

Veröffentlicht in Psychotherapie im Alter 2017; 14 (2) pp 163-174

Copyright: Psychosozial-Verlag Giessen www.psychosozial-verlag.de

Krisen in Partnerschaften älterer Menschen

Dr. med. Bernadette Ruhwinkel MAS&C ZFH

Klinik Hohenegg Meilen und Winterthur

Zusammenfassung:

Das Altern ist vielfältig geworden. Während die Generationen zuvor einheitlicher durch diese Lebensspanne gingen und sich aneinander orientieren konnten, sind heute Paare vor die Herausforderung gestellt ihr Älterwerden in aller Unterschiedlichkeit miteinander zu gestalten (Riehl-Emde 2014,18). Eine sehr lange Zweisamkeit mit verschiedenen Formen körperlicher Einschränkungen, aber auch grossen Differenzen an die Wünsche und Ziele für diese Zeit, ein plötzliches Ende des gemeinsamen Weges oder die Bedrohung eines raschen Endes können die Gemeinschaft der Partner sehr belasten. Wie kann Psychotherapie älteren Menschen hier nützlich sein? Welche Haltung des Therapeuten ist förderlich, welche Themen sind spezifisch in der Arbeit mit älteren Menschen und was kann erreicht werden? Anhand von drei Fallbeispielen aus eigener psychotherapeutischer Arbeit nach ökologisch-systemischer Technik (Willi 2005), werden diese Fragen beleuchtet. Integriert wurden dabei Elemente aus der existentiellen Psychotherapie (Yalom 2010) und aus der Arbeit mit dem Inneren Team (Schulz von Thun 1998).

Schlüsselwörter: ältere Paare, Themen der Psychotherapie, existentielle Themen in der Psychotherapie, ökologisch-systemische Therapie, Inneres Team.

Abstract: Crisis in Senior Couples

Becoming old is multiple. The generations before went through this lifetime more uniformed, couples nowadays have to manage the challenge without models. (Riehl-Emde 2014,18). A long term of living together, with different physical restrictions and varying wishes and purposes, or a sudden end, or the threat of it can burden the collective of the partners. How can psychotherapy be useful for elder people in this? What is the attitude of the therapist that can help? Are there specific subjects for

psychotherapy with elder people? Three case reports from own psychotherapy work with ecological-systemic technique (Willi 2005) try to give some answers. Elements from existential psychotherapy (I.D. Yalom) and subjects from the Inner Team (Schulz von Thun) are integrated.

Key words: Senior Couples; subjects of psychotherapy, existential subjects in psychotherapy, ecological-systemic technique, Inner Team.

Existenzielle Angst und Depression

Frau A, eine 76 Jahre alt Frau, kommt, eine Woche nach ihren vierwöchigen Wohnmobil-Ferien in Skandinavien mit dem Lebenspartner, in die Klinik Hohenegg zur stationären Psychotherapie bei einem schwer depressiven Zustandsbild mit suizidalen Gedanken. Sie kann es selber kaum fassen. In Skandinavien sei es ihr wunderbar gegangen, das Paar konnte alle geplanten Unternehmungen machen. Vorher hatten sie bereits einige Vorbereitungen getroffen für den anstehenden Umzug des Paares in eine Seniorenresidenz im nächsten Frühjahr. Ihr Lebenspartner ist 83 Jahre und hat Parkinson. Er ist aber gut eingestellt, mobil, beide fahren Auto. Das Paar kennt und liebt sich seit 20 Jahren. Frau A war zuvor 22 Jahre mit einem Mann verheiratet und hat einen Sohn (heute 50 jährig) aus dieser Ehe. Der Ehemann hatte sich, nach langer psychischer Erkrankung, suizidiert. Frau A wurde in der Folge schwer depressiv, stabilisierte sich rasch und blieb 6 Jahre allein, bis sie ihren jetzigen Partner kennen lernte. Beide singen leidenschaftlich gern Volksmusik und reisen gern. Zum Sohn besteht seit dem Tod des Vaters ein sehr gespanntes Verhältnis, weil er gern Ratschläge für ihr Leben erteile, aber nie richtig zuhöre. In der Klinik zeigt sich Frau A zunächst sehr depressiv, dreht mit ihren Gedanken, lässt sich kaum auf Therapien ein, ist zum Teil suizidal und kann nur ein wenig schwingen, wenn der Partner zu Besuch kommt. Durch Umstellung der antidepressiven Medikation konnte die Stimmung soweit aufgehellt werden, dass eine psychotherapeutische und körperorientierte Arbeit (Shiatsu, Bewegungstherapie, Nordik Walking) möglich wurde und die Patientin sich auf Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson einliess. Einzeltherapeutisch begannen wir mit der Frage:>> Why now?<< (Willi, 296) die nach systemischem Denken zum Verständnis der Bedeutung der Krankheitsepisode im Beziehungsgefüge der Patienten führt. Frau A. erschien es zuerst wenig einsichtig, dass ihre Depression

aus einem bestimmten Grund aufgetreten sein sollte. Ihre vergangene Depression konnte sie aber eindeutig mit dem Lebensereignis vom Tod des Ehemannes in Verbindung bringen. Der nahe Umzug in die Seniorenresidenz verbunden mit dem Verkauf des Hauses und der Auflösung des Haushaltes war für Frau A kein Grund. Sie schien sich sogar auf die Zeit in der Seniorenresidenz mit ihrem Partner zu freuen. Die Verpflichtungen die das Haus und der Garten mit sich brachten waren dem Paar schon lange zu wider und sie wollte ihren Lebensmittelpunkt durch den Umzug wieder in die Stadt verlegen, wo sie lange sehr glücklich gelebt hatte und wo sie sich, durch die Nähe zum Bahnhof auch ein weiterhin erleichtertes Reisen aufs Alter versprach. Wir gingen gemeinsam die Reise durch. Die Hypothese der Therapeutin, dass dort ein Paarkonflikt zu Tage gekommen war, der sie deprimierte, erwies sich ebenfalls als falsch. In den 4 Wochen der Reise war ihr aber deutlich geworden, wie stark die Parkinsonerkrankung ihren Partner mittlerweile einschränkte. Ihm sei das Laufen auf langen Strecken sehr schwer geworden und bei Müdigkeit wurde auch die Sprache immer schwerer verständlich. Frau A gab an Angst bekommen zu haben, vor der Zukunft. Die Ängste hätten sich dann zunehmend ausgeweitet. Auf dem Rückweg habe sie daran gedacht, was wohl wäre, wenn er bald sterben würde. Frau A. hatte sich in die Angst und Traurigkeit um den möglichen Verlust des Partners immer mehr verstrickt, während dieser völlig unbesorgt, seine Einschränkungen bagatellisierte und jeden Tag nahm wie er kam. Auf die Frage was der Gedanke an einen möglichen Tod ihres Partners alles auslöste war Frau A. nicht vorbereitet. Angst und Trauer übermannten sie und sie konnte klar hervorbringen, dass sie sich sehr davor fürchtete weiter alleine durch das Leben gehen zu müssen. Sie habe nach dem Tod des Ehemannes die Einsamkeit erlebt und wolle das nie wieder durchmachen. Diese Angst mitteilen zu können und endlich wieder Tränen fließen zu lassen befreiten sie sichtlich. Wir stellten uns gemeinsam die Frage, ob die Erkrankung des Partners wohl Hinweise darauf gab, dass er früher sterben werde als sie. Da er sich ansonsten einer ausgezeichneten Gesundheit erfreute, begann sie sich vorzustellen, dass er möglicherweise mit dem Parkinson auch noch sehr viele Jahre zu leben hatte und eventuell Einschränkungen im Reiseradius oder auch im Alltag zu erwarten waren, die sie gern mit ihm tragen wollte, da er so viel schon für sie getan hatte. Ihr wurde deutlich, dass sie sich, mit der Angst vor dem Verlust des Partners und der daraus resultierenden Depression und den suizidalen Gedanken, um wichtige Monate des Zusammenlebens brachte,

ohne dass es ihr möglich war damit ihr oder sein Leben auch nur um eine Minute zu verlängern. Nach diesen Therapiesitzungen begann das Paar auf dem Zimmer der Patientin bei seinen Besuchen heimlich wieder zu tanzen (ein Hobby beider). Sie suchte nach Möglichkeiten ihn bei seinen Besuchen mit einem guten Essen oder einem gemeinsamen neuen Spazierweg zu erfreuen. In Paargesprächen unterstützte er ihre Haltung im Hier und Jetzt zu geniessen was möglich ist und darauf zu vertrauen, dass sie das Kommende möglichst lange gemeinsam tragen können. Monate nach Austritt aus der Klinik erhielt ich eine fröhliche Karte aus Barcelona von beiden.

In der Psychotherapie sind die Hypothesen die wir Therapeuten uns machen teilweise irreführend, wenn wir sie nicht sorgfältig mit dem Patienten überprüfen. Der Therapeut braucht die Grundhaltung der Neugier und kann den Patienten vor allem durch Fragen zur Selbsterkenntnis bringen (Borst, 38). In diesem Fall hatte die traumatische Verlusterfahrung des Ehemannes bei der Patientin schwierige Jahre der Verunsicherung zur Folge gehabt, die durch den scheinbar drohenden Verlust des Partners erneut zu massiven Ängsten führten und eine Depression auslösten. Das bewusste Durcharbeiten dieser Todes- und Isolationsängsten und ihrer Zusammenhänge mit den Erfahrungen von früher führten bei Frau A zu einer heftigen, lösenden Reaktion, die die Erkenntnis spürbar machte, wie kostbar für sie beide die Zeit jetzt ist. >>In der Behandlung eines jeden Patienten entstehen Situationen, die, wenn sie auf sensible Weise vom Therapeuten hervorgehoben werden, die Bewusstheit des Patienten über die existentielle Dimensionen seines oder ihres Problems steigern würden.<< (Yalom, 200). Dies scheint mir in besonderer Weise für die Arbeit mit älteren Menschen zu gelten. Es braucht die Bereitschaft des Therapeuten sich auf Themen von Todesangst, existentieller Schuld, existentielle Isolation und der Sinnfrage ein zu lassen (Yalom).

Kollusive Dynamik und die Arbeit mit dem Fokus

Frau B. ist 86 Jahre alt und kommt wegen eines ängstlich agitierten Zustandsbildes in unser Klinik. Ihr Mann, 88 jährig, ist ein gesunder ehemaliger Flugkapitän der von Frankfurt aus die ganze Welt bereist hat. Sie lebte in einem kleinen Ort in der Nähe und zog die gemeinsamen beiden Söhne auf und war in der Gemeinde sehr engagiert. Ihre Autonomie war ihr wichtig wenn der Mann unterwegs war. Wenn er

Heim kam war die Familie daran gewöhnt, dass sich die Frau mit den Söhnen den Bedürfnissen des Mannes unterordnete, der wie bei der Arbeit führte. Bei der Fokusarbeit im Paar (Willi, 295) zeigte sich ihr Beziehungsmotto: „Wir leben ein klassisches Rollenmuster wenn wir zusammen sind, aber sind ansonsten beide sehr autonom“. Dies habe ihr viele soziale Beziehungen unabhängig vom Mann eingebracht mit Wertschätzung in ihrem Umfeld und ihm einige Aussenbeziehungen ermöglicht, der sie mit der selbstbewussten Zuversicht begegnet war, dass ihr Mann schon zu ihr zurück kommen werde. Nach der Pensionierung hatte der Mann sich Betätigungsfelder im esoterischen Bereich gesucht. Sie liess ihn im geistigen Bereich, wie sie meinte „abheben“ und blieb am Boden wie bisher. Mit dem hochbetagten Alter stellten sich bei Frau B. einige körperliche Gebrechen ein. Sie musste beide Hüften operieren, hatte mehrerer Hand-Operationen und war zunehmend auf seine Hilfe angewiesen. Einerseits genoss sie die Möglichkeiten von ihm bedient zu werden, andererseits traten aber zunehmend Ängste auf, ihre Autonomie zu verlieren. Der Mann genoss seine neuen Einflussmöglichkeiten auf seine Frau und versuchte sie mit seinen esoterischen Techniken zu behandeln. Dies steigerte ihre Angst vor seiner Allmacht. Bei der Fokusarbeit konnte das Paar formulieren, dass sie durch die körperlichen Einschränkungen der Frau sehr eng zusammen gerückt waren, sodass er in die starke, helfende Position kam und sie immer mehr zur Kranken, Schwachen wurde. Dies brachte sie in eine verzweifelte Situation. Gewohnt daran dem Mann zu folgen, wenn er mit ihr zusammen war, konnte sie sein Hilfsangebote im Alltag kaum ablehnen und sich seiner Übergriffe im esoterischen Bereich kaum erwehren. Aus dieser Kollusion, >>ein unbewusstes Zusammenspiel von Partnern auf der Basis korrespondierender Beziehungsängste und Beziehungsdefizit<< (Willi, 156-158) konnte sie sich nur durch den Klinikeintritt lösen. Der nun anstehende Entwicklungsschritt wurde vom Paar dahingehend formuliert, dass sie lernen wollte, sich mehr zu wehren und er lernen wollte ihr mehr Freiheit zu lassen.

Sowohl in der Einzeltherapie wie auch in mehrerer paartherapeutischen Sitzungen, parallel zum stationären Aufenthalt, konnte der Patientin und dem Mann durch die Fokusarbeit die Dynamik bewusst gemacht werden. Beide waren dann bereit mehr Abstand zueinander zu üben. Er besuchte sie viel seltener und nutzte seine Freiräume für seine Interessen. Frau A. begann sich selber um die Koordination der Pflegekräfte für ihren Bedarf zu kümmern. Bis zuletzt viel es ihr schwer seinen

Anweisungen betreffend ihrer Gesundheit nicht Folge zu leisten und ihm gelang es nicht zuverlässig sich solcher Äusserungen zu enthalten. Frau B meinte zum Abschluss der Behandlung bei uns, dass sie es nun daheim wieder versuchen wolle und sich ansonsten gern in eine Seniorenresidenz begeben werde, wohin der Mann nicht mitkommen wolle. So könne sie dann mehr Abstand zu ihm bekommen.

Der Fokus sollte in der Einzel- oder Paartherapie in der Ich Form möglichst mit den Patienten und in ihren eigenen Worten formuliert werden. Zunächst wird das Motto oder Leitbild der Beziehungsgestaltung heraus gearbeitet und es wird beleuchtet welche Möglichkeiten sich durch diese Form der Beziehungsgestaltung ergeben haben und was zurück gestellt werden musste um dieses Motto zu leben. Die Ereignisse die zu einer Veränderung geführt haben werden benannt und der nun anstehende Entwicklungsschritt auf den die Krankheit oder Krise hinweist wird erarbeitet. (Willi, 352) In der ökologisch–systemischen Therapie gilt psychisches Leiden als Hinweis auf einen anstehenden blockierten Entwicklungsschritt im Menschen oder im Paar. (Willi,127, 297)

Die Fokuserarbeit kann gerade in langjährigen Paarbeziehungen die zugrunde liegende kollusive Entwicklung bewusst machen, gleichzeitig aber auch den Wert der Beziehung für beide Partner und ihre Entwicklungen heraus streichen. Dies hilft sowohl dem Therapeuten wie dem Paar oder dem Klienten den roten Faden in der Behandlung zu sehen und lässt damit Therapie transparent und plausibel werden. Am Ende der Fokuserarbeit werden erste Schritte im Sinne des anstehenden Entwicklungsschrittes benannt. In der Folge wird gemeinsam mit dem Paar an der Realisierung dieser ersten Schritte gearbeitet.

Ich-Anteile werden wieder nutzbar

Herr C. kommt mit 68 Jahren in mittelgradig rezidivierend depressivem Zustandsbild zu uns in stationäre Behandlung nachdem er Monate daheim kaum noch etwas machen konnte, weil ihm der Antrieb fehlte. Nach mehreren psychotherapeutischen Behandlungen war er zuletzt vor allem über Achtsamkeit für Jahre stabil geworden. Herr C ist Krankenpflege, wie seine Frau. Er hat Jahrzehnte den chirurgischen Notfall im Spital geleitet und arbeitet auch nach der Pensionierung noch Jahre im

Teilzeitpensum in seinem Team als Springer weiter. Zur jetzigen Krise kam es scheinbar, da er nach Jahren der Stabilität die Medikamente reduziert hatte. Seine Frau hat mehrere Jahre wegen der Kinder beruflich pausiert und beide Eltern von ihr und ihm gepflegt, sowie anschliessend Teilzeit in der Pflege gearbeitet. Während der Mann sich über die Neueinstellung des Antidepressivums wieder erholte, zeigte er sich als geselliger und lebenslustiger Mitpatient, der zunächst keinen Auslöser seiner depressiven Phase benennen konnte. Er brach aber weiterhin ca. ein bis zwei Mal am Tag mit der Stimmung ein. Es zeigte sich, dass es jeweils nach den Telefonaten mit seiner Frau zu diesen Tiefs kam. Dort musste er seiner Frau >>rapportieren<< , was er am Tag gemacht hatte und was in den Therapien gelaufen war. Warum ihn das so traurig stimmte konnte Herr C. aber nicht erkennen. Somit begannen wir im inneren Team zu arbeiten. Dies ist eine Form verschiedene Ich-Anteile (Ego-States = Ich-Zustände vgl. Watkins/Watkins, 49- 52) oder Seiten des Menschen kennen zu lernen und miteinander in einen bewussten Austausch zu bringen. Hierzu male ich einen runden Kreis auf ein Flipchart-Blatt und suche mit dem Patienten seine verschiedenen Seiten, die ihn innerlich in unterschiedliche Richtungen ziehen. Diese „setzen wir an den Tisch“ in dem ich sie an den Rand des Kreises verteile. Bei Herrn C war das seine gesellige Seite, der Krankenpfleger (Fachmann), eine tierliebe Seite, der Bastler (der Stunden im Keller elektronische Geräte repariert), der Philosoph, der sich in endlose Gedankengänge verlieren konnte, die harmoniebedürftige Seite und der Familienmensch. Im Laufe der Arbeit trat noch eine weitere Seite hervor, die sich lange nicht mehr gezeigt hatte. Herr C. berichtete, dass er früher leidenschaftlich gern Hochseesegeln betrieben hatte, gerne Notarzwagen fuhr und auch sonst immer gern Neues ausprobierte. Auf der Suche nach einem Namen für die Seite meinte er, es sei wie ein >>Gepard<<, der einen grossen Radius habe in seinem Revier und dort herum streune, das Abenteuer suche, aber immer wieder heim komme. Dieses Bild hellte ihn sichtlich auf und wir „setzten auch den Gepard an den Tisch“. Nachdem die verschiedenen Seiten benannt und aufgezeichnet sind stellt sich in der Arbeit mit dem inneren Team immer die Frage nach der Sitzungsleitung. Die meisten Patienten benennen spontan eine Seite die, die Leitung inne hat. Rasch wird ihnen aber klar, dass das bedeutet, dass der ganze Mensch einseitig viel zu stark in diese Richtung unterwegs ist, während andere Anteile zu kurz kommen. >>Der „Präsident“ hört zunächst vor allem zu, bevor er dann entscheidet.<<(U. Borst, 67) Wir einigen uns dann, dass es das >>Ich<<

sein muss, welches die Leitung nimmt. Das >>Ich<< ist in der Ichpsychologie die Instanz, die den Realitätsbezug nach Aussen herstellt, wahrnimmt, reagiert und aktiv Entscheidungen aus dem Team umsetzen kann. (>>ausführendes Ich<< nach Watkins/Watkins,109) Somit entsteht in der Stunde ein Flipchart mit einem Bild der verschiedenen Seiten eines Patienten an einem virtuellen Tisch. Auf dieses Bild kann in den folgenden Sitzungen zurück gegriffen werden. Die Therapeutin kann zusammen mit dem Patient in die Leitungsfunktion des >>Ich's<< hinein gehen und dem Team bestimmte Themen zur Diskussion vorlegen. *Herr C. konnte zunächst das Telefonat mit seiner Frau in seinem inneren Team bewusst diskutieren: Während der Krankenpfleger das rapportieren konnte und es für wichtig erachtetet, dass die Frau transparent informiert war, reagierte der Familienmensch vorwurfsvoll auf die negative Reaktion von Herrn C. das Telefonat betreffend. Es >>darf doch ein Telefon der Ehefrau nicht traurig machen<<. Die harmoniesuchende Seite meinte es könne gar nicht sein, dass so ein Telefonat die Ursache für die Stimmungseinbrüche sei. Der >>Gepard<< aber meinte, er fühle sich an die kurze Leine genommen, sei kontrolliert und in seiner Freiheit beschnitten. Es gelang, dass Herr C. all diese Seiten wertfrei annahm und lernte insbesondere zu seinem >>Gepard<< mehr Bezug zu nehmen. So konnte er sich im Einzel auch dazu äussern, dass die seit Jahren ruhende Sexualität im Paar für ihn einen grossen Verlust darstellte. Er entschied in seinem Inneren Team, dass er seiner Frau versuchen wollte zunächst zu sagen, dass er die Art Rapporte nicht mehr wollte, schaffte das aber in der Folge nicht. Wir luden Frau C. zu einem Paargespräch ein. Dabei zeigte sich anhand der Beziehungsgeschichte und der Fokuserbeit, dass durch seine Depressionen Herr C. und seine Frau zunehmend mehr in ein kollusives Beziehungsmuster geraten waren. Er war dabei immer mehr in die Patientenrolle und sie in die der Krankenschwester geraten. Sie konnte bereits im ersten Gespräch formulieren, dass sie es leid sei, wie ein >> Mami<< auf ihn aufpassen zu müssen. Sie wolle wieder einen Partner an ihrer Seite und vermisste die Sexualität ebenfalls. Herr C. konnte daraufhin deutlich formulieren wie sehr ihn die Rolle des Patienten einschränkt und dass er mehr Freiräume für sich brauche über die er nicht 1:1 berichten wollte. Wir untersuchten, wo im Alltag diese kollusiven Rollenfixierungen deutlich wurden. Herr C benannte >>die Rapporte<< an seine Frau, die umgekehrt so nie statt fanden, seine Frau die Kleider die er sich jeden Morgen von ihr vorbereiten liess und die Tabletten die sie stets für ihn einsortierte. Gemeinsam entschieden sie, dass sie mit diesen Ritualen*

von alten Rollenmustern aufhören wollten. An den folgenden Wochenenden wurde dies bereits erprobt. Herr C. begann die Beziehung wieder aktiver mit zu gestalten und wurde dadurch auch wieder attraktiver für seine Frau. Dies führte in der Folge sexuell zu einer langsamen Annäherung.

Über die Arbeit mit dem Inneren Team konnte Herr C. bewusst seine autonomen Anteile wieder entdecken und zu ihnen stehen lernen. Er erkannte in der Auseinandersetzung mit seiner Frau, dass diese sogar viel glücklicher war, wenn Herr C. sich für seine Autonomie einsetzte und damit ein wirklicher Partner war, der für sich die Verantwortung übernahm. In der weiteren Paartherapie nach Austritt aus der Klinik, wie auch in der Einzeltherapie bei einer niedergelassenen Kollegin die nach dem ökologisch-systemischen Modell arbeitet, gelang es Herrn C. sich seiner autonomen Anteile bewusst zu bleiben und trotz eines Bandscheibenvorfalles mit der Frau nicht wieder in die alten Muster zu verfallen. Im Paar wurde weiter daran gearbeitet, die kollusiven Rollenfixierungen auf zu lösen. Herr C. übernahm trotz Schmerzen die Koordination seiner Termine, zeigte sich aktiver im gestalten der gemeinsamen Freizeit und war hier sehr kreativ. Er überraschte seine Frau mit humorvollen Äusserungen, die sie lange an ihm vermisst hatte. Seine Arbeit gab er auf und begann sich über sein Hobby kreativ zu betätigen und neu zu vernetzen.

Die Arbeit am Flip-Chart mit dem Inneren Team ergänzt durch Elemente aus der Arbeit mit Egostates ermöglicht es Menschen unterschiedlichen Alters und Bildung ein Modell zu erlernen, wie sie ihre eigenen Ich-Anteile bewusster wahrnehmen und führen lernen. Die Herausforderungen des Älterwerdens lassen sich in diesem Team von unterschiedlichen Anteilen der Person her beleuchten.

Zusammenfassung:

In der therapeutischen Arbeit mit älteren Menschen brauchen wir Therapeuten, neben der Kompetenz zur Behandlung aller psychiatrischer Krankheitsbilder auch die Offenheit über gewisse Themen zu sprechen, die für ältere Menschen wichtig sind. Ängste sind, nach Yalom möglicherweise ein Hinweis auf existentielle Fragen nach Tod und Sterben, oder Sinnfragen für die wir Therapeuten nicht nur offen sein müssen, sondern die wir aktiv in das Gespräch einbringen sollten, weil dem Patienten oft die Kraft dazu fehlt. >> Sinn,... muss indirekt angegangen werden. Ein Gefühl für Sinnhaftigkeit ist ein Nebenprodukt des Engagements<< (Yalom, 557) Das

unterschiedliche Altern hat paardynamisch unterschiedliche Folgen, die im Einzel oder im Paar angesprochen werden können und damit neue Perspektiven und Lösungswege in scheinbar unlösbaren Konflikten bringen können. Beide Partner können erfahren, dass wenn sie offen über ihre Bedürfnisse reden, Verständnis möglich ist. In der Sexualität gehen die Bedürfnisse im Alter zum Teil ebenfalls stark auseinander, oder, wie oben beschrieben, sind nur scheinbar weit voneinander entfernt. (Bruchhaus Steiner, 140-151) Wenn der Therapeut diese Themen offen und selbstverständlich anspricht, können Wege gesucht werden, wie man sich wieder annähern kann. Durch Verluste und Krankheiten, Rollenverlust und gesellschaftlicher Geringschätzung sind ältere Menschen zum Teil erheblichen Veränderungsprozessen ausgesetzt. Ein lebendiger Austausch mit der Partnerin/ dem Partner kann hier ein wichtiger Resilienzfaktor sein, den es therapeutisch zu fördern gilt.

Literatur

Riehl-Emde A (2014) Wenn alte Liebe doch mal rostet Paarberatung und Paartherapie für Ältere Kohlhammer Verlag Stuttgart

Borst U (2013) Systemische Therapie Handwerk der Psychotherapie Band 1 Psychotherapieverlag Tübingen

Bruchhaus Steiner H (2014) Sexualität und Partnerschaft im Alter- eine systemische Perspektive In: Friedrich-Hett T, Artner N, Ernst R (Hrsg.) Systemisches Arbeiten mit älteren Menschen Konzepte und Praxis für Beratung und Psychotherapie Carl Auer Verlag Heidelberg

Schulz von Thun (F 1998) Miteinander reden 3- Das „innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation. Rowohlt Reinbeck bei Hamburg

Watkins j , Watkins H (2012) Ego-States- Theorie und Therapie Ein Handbuch Carl Auer Verlag Heidelberg

Willi J (2005) Ökologische Psychotherapie Rowohlt Reinbeck bei Hamburg.

Yalom I (2010) Existentielle Psychotherapie EHP-Verlag Bergisch Gladbach

Dr. med. Bernadette Ruhwinkel Klinik Hohenegg, Hohenegg 1 8706 Meilen ZH

Bernadette.ruhwinkel@hohenegg.ch

Ruhwinkel Bernadette, 1961, Dr. med. MAS&C ZFH, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie FMH.

Leiterin des Schwerpunkts Alterspsychotherapie der Klinik Hohenegg in Meilen,
eigene Praxis in Winterthur, Dozentin am Institut für ökologisch-systemische
Therapie in Zürich an der Klosbachstrasse 123, Dozentin an der FH Bern im
Masterstudiengang Gerontologie.