und bearbeitet, sowie ein theoretisches Modell angedacht, welche eine existentielle Kommunikation mit hochbetagten Menschen ermöglichen soll.

Lebenslauf

Geboren: 12. 12. 1978, Wien

Matura: ORG für Leistungssport

Bakk.: in Publizistik und Kommunikationswissenschaften

Suizid und der Einfluss der Medien

zunächst in der Kinder- und Jugendbetreuung tätig, später für unterschiedliche Vereine und Organisationen (ASB; Jung&Alt, MZ, etc.) in der Altenbetreuung und -pflege neben dem Studium Propädeutikum für Psychotherapie beim ÖAGG