

Klinische Sozialarbeit mit alten Menschen

Problemstellungen und Konzepte

Heike Dech; Helmut Pauls; Hildegard Hegeler; Manfred Oster; Silke Birgitta Gahleitner; Astrid Hedtke-Becker

Zusammenfassung

Soziale Arbeit mit alten Menschen bedarf einer spezifischen gerontologischen Methodenkompetenz. Sie steht vor der Aufgabe, die Forschungsergebnisse und Wissensbestände der Gerontologie und Geriatrie in eigene Konzepte zu integrieren und ihren professionellen Standort in der offenen oder stationären Altenhilfe einzubringen. Die Klinische Sozialarbeit, als beratende und behandelnde Sozialarbeit, ist mit ihrem spezifischen Methodeninventar in besonderem Maße für die Soziale Arbeit mit alten Menschen geeignet. Sie beschäftigt sich unter psychosozialer Perspektive mit Gefährdungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen innerhalb dieser Lebensphase unter Berücksichtigung der Lebenslage und Lebenswelt. In diesem Beitrag werden typische Fragestellungen, Konzepte und Methoden im Hinblick auf die Nutzbarmachung für die beratende und behandelnde Arbeit mit alten Menschen diskutiert.

Abstract

Social work with elderly people requires specific gerontological competences. Social work therefore needs to integrate gerontological and geriatric knowledge into its own concepts and methods in order to integrate its professional perspective into multidisciplinary services for the elderly. Clinical social work with its strengths in counselling and psychotherapeutic methods is specifically suitable for this field of work due to its psycho-social perspective on health risks, disorders and disabilities and its person-in-environment concept. Typical problems, concepts and methods are discussed in this paper in view of meeting the needs of elderly people.

Schlüsselwörter

alter Mensch – Altenhilfe – Methode – Funktion – Handlungskompetenz – psychosoziale Versorgung – Demenz – Angehörigenarbeit – Trauma – Salutogenese – Klinische Sozialarbeit

1. Einführung

Heike Dech; Astrid Hedtke-Becker

Kommentare zum Altwerden und Altsein finden sich schon in der griechischen und römischen Literatur. Und doch: Eine Altersphase, wie wir sie kennen, ist etwas Neues und in dieser Form noch nicht Dagewe-

senes. Denn die Lebenserwartung hat sich in den letzten 150 Jahren nahezu verdoppelt und steigt weiter. Im Zuge des demographischen Wandels rückt die Lebensphase Alter immer mehr auch in den Mittelpunkt des sozialarbeiterischen Interesses. Soziale Arbeit mit alten Menschen wird daher ein zunehmend wichtigeres Arbeitsfeld, sie richtet sich auf einen längeren Lebensabschnitt, der von einer immer größeren Anzahl von Personen durchlebt wird und der zugleich vielgestaltig, pluralistisch und uneinheitlich ist und dementsprechend vielerlei Fragestellungen aufwirft. Es stellen sich Fragen nach einer sinnvollen Gestaltung dieses Lebensabschnitts, nach Wohnformen und Generationsbeziehungen, nach sozialen Angeboten und Versorgungsstrukturen bei Hilfebedürftigkeit. Altwerden und Altsein sind sowohl individuelle Entwicklungsaufgabe als auch soziale und gesellschaftliche Herausforderung.

Soziale Arbeit dient definitionsgemäß zur Verbesserung der subjektiven Lebenssituation und der objektiven Lebenslage vulnerabler Menschen und Gruppen. Funktion einer Sozialen Arbeit mit alten Menschen ist es, Entwicklungsaufgaben zu unterstützen, die Selbstständigkeit und die Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen und aktiv bei der Bearbeitung und Bewältigung von alterstypischen Problemen zu helfen. Gerontologische Sozialarbeit lässt sich nicht über Arbeitsfelder (zum Beispiel offene Altenarbeit) oder über Zielgruppen (zum Beispiel Demenzerkrankte) oder Verfahren (bestimmte Methoden) allein definieren. Man kann vielmehr sagen, dass die genannten Aspekte in jeweils unterschiedlicher Gewichtung in einer auf eine bestimmte Lebensspanne bezogene Aufgabenstellung zusammenkommen und praxisbezogene Kompetenzen im Umgang mit alten Menschen erfordern. Für eine gerontologische Fachlichkeit muss sich die Soziale Arbeit mit alten Menschen durch eine spezifische Methodenkompetenz ausweisen. Hierbei steht die Soziale Arbeit zunächst vor der Aufgabe, die Forschungsergebnisse und Wissensbestände der theoretischen Grundlagendisziplinen der Gerontologie und Geriatrie in praktisch anwendbare Konzepte weiterzuentwickeln sowie ihr eigenes Methodenrepertoire für die Soziale Arbeit mit alten Menschen auszuwählen und anzupassen beziehungsweise fortzuschreiben. Sie hat dabei ihren professionellen Standort zu reflektieren und ihre Kompetenzen in der interdisziplinären Zusammenarbeit in der offenen oder stationären Altenhilfe einzubringen und abzustimmen.

Die Klinische Sozialarbeit, als beratende und behandelnde Sozialarbeit, ist mit ihrem spezifischen Methodeninventar in besonderem Maße für die Soziale

Arbeit mit alten Menschen geeignet. Sie beschäftigt sich unter psychosozialer Perspektive mit Gefährdungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen innerhalb dieser Lebensphase unter Berücksichtigung der Lebenslage und Lebenswelt. Ausgehend von den Erörterungen eines gemeinsamen Symposiums wird hier die Nutzbarmachung dieser Ansätze für die Arbeit mit alten Menschen diskutiert. Die nachfolgenden Beiträge können sicherlich keinen umfassenden Überblick über das weite Spektrum der Klinischen Sozialarbeit mit alten Menschen geben. Der Anspruch ist vielmehr der eines Einblicks in typische Fragestellungen, Konzepte und Methoden.

2. Klinische Sozialarbeit ist psychosoziale Beratung und Behandlung

Helmut Pauls

2.1 Zur Komplexität des Sozialen

Im Bereich der (psychischen) Gesundheit wirken zumindest drei Merkmalkomplexe mit- und ineinander. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht denn auch bekanntlich vom körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden. Im Jahre 2002 stellte sie ein „Treatment Gap“ in Bezug auf die soziale Gesundheitsdimension fest (WHO 2001). Diese „Lücke“ ist wie alles im Leben mehrfach determiniert: gesellschaftlich, berufspolitisch und wissenschaftsgeschichtlich, aber auch vom Gegenstand her, denn „das Soziale“ ist für eine wissenschaftliche Betrachtung das komplexeste System.

Diese Vielschichtigkeit ist durch die Mehrdimensionalität der „Situation“ im Rahmen des bio-psychosozialen Ansatzes bedingt. Wir unterscheiden:

- ▲ psychologischer Situationsbegriff (erlebte Situation): ist das Ganze, das der Person in ihrem Erleben-Verhalten jeweils gegeben ist (bewusst und unbewusst);
- ▲ sozialer Situationsbegriff: Über die psychisch repräsentierten Dimensionen hinaus sind in umfassender Weise dingliche beziehungsweise materielle Umgebung und soziales Umfeld eingeschlossen, auch unabhängig von der Wahrnehmung durch das Subjekt (objektive Situation);
- ▲ auf der biologischen Ebene sind auch nicht im Erleben repräsentierte leibliche Merkmale zur Situation zu zählen (zum Beispiel Erkrankungen).

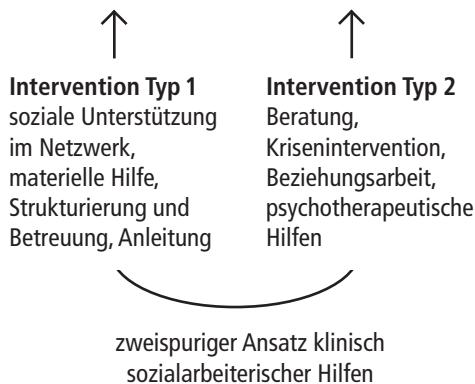
Die Situation überspannt die Subjekt-Objekt-Spaltung, indem sie beides, das Subjekt und die Objekte, immer schon in sich aufgenommen hat. Die Kunst der psychosozialen Fallarbeit bedeutet, im Rahmen kommunikativer (intersubjektiver) Prozesse das Verhältnis zwischen Subjekt und „objektiver“ Außen- und Innenwelt zu verbessern. Dies erfordert vertiefte

Fähigkeiten in Gesprächsführung, Beratung und Interventionskompetenzen. Die Person-in-der-Situation ist in der Klinischen Sozialarbeit eine Person in psychosozialer Not (Rauchfleisch 2004). Psychosoziale Fallarbeit muss deshalb divergente Dimensionen überschauen und erfordert die Arbeit an der Passung verschiedener Gegenstandsebenen.

Abb. 1: Integration des Divergenten (Pauls 2004)

Menschen in psychosozialer Not

soziale und materielle („äußere“) Probleme, abweichendes Erleben/Verhalten, Beziehungsprobleme



2.2 Kernaufgaben Klinischer Sozialarbeit

Eine wichtige Aufgabe Klinischer Sozialarbeit ist die Integration einer psychosozialen Behandlungsperspektive in ein weitgehend asoziales und ahistorisches Bild von Patienten/Klienten in unserem Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung mit angemessenen sozialen und psychosozialen Hilfen im Rahmen eines bio-psychosozialen Gesundheitsverständnisses. Eine weitere Kernaufgabe ist die Förderung der klinisch-psychosozialen Beratungs-, Behandlungs- und Forschungskompetenzen im Sozialwesen. Im Unterschied zum immer wieder anzutreffenden Fehlverständnis, Klinische Sozialarbeit bedeute Sozialarbeit in Kliniken, wird von Klinischer Sozialarbeit gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in Interventionskontexten der direkten Fallarbeit erfolgt und wenn die Soziale Arbeit *eigene*, direkte Beratungs- und Interventionsaufgaben im Rahmen der „direct practice“ wahrnimmt. Ihre Arbeitsfelder finden wir in der Psychiatrie (Kliniken, Tageskliniken, sozialpsychiatrischen Diensten, Übergangseinrichtungen, Praxen), in der ambulanten psychosozialen Beratung (Beratungsstellen aller Art), der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe, in Fach-, Akut- und Rehabilitationskrankenhäusern, in der Altenarbeit, Geriatrie und Gerontopsychiatrie, in der ambulanten und stationären Suchthilfe und in der Resozialisierung und Gefährdetenhilfe (Geissler-Piltz u.a. 2005). Das heißt Adressaten

sind Patienten und Patientinnen, leidende Menschen in allen Lebensaltern und unterschiedlichen Lebenslagen, deren psychosoziale Belastung reduziert und deren Problembewältigungsverhalten durch personenzentrierte und umfeldorientierte Einflussnahme verbessert werden soll (direct practice) und bei denen Bedürfnisse nach Zuwendung und Unterstützung, nach Aufklärung, Begleitung, Beratung und Behandlung mit dem Ziel der sozialen Integration bestehen (Pauls; Mühlum 2004).

Als fachsozialarbeiterische Teildisziplin übernimmt Klinische Sozialarbeit die Förderung der sozialarbeiterischen Beratungs-, Interventions- und Forschungskompetenzen im Rahmen psychosozialer Fallarbeit im Sozial-, Erziehungs-, Schul-, Justiz- und Gesundheitswesen bei klinischen Aufgabenstellungen. Bei diesen Aufgabenstellungen handelt es sich um:

▲ Lebensprobleme und Reifungskrisen, die nicht als psychische Erkrankung im Sinne des Gesetzes zu bewerten sind, bei denen Beratung und Intervention jedoch vertiefte (sozial)therapeutische Behandlungskompetenzen erfordern;

▲ Erziehungs-, Lern-, Familien- und Partnerschaftsprobleme mit klinisch relevanten Auffälligkeiten; berufliche Förderung im Rahmen der Rehabilitation von psychisch Kranken, Behinderten oder Personen mit chronischen Erkrankungen oder Traumatisierungen; sozialtherapeutische Beratung und Intervention bei sozialen Belastungen in Multiproblem-Situationen, Verschränkungen zwischen individuellen ökonomischen und sozialen Benachteiligungen, defizitären psychosozialen Kompetenzen, abweichenden Verhaltensweisen;

▲ Mitwirkung bei der Behandlung von Krankheiten in allen Bereichen der Psychiatrie, Beratung der Patienten und Patientinnen und ihrer Angehörigen, Psychoedukation;

▲ sozialtherapeutische Vorgehensweisen im Sinne gemeindebezogener, *aufsuchender* Intervention, die ökosoziale Lebensbedingungen mit einbeziehen und netzwerkbezogene Arbeit, auch Case Management.

2.3 Merkmale der Interventionsperspektive Klinischer Sozialarbeit

In der Klinischen Sozialarbeit geht es um „Leiden an der Gesellschaft“: Benachteiligung, Überforderung, Ausschluss, Isolation, Konflikt, Gewalt, die mit starken, wiederkehrenden negativen Emotionen der Bedrohung, Angst und Hilflosigkeit, aber auch der Irritierung und Verärgerung verbunden sind, die ihrerseits Aktivierungszustände im Organismus auslösen (chronischer sozio-emotionaler Distress) (Siegrist 2005). Dieses „Krankwerden durch Kränkung“ kennzeichnet das Spektrum des Klientels: psychisch

Kranke und Menschen mit emotionalen und Verhaltensstörungen sowie Abhängigkeitserkrankungen, chronisch körperlich Kranke und behinderte Menschen, Menschen mit familiären Problemen sowie in Krisen, Gewaltopfer und Gewalttäter, dissoziale und straffällige oder traumatisierte Personen.

Voraussetzung für die Hilfeplanung ist die Entwicklung von realistischen Veränderungs- beziehungsweise Entwicklungszielen und einer darauf bezogenen Interventionsstrategie, möglichst gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten. Dabei muss schon die klinisch-sozialarbeiterische Abklärung die isolierende Betrachtung von psychischen Störungen beziehungsweise „isolierten seelischen Behinderungen“ einerseits, Erziehungsdefiziten und sozialen Notlagen andererseits überwinden. Isolierte therapeutische Leistungen sind in der Regel wenig geeignet, die komplexen Problemlagen zu verbessern. Dabei lässt sich klinisch-sozialarbeiterische Behandlung grundsätzlich auf drei Ebenen methodischer Fallarbeit differenzieren: person- beziehungsweise individuenbezogen, beziehungsbezogen (zum Beispiel Familie und Gruppe) und umgebungsbezogen (zum Beispiel Gemeinwesen). Ziele der Intervention bestehen in der

- ▲ Entlastung und Förderung der Orientierungs-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit;
- ▲ Förderung der Selbstständigkeit;
- ▲ Nutzung sozialer Unterstützung;
- ▲ Einbindung in soziale Strukturen;
- ▲ Verbesserung von Basiskompetenzen für Rehabilitationsmaßnahmen;
- ▲ Verbesserung der Compliance.

Ein wichtiges Merkmal Klinischer Sozialarbeit, das sie zugleich deutlich von klassischer psychologischer Beratung und Psychotherapie unterscheidet, ist die Vielfalt der Settings, in denen die Interventionen stattfinden. Die Dauer der Hilfen umfasst ein Spektrum von kurz bis lang (wenige Sitzungen bis jahrelange Begleitung); die Interventionen finden regelmäßig oder unregelmäßig, auch an verschiedenen Orten (zum Beispiel aufsuchend) statt; kennzeichnend ist die Offenheit gegenüber dem Umfeld und weiteren Hilfen (*aktive* Vernetzung); die Maßnahmen werden ambulant, teilstationär und stationär durchgeführt.

Die Klinische Sozialarbeit in Deutschland hat seit dem Jahre 2000 (Aufruf der Arbeitsgruppe Gesundheit der Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS)) eine beachtliche Wegstrecke zu ihrer Etablierung zurückgelegt. Hier seien abschließend einige Meilensteine genannt:

- ▲ 2000: Gründung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) (www.klinische-sozialarbeit.de);
- ▲ 2001: Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Coburg;
- ▲ 2003: Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin und der Katholische Fachhochschule Berlin (die Akkreditierung der Masterstudiengänge mit Anerkennung für den Höheren Sozialdienst erfolgte im Januar 2005);
- ▲ 2004: Gründung der Sektion Klinische Sozialarbeit in der DGS
- ▲ 2004/2005: wichtige Veröffentlichungen;
- ▲ 2005: Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit.

3. Die soziale Beratung in der geriatrischen Rehabilitation

Hildegard Hegeler

Altern geschieht in Prozessen der Freisetzung von vorgezeichneten Lebensformen, der Pluralisierung sowie in einer gesellschaftlichen Phase, in der Traditionen sich verändern oder auch verschwinden. Es gibt also keine festgelegten, standardisierten Lebenswege oder verbindliche Funktionen mehr für die Altersphase, die dazu noch einen längeren Zeitraum einnimmt als noch vor 20 bis 30 Jahren. Auf der anderen Seite erhöhen sich die von gesellschaftlichen Institutionen – wie Pflege- oder Rentenversicherung – vorgegebenen Regelungen und Zwänge.

Die Altersphase ist damit zwar individuell gestaltbar, aber auch gestaltungsnotwendig: Wie kann ich meine Lebensbedingungen möglichst optimal, meinen Vorstellungen entsprechend ausrichten? Altern ist damit ein veränderbarer Prozess. Das Verhalten und Erleben älterer Menschen wird bestimmt durch das Verhältnis von Anforderungen an die jeweilige Person. Die Möglichkeit, diese zu bewältigen, ist abhängig von deren sozialer Kompetenz. Durch eine Krankheit können insbesondere im Alter häufig innerhalb kürzester Zeit gravierende körperliche und geistige Funktionsstörungen auftreten. Zu ihnen gehören vor allem hüftgelenksnahe Frakturen nach Stürzen, Schlaganfälle, immobilisierende neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder Polyneuropathie, Amputationen der unteren Extremitäten bei arteriellen Verschluss oder diabetischer Angiopathie. Oft kommt zu einer Erkrankung eine weitere hinzu.

Für einen gesunden jüngeren Menschen ist es nur schwer vorstellbar, wie ein betagter oder hoch betagter Mensch ein akutes Krankheitsereignis erlebt: Hinfälligkeit und Schmerzen sind gepaart mit Angst vor der weiteren Entwicklung. Die Lebensgrundlage wird mitunter im wahrsten Sinne des Wortes „schlag-

artig“ verändert. Das Leben geht jedoch weiter. An die Akutversorgung schließt sich hoffentlich eine geriatrische Rehabilitationsbehandlung an. Der Lebensgestaltungsprozess wird während dieser Rehabilitationszeit einer grundlegenden Revision unterzogen, die Patientin oder der Patient muss sich mit einer Krankheit arrangieren, die mit schwerwiegenden physischen und psychischen Belastungen verbunden sein wird.

Die Sozialarbeit in der geriatrischen Rehabilitation sieht die Patienten ganzheitlich, in ihrer individuellen Eigenart und Entwicklung, ihrem soziokulturellen Lebensraum und ökonomischen Situation. Sie stellt nicht einen Teilbereich in den Mittelpunkt, sondern bezieht die Erlebnisfähigkeiten und Lebensmöglichkeiten über die Klinik hinaus bei allen Überlegungen, Beratungen und Interventionen mit ein. In diesem Verhältnis von Individuum und Gesellschaft/Gemeinschaft spielen nicht nur die Interessen der Patienten eine Rolle, wenn es um die Annahme von Angeboten geht. Auch die Interessen der Gesellschaft und des sozialen Umfeldes sind im Hinblick auf die Auswahl von Angeboten von Belang. Trotzdem ist es natürlich der zentrale Auftrag der Sozialarbeit, sich für die Erhaltung der Selbstständigkeit und für das Selbstbestimmungsrecht der kranken Menschen einzusetzen, für die Integration Sorge zu tragen und die soziale Kompetenz zu erhalten beziehungsweise zu fördern.

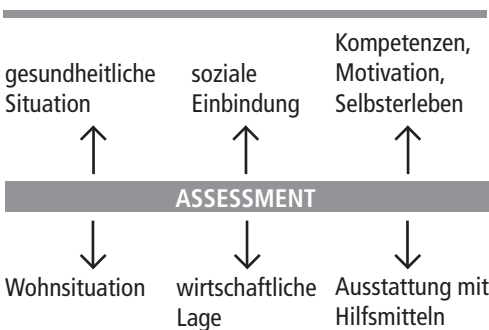
Die Kernidentität der Sozialarbeit ist die psychosoziale Beratung, eingebunden in den jeweils von der sozialen Fachkraft bevorzugten Beratungsansatz, der systemisch, lösungsorientiert oder klientenzentriert sein kann und mit der Methode des Case Managements verbunden ist. Die sozialen Probleme, die in der Beratung bearbeitet werden, besitzen neben der Sachebene immer auch eine psychische Ebene. Eine 80-jährige Patientin, die einen cerebralen Insult mit nachfolgender Lähmung zum Beispiel eines Beines und Einschränkung der Mobilität eines Armes erlitten hat, muss dies neben den Fragen nach Schwerbehindertenausweis, Leistungen nach dem Pflegegesetz, Wohnungsumbau oder Wohnungswechsel auch psychisch verkraften. Die Sozialarbeit begegnet deshalb keiner Krankheit, sondern Menschen, die abrupt vor eine neue Lebenssituation gestellt sind und mit Beeinträchtigungen leben müssen. Ein hohes Alter macht dies nicht leichter.

Hilfe von sozialarbeiterischer Seite erfordert zunächst einmal Zeit und Bereitschaft zum Zuhören, um sich dann auf das Anliegen der Patienten im Gespräch einzulassen. Nach dem lösungsorientierten Ansatz

wird die Sozialarbeit von Neugier und Respekt geleitet: Neugier, alternative Sichtweisen zu erforschen, und Respekt vor den Patienten als ebenbürtige Gesprächspartner. Im Hinblick auf ihre Probleme, Fragen und Lösungen sind sie Experten in eigener Sache, Experten für ihren Lebenskontext.

Die Kompetenz der Sozialarbeit besteht auch darin, Überblick über die privaten und öffentlichen sozialen Netze der Betroffenen zu haben und mögliche Gefährdungen oder bereits eingetretene Beeinträchtigungen dieser Vernetzungen zu erkennen. Wie sieht es mit der Belastungsfähigkeit des sozialen Netzes aus? Wie sicher ist ein Leben im häuslichen Umfeld? Ist die Schwelle zur sozialen Isolation und mangelhafter Unterstützung überschritten? Ist dadurch die Gesundheit gefährdet und eine Intervention notwendig und gerechtfertigt? Behindert die soziale Situation die Wiedergenesung und das größtmögliche Wohlfühlen? Soziale Präferenzen und Werte werden beurteilt und fließen in den Therapieplan mit ein. Darum müssen möglichst früh die Angehörigen in den Prozess der Lösungserarbeitung eingebunden werden, um die Kompetenzen und Ressourcen des sozialen Netzes zu beleuchten und in die weitere Vorgehensweise mit einzubeziehen. Familiäre Belastungen können sonst unter den neuen Bedingungen zu Überbelastungen werden. Im Assessment wird auf der Patient-Ebene und – wenn nötig, was meist der Fall ist – auf der Angehörigen-Ebene die Gesamtsituation synoptisch zusammengestellt.

Abb. 2 (Wissert 1996)



Im weiteren Verlauf muss geklärt werden, ob das bestehende soziale Netz so gut geknüpft ist, dass die Behandlungserfolge der Rehabilitationsklinik im Alltag der Patienten Bestand haben. Die Sozialarbeit bündelt und koordiniert dafür die Erkenntnisse und Zielvorstellungen der Beteiligten. Lücken im Netz werden durch neue Kontakte zu den Trägern der ambulanten Dienste und ehrenamtlichen Gruppen geschlossen. Neue Möglichkeiten von Haus- und Wohn-

gemeinschaften werden in die Überlegungen einbezogen. Ergänzt wird dies alles durch die Hilfe bei der Antragstellung für die jeweiligen Sozialleistungen und durch das Bemühen, vor der Entlassung die Entscheidung über deren Genehmigung zu erwirken. Der gesamte Entscheidungsweg ist oft mühsam und lang. Er erfordert hohe kommunikative Kompetenz seitens der Sozialarbeiterin oder des Sozialarbeiters und viel Einfühlungsvermögen in die Situation alter und zusätzlich von Krankheit und Behinderung/Einschränkung betroffener Menschen.

4. Forschung in der Klinischen Sozialarbeit

Heike Dech

4.1 Versorgungsproblematik

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung, mit dem Anwachsen der Zahl alter und hoch betagter Menschen erhöht sich, bedingt durch die alterskorrelierte Prävalenz, folglich auch der Anteil verwirrter, demenzkranker oder psychisch veränderter Menschen sowie die Zahl derjenigen, die im Rahmen häuslicher Pflege unmittelbar und sehr persönlich mit diesem Problem konfrontiert sind. Man kann sagen, dass die Demenz eine ganz besonders zerstörerische Erkrankung des Alters ist (*American Psychiatric Association* 1997). Sie beeinträchtigt nicht nur die Erkrankten, sondern auch die sie pflegenden Angehörigen. Zarit (1985) spricht von „den versteckten Opfern“ (hidden victims) der Demenz. Die Krankheit gewinnt eine zunehmende gesundheitspolitische Bedeutung und stellt Anforderungen an die Planung und Organisation von Versorgungsstrukturen, nicht zuletzt auch weil durch die wachsende Mobilität und Verstädterung sowie die Zunahme von Kleinfamilien das familiäre Pflegepotenzial und die Belastbarkeit der Familien abnimmt. Unterstützungs- und Behandlungsangebote müssen daher so konzipiert werden, dass ein funktionierendes System aus individueller Verantwortung und öffentlicher Unterstützung entsteht (Dech; Machleidt 2004).

Das Ausmaß an Unterstützung und Beaufsichtigung, das den Angehörigen in der häuslichen Versorgung abverlangt wird, ist enorm. Mace und Rabins (1996) schildern in ihrem Buch „Der 36-Stunden-Tag“ den Alltag pflegender Angehöriger auf eindrucksvolle Weise. Deren Präsenz ist buchstäblich pausenlos erforderlich, an jedem Tag der Woche, nicht selten über viele Jahre hinweg und häufig ohne die Möglichkeit eines Urlaubs. Arber und Ginn (1991) errechnen, dass Angehörige durchschnittlich 53 Stunden, Ehepartner sogar 65 Stunden pro Woche für die Versorgung des mit ihnen lebenden Patienten aufwenden. Es ist daher ohne Weiteres nachvollziehbar, dass die sozialen Beziehungen pflegender Angehöriger

oft unter der Pflegesituation leiden. Schwere, langwierige, sich stetig verschlechternde Erkrankungen wie die Demenz verändern kontinuierlich den Charakter der Pflege. Anfänglich gestaltet sie sich zu meist als Hilfestellung, letztlich wird sie zu einer alles dominierenden und zeitlich stark einschränkenden Versorgungsbeziehung. Die Notwendigkeit ständiger Beaufsichtigung bedeutet für die versorgenden Angehörigen, dass sie das Haus kaum noch verlassen können. Ihnen bleibt meistens keine Zeit, eigenen Interessen nachzugehen oder soziale Kontakte und Beziehungen zu pflegen. Einige Autoren (*Donaldson* u.a.1997, *Levin* u.a. 1994) stellen fest, dass Angehörige durch ihre Versorgungsaufgaben leicht in eine soziale Isolation geraten oder zumindest ihre sozialen Aktivitäten deutlich reduzieren. Gründe dafür sind neben dem Mangel an Zeit auch psychische Faktoren wie Stress- und Erschöpfungszustände.

4.2 Ergebnisse aus der Hessischen Alzheimer-Angehörigen-Studie

Die aus dieser Situation resultierenden psychosozialen Belastungen werden hier anhand von Ergebnissen aus einer eigenen empirischen Untersuchung vorgestellt. Für diese Querschnittsstudie wurden 150 Angehörige von Patientinnen und Patienten mit wahrscheinlicher Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) im ambulanten Sektor befragt. Diese wurden über verschiedene ambulante Dienste in Hessen, über Hausärzte und -ärztinnen sowie über Alzheimer Selbsthilfegruppen angesprochen, wobei nur Angehörige, die die Demenzkranken als Hauptversorgende (main carer) betreuten, befragt wurden. Hinsichtlich der Erkrankten selbst wurden die international gebräuchlichen Kriterien zur Demenzdiagnostik ICD-10 und NINCDS-ARDRA verwendet. Es wurden sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren angewandt, unter anderem die folgenden quantitativen Instrumente: General Health Questionnaire (GHQ-28), WHOQOL, Global Deterioration Scale (GDS), Zarit Carer Burden Inventory.

Gesamtstichprobe (n=150) Häufigkeit Prozent

Ehepartner	79	52,7
Tochter/Sohn	44	29,3
Schwiegertochter/-sohn	23	15,3
Sonstige	4	2,7
Gesamt	150	100

Die Pflegenden waren überwiegend Frauen, insbesondere in der Untergruppe der pflegenden Kinder: In der Untergruppe „Ehepartner“ (n=79) waren 49 (62 Prozent) der pflegenden Angehörigen weiblich und 30 (38 Prozent) männlich. In der Untergruppe „Kinder“ (Tochter, Sohn, Schwiegertochter, Schwie-

gersohn) (n=71) waren 65 (91,4 Prozent) der pflegenden Angehörigen weiblich und lediglich sechs (8,5 Prozent) männlich.

In der Selbstbeurteilungsskala General Health Questionnaire (GHQ) (*Goldberg; Blackwell* 1970) zeigte sich, dass Stress- und Erschöpfungssymptome bei den pflegenden Angehörigen im Vordergrund stehen. So berichteten 68 Prozent der Ehepartner und -partnerinnen und 64 Prozent der pflegenden Kinder, dass sie sich ständig unter Druck fühlten, 51 Prozent beziehungsweise 43 Prozent fühlten sich mit den Nerven am Ende und 49 Prozent beziehungsweise 39 Prozent waren ständig nervös und gereizt. Auch somatische Beschwerden wurden häufig genannt: 54 Prozent der Ehepartner und 39 Prozent der pflegenden Kinder litten unter Schlafstörungen (wobei diese häufig durch nächtliche Unruhe und Umherwandern der Demenzkranken bedingt war), 60 Prozent beziehungsweise 54 Prozent fühlten sich abgeschlagen und 44 Prozent beziehungsweise 37 Prozent krank. Schwere depressive Symptome, wie zum Beispiel Gefühle der Wertlosigkeit (8,8 Prozent beziehungsweise 12,8 Prozent) oder Suizidgedanken und -vorhaben (10 Prozent beziehungsweise 4,2 Prozent) traten hingegen seltener auf. Auch hatten die Angehörigen in hohem Maße das Gefühl, das Richtige zu tun (85 Prozent beziehungsweise 81,4 Prozent).

Der Skalenmittelwert des GHQ lag zwar im subklinischen Bereich, jedoch deutlich über dem cut-off-level für psychische Morbidität, was angesichts der hohen zeitlichen und emotionalen Anforderungen der Pflegesituation plausibel ist. Dabei erschienen die pflegenden Ehepartner und -partnerinnen im Vergleich zu den pflegenden Kindern tendenziell mehr gestresst und psychisch belastet. Hier machte die qualitative Befragung, neben vielen gemeinsamen Belastungen, Unterschiede zwischen den beiden Kohorten deutlich: Stressphänomene wurden bei pflegenden Ehepartnern und -partnerinnen insbesondere durch kommunikative Einschränkungen und die Persönlichkeitsveränderungen der zu Pflegenden hervorgerufen, während pflegende Kinder eher durch die Einschränkungen ihres gewohnten Aktionsradius gestresst waren. Die Untersuchung zeigte, dass der Anteil der Pflege durch Angehörige an dem Gesamtaufwand der Versorgung von Demenzkranken außerordentlich hoch ist. Viele Angehörige kümmern sich um Demenzkranke, deren Alltagsaktivitäten und Selbstständigkeit derart eingeschränkt sind, dass sie zweifelsfrei die Kriterien für eine Pflegeheimversorgung erfüllen. Besonders zu erwähnen ist die außerordentlich hohe Motivation der Angehörigen, die sich trotz schwieriger Versor-

gungsaufgaben um das Weiterführen des häuslichen Zusammenlebens und das Hinauszögern beziehungsweise die Vermeidung einer Pflegeheimaufnahme bemühen.

Diese Beziehungs- und Motivationsaspekte als positive Momente der Pflegesituation enthalten für die Gesundheitsplanung den Hinweis, durch Stützen der familialen, speziell ehelichen Kontinuität indirekt auch das in ihr liegende Gratifikationspotenzial zu stärken. Das würde bedeuten: Unterstützungsangebote sind so zu konzipieren, dass sie das System der häuslichen Pflege stabilisieren (Dech 2004). Das Spektrum der so ausgerichteten Angebote sollte von einer verbesserten Beratung bis hin zu psychosozialen Interventionen reichen. Für die Gesundheitspolitik gilt es, dieses positive Potenzial zu stärken.

4.3 Demenzkranke und deren pflegende Angehörige als Adressaten der Klinischen Sozialarbeit

Die Ergebnisse unserer Studie über die psychischen Belastungen zeigen einen hohen Bedarf an psychosozialer Beratung sowie an unterstützenden und entlastenden Maßnahmen für die versorgenden Angehörigen. Klinische Sozialarbeit beschäftigt sich unter psychosozialer Perspektive mit Gefährdungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen innerhalb dieser Lebensphase unter Berücksichtigung der Lebenslage und Lebenswelt. Ihr spezifisches Methodeninventar setzt sie dabei sowohl beratend als auch behandelnd ein. Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen sind typische Adressaten einer Klinischen Sozialarbeit:

▲ Es geht um eine Fallarbeit im Sinne der „direct practice“ mit psychosozialen Beratungs- und Interventionsaufgaben in einer Situation mit komplexem Hilfebedarf, in der sowohl therapeutisch-beratende als auch praktisch-organisierende Berufskompetenzen benötigt werden.

▲ Ein Großteil der pflegenden Angehörigen leidet zwar unter signifikanten Stress- und Erschöpfungsfühlen, jedoch nicht unter einer psychischen Erkrankung, bei der eine Psychotherapie indiziert wäre. Es geht hier vielmehr um die Kombination aus psychosozialer Verlusterfahrung, Trauer und langsamem Abschiednehmen mit sehr konkreten, alltagspraktischen Problemen des Versorgens, die eine breitere, die Lebenslage und Lebenswelt berücksichtigende Perspektive benötigt.

▲ Die Person-in-environment-Perspektive und der ressourcenorientierte mehrdimensionale Ansatz der Klinischen Sozialarbeit ist besonders geeignet, um der häuslichen Versorgungsproblematik gerecht zu werden, denn die beratende Unterstützung der An-

gehörigen zielt auf die Stabilisierung und Erhaltung des vertrauten sozialen Umfeldes für die Demenzkranken selbst.

▲ Die Möglichkeit des Aufsuchens in der Klinischen Sozialarbeit ist für diese Kranken und ihre Angehörigen von besonders hoher Bedeutung, insbesondere wenn die pflegenden Angehörigen die ebenfalls betagten Ehepartnerinnen oder -partner sind.

Die Mehrdimensionalität von Gesundheit, wie sie in der bekannten WHO-Definition zum Ausdruck kommt, beinhaltet nicht nur körperliches, sondern auch psychisches und soziales Wohlbefinden. Im Sinne dieses Gesundheitsverständnisses stellen die Reduzierung von Stress- und Belastungsfaktoren und die Förderungen positiver Gesundheitspotenziale eine wichtige Aufgabe in der Angehörigenforschung und -arbeit dar. Bisher am überzeugendsten nachgewiesen ist der Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen, gegenseitiger Unterstützung und Gesundheit (Badura; Kickbusch 1991). Bezogen auf die untersuchten pflegenden Angehörigen könnten organisatorische Gesundheitspotenziale in der Verbesserung von Handlungsspielräumen und Einflussmöglichkeiten sowie in der Erhaltung eines unterstützenden Netzwerkes sozialer Beziehungen liegen. In der Versorgung Demenzkranker ist die ressourcenorientierte Klinische Sozialarbeit für den langstmöglichen Erhalt der bisherigen häuslichen Lebensverhältnisse, die Vermeidung einer Heimeinweisung und die Reduzierung des Risikos von Missbrauchssituationen unverzichtbar.

5. Implikationen der Salutogenese für die Klinische Sozialarbeit mit älteren Menschen Manfred Oster

5.1 Ausgangssituation

Das deutsche Gesundheitssystem ist krank. Noch vor Jahren selbstverständliche Leistungen werden von den Kostenträgern nicht mehr erstattet. Nahezu alle beteiligten Akteure fühlen sich überfordert, ausgebeutet und unterbezahlt, die Versicherten gar im Stich gelassen, da sie beständig Zuzahlungen zu leisten haben. Sie sind unzufrieden und resigniert, meiden den Gang zum Arzt, zur Ärztin, um die Praxisgebühr zu sparen. Der Circulus vitiosus der Verschlechterung des Gesundheitszustands nimmt seinen Lauf, verstärkt durch die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren. Die Auswirkungen eines inadäquaten Systems haben ihren vorläufigen Höhepunkt erreicht. Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung wird als der schlechteste der Industrienationen bewertet (Blüchel 2003). Doch was sind die Ursachen? Gesundheit selbst wird zwar als übergeordnetes Ziel eines Gesundheitssystems verstan-

den, ein diesbezüglich expliziter Operationalisierungsauftrag existiert jedoch nicht. Ganz im Vordergrund dagegen steht Krankheit. Diese gilt es aufzuspüren und zu behandeln. Die Versorgung kranker Menschen nimmt die Medizin vollständig in Anspruch und verstellt damit den Blick auf den Erhalt oder die nachhaltige Wiederherstellung von Gesundheit. Potenziell vorhandene Ressourcen werden nicht genutzt und verkümmern. Ein solcherart verstandenes Gesundheitssystem mutiert unter diesem Paradigma zu einem System der reinen Krankenversorgung und entspricht damit nicht mehr dem Bedeutungsgehalt seiner Bezeichnung. Es handelt sich demnach, scharf formuliert, um einen Etikettenschwindel.

5.2 Problemkonstellation

Das medizinische Konzept von Gesundheit ist in Deutschland traditionell nur marginal entwickelt, da das Denken durch die berufliche Sozialisation der Medizinerinnen und Mediziner an Krankheiten orientiert ist. Demzufolge dominiert grundsätzlich eine pathogenetische Fragestellung, das heißt man fokussiert mögliche auslösende Faktoren, welche als Risiko für die Entstehung von Krankheiten identifiziert werden konnten. Diese Faktoren gilt es zu beachten beziehungsweise auszuschalten. Entsprechende Maßnahmen werden als Prävention bezeichnet. Andererseits richtet sich die Aufmerksamkeit beim Auftreten von möglichen Krankheitssymptomen auf Diagnostik, Diagnosestellung und Therapie.

Die Einführung der Sozialgesetzgebung in Deutschland unter *Bismarck* einschließlich ihrer Weiterentwicklungen bis heute führte in unserer Bevölkerung zur Verinnerlichung der staatlichen Versorgungsverantwortung, verbunden mit einer Garantie für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Eine mangelhaft ausgeprägte Eigenverantwortung der Bevölkerung für den Erhalt ihrer Gesundheit, verbunden mit der überwiegenden Einnahme einer passiven Versorgungshaltung, war die logische Folge.

5.3 Lösungsvorschlag

Die Gesundheit einer Bevölkerung wird durch medizinische Maßnahmen wie Prävention und Kuration nicht vollständig gewährleistet, es fehlt ein spezifisches Konzept zur Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung von Gesundheit. Eine sinnvolle Ergänzung der bisherigen medizinischen Versorgung könnte die Gesundheitsförderung sein. Sie ist im Gegensatz zur Prävention nicht daran orientiert, was Menschen krank werden, sondern gesund bleiben lässt. Eine mögliche Umsetzung dieses Ansatzes stellt das Modell der Salutogenese von *Aaron Antonovsky* (1923-1994) dar. Die praktische Aus-

gestaltung in unserem Gesundheitssystem sollte durch die Klinische Sozialarbeit erfolgen.

5.4 Salutogenese

5.4.1 Die salutogenetische Fragestellung

Im Unterschied zum medizinisch-pathogenetischen Ansatz, der sich dafür interessiert, warum Menschen krank werden, fragt die Salutogenese danach, warum Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben. Weitere Fragestellungen orientieren sich daran, wie Menschen es schaffen, sich von Erkrankungen wieder zu erholen beziehungsweise was das Besondere an Menschen ist, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden. Im Mittelpunkt der Salutogenese steht das sogenannte Kohärenzgefühl.

5.4.2 Kohärenzgefühl

Der Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand wird durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt: die allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Von der Ausprägung dieser sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung hängt es ab, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. *Antonovsky* bezeichnet diese Grundhaltung als Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC). Kohärenz bedeutet Zusammenhang, Stimmigkeit. Je ausgeprägter dieses bei einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein beziehungsweise desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben (*Bengel* u.a. 1998). Das Kohärenzgefühl beruht auf drei Komponenten: Gefühl von Verstehbarkeit, Gefühl von Handhabbarkeit beziehungsweise Bewältigbarkeit sowie Gefühl von Sinnhaftigkeit beziehungsweise Bedeutsamkeit.

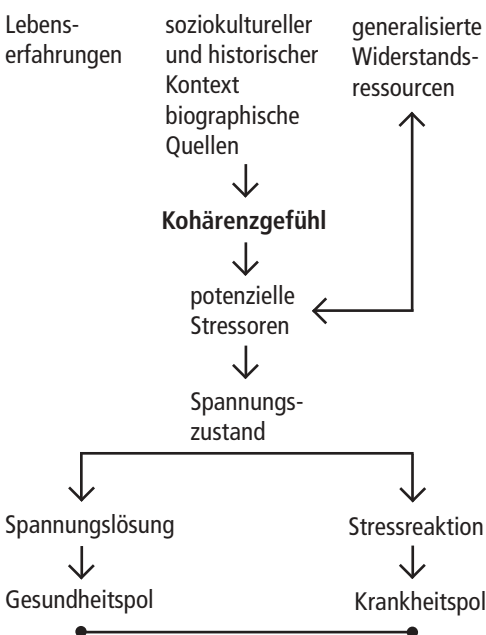
Mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl kann ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren, indem er die für diese spezifischen Situationen angemessenen Ressourcen aktiviert. Bei einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl werden Anforderungen eher starr und rigide beantwortet, da weniger Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen oder wahrgenommen werden. Weitere Elemente der Salutogenese sind Lebenserfahrungen, somato-psychische und soziale Widerstandsressourcen, der soziokulturelle und historische Kontext sowie biographische Quellen, die ihrerseits das Kohärenzgefühl konstituieren. Darüber hinaus ist *Antonovskys* Abkehr von der dichotomen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit von grundsätzlicher Bedeutung: Er schlägt im Gegensatz zu dieser ein Kontinuum

vor, dessen Pole von Gesundheit und Krankheit gebildet werden. Damit wird eine weitaus differenziertere Einschätzung eines individuellen Gesundheitszustands in Form der jeweiligen Position auf diesem Kontinuum möglich. Auf Grundlage seiner individuellen Ausstattung wird der Mensch mit potenziellen Stressoren konfrontiert, die zum Beispiel psychosozialer, physikalischer oder biochemischer Provenienz sind. Aus dem individuell möglichen Umgang mit einem Stressor resultiert ein jeweils individueller Spannungszustand mit individuellen Folgen: In Abhängigkeit verfügbarer (das heißt von der Ausprägung des Kohärenzgefühls abhängiger) Bewältigungsmöglichkeiten findet er sich auf einer entsprechenden Stelle des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums wieder (Abb. 3). Der Anwendungsbereich dieses Modells ist nicht auf bestimmte Altersgruppen begrenzt. Nachfolgend wird aufgrund der thematischen Einbettung sowie der bis vor kurzem vorherrschenden anderslautenden Einschätzung die Übertragung des Modells ausschließlich auf die Gruppe der älteren Menschen dargestellt.

5.5 Salutogenese im Alter – wissenschaftliche Ergebnisse

Bis zum Ende der 1990er-Jahre (Bengel u.a. 1998) bestanden große Zweifel an der empirischen Überprüfbarkeit des Kohärenzgefühls. Ferner war Antonovsky persönlich noch der Überzeugung gewesen, das Kohärenzgefühl könne ab einem bestimmten

Abb.3: Das Modell der Salutogenese (stark vereinfachend modifiziert nach Antonovsky 1979)



Lebensalter nicht mehr verbessert werden (Wiesmann u.a. 2004a). Beide Annahmen konnten in der jüngeren Vergangenheit widerlegt werden: So zeigt Brooks (1998) einen Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl, Lebenszufriedenheit, sozialer Gesundheit und körperlicher Gesundheit auf, während Lutgendorf u.a. (1999) im Kohärenzgefühl einen starken Prädiktor für Gesundheitsmaße und Lebenszufriedenheit im Alter sehen. Rennemark und Hagberg (1995) weisen einen negativen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Anzahl von Krankheitssymptomen nach, Gunzelmann u.a. (2000) eine positive Korrelation zwischen einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl und einer besseren subjektiven Gesundheit beziehungsweise weniger Körperbeschwerden. Wiesmann u.a. (2004b) schließlich beschreiben die Relevanz des Kohärenzgefühls für psychisches Wohlbefinden und Belastungsfreiheit.

Gesundheit im Alter stellt sich als ein Wechselspiel von subjektiven und objektiven Merkmalen dar. Das bedeutet, dass man im Einzelfall eine individuell angemessene Form des Umgangs mit eventuellen Erkrankungen, Behinderungen und Einschränkungen finden muss, um ein Leben in Zufriedenheit und Wohlbefinden führen zu können. Das subjektive Erleben ist der verhaltensbestimmende Faktor und der verlässliche Indikator für Langlebigkeit und Morbidität – nicht der objektiv festgestellte Gesundheitszustand.

5.6 Kompetenzen der Klinischen Sozialarbeit für die Gesundheitsförderung/Salutogenese bei älteren Menschen

Die Salutogenese ist kein genuin medizinisches Konzept, sondern wurde vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky begründet. Leider fand sie bisher in der Medizin nur wenig Beachtung. Mit ihrem Ansatz der komplexen Berücksichtigung der Bedingungen von Gesundheit und der – bei entsprechender Intervention – damit einhergehenden Erhaltung dieser bietet die Salutogenese nicht nur eine komplementäre Perspektive zur Medizin, scheint sie als ein Instrument der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen für seine adäquate Betreuung in komplexen Lebenslagen dringend notwendig zu sein. Für einen solch umfangreichen Behandlungs- beziehungsweise Betreuungsansatz sind Medizinerinnen und Mediziner im Allgemeinen nicht ausgebildet, sondern bereits mit der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen voll ausgelastet. Das einzige Studium, dessen Curriculum in Ergänzung zur Medizin dem umfassenden Modell der Salutogenese gerecht werden könnte, stellt die Klinische Sozialarbeit dar. Wie von Pauls (2004) beschrieben, verstehen wir Klinische Sozial-

arbeit als fachliches Handeln auf Grundlage des biopsychosozialen Ansatzes. Dieser Ansatz vereint verschiedene spezifische Betrachtungs- und Problemebenen in sich. Klinische Sozialarbeit fokussiert sowohl eine biologische Perspektive als auch die Beachtung einer psychosozialen Persönlichkeit, sie weiß um die Entwicklung des Selbst-in-der-Welt, kümmert sich insbesondere um die Person-in-der-Situation, ist vertraut mit psychosozialen Belastungen wie auch sozialer Unterstützung.

Darüber hinaus verfügt sie über ein umfangreiches Methodeninventar: Neben der Kenntnis psychotherapeutischer Grundrichtungen ist ihre Domäne die psychosoziale Diagnostik sowie die psychosoziale Behandlung. Aufgrund ihrer breit gefächerten Struktur ist Klinische Sozialarbeit im besten Sinn des Wortes interdisziplinär. Sie entspricht damit den hochgradig anspruchsvollen Fragestellungen, die sich bei vielen älteren Klientinnen und Klienten stellen. Sie vereint mehrere spezifische Wissensgebiete unter der Perspektive der Ganzheitlichkeit, womit sie der individuellen Bedürfnislage der betroffenen Menschen am ehesten gerecht wird. Damit überschaut sie neben der Medizin am besten die Faktoren, die das Kohärenzgefühl konstituieren.

5.7 Möglichkeiten von Operationalisierung und Visionen

Unabdingbare Voraussetzung für die Nutzbarmachung des beschriebenen Potenzials der Klinischen Sozialarbeit ist die Verabschiedung eines Gesetzes, welches eine entsprechende Aufgabenstellung für diese als anerkannte Akteurin in der Gruppe der Gesundheitsberufe beschreibt. Vorstellbar wäre eine Modifikation des Entwurfs für ein Präventionsgesetz, welcher in seiner gegenwärtigen Formulierung bereits das durchgängig explizit formulierte Nebeneinanderbestehen der Termini „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ enthält. Die Klinische Sozialarbeit findet leider bisher keine Erwähnung, obwohl sie für viele der im Gesetzentwurf enthaltenen Überlegungen und Szenarien am besten geeignet wäre.

Für eine zukünftige Beteiligung der Klinischen Sozialarbeit im Sinne der Gesundheitsförderung sind mehrere Modelle vorstellbar. Ein mögliches Modell beschreibt Köppel (2003): Es stellt das Konzept eines Gesundheitszentrums dar, welches räumlich auf dem Gelände eines Krankenhauses untergebracht ist und sowohl mit dessen Abteilungen (stationäre Versorgung) als auch mit Einzelpraxen verschiedener Disziplinen (ambulante Versorgung) mit dem Ziel einer interdisziplinären Zusammenarbeit

und einer „optimalen und lückenlosen Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung und einer nachhaltigen Gesundheitsentwicklung nach dem Konzept der Salutogenese auf regionaler und überregionaler Ebene“ kooperiert (ebd., S. 54).

Als weitere Möglichkeit, zum Beispiel in Ergänzung beziehungsweise Erweiterung bisheriger Ansätze sowie zukünftiger Entwicklungen Sozialer Arbeit (Hegeler 2005, Thiele 2001) ist die unmittelbare Anbindung der Klinischen Sozialarbeit an die Hausarztpraxis vorstellbar. Hier wäre, gleichsam Tür an Tür mit dem behandelnden Arzt, die oben beschriebene inhaltliche Komplementarität auch räumlich gegeben. Psychosoziale Probleme könnten „auf kurzem Wege“ niederschwellig erörtert und angegangen werden, die enge Verzahnung böte die Aussicht auf geringe Reibungsverluste. Die Hausärzte wären entlastet, sie könnten sich verstärkt auf das medizinische „Kerngeschäft“ konzentrieren. Auf der Grundlage einer obligaten psychosozialen Diagnostik könnten sie ohne Verzug, gegebenenfalls auch parallel zur medizinischen Versorgung, die psychosozialen Dimensionen der in Erfahrung gebrachten bestehenden oder drohenden Probleme einer spezifischen Diagnostik und Intervention durch die Klinische Sozialarbeit zuführen und aufgrund des interdisziplinären Austauschs über den jeweiligen Stand des Prozederes informiert sein. Ein solches Vorgehen wäre nicht nur bei der Versorgung von älteren Menschen wünschenswert, es sollte idealiter grundsätzlich, das heißt bei Menschen jeden Alters, zur Identifikation von Problemen angewandt werden, bevor sich Symptome von Krankheiten zeigen. Dies könnte der entscheidende Beitrag zur nachhaltigen Neuorientierung auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung sein. In diesem Sinne könnte mit Hilfe der Klinischen Sozialarbeit aus unserem derzeitigen Krankenversorgungssystem tatsächlich ein Gesundheitssystem hervorgehen.

5.8 Zusammengefasste Thesen

- ▲ Die Gesundheitsförderung spielt gegenwärtig im deutschen Gesundheitssystem mit ihrem ganzheitlichen, der Eigenverantwortung verpflichteten Ansatz so gut wie keine Rolle.
- ▲ Die medizinische, pathogenetisch orientierte Versorgung der Bevölkerung bedarf der salutogenetischen Ergänzung.
- ▲ Die Salutogenese ist auch bei Menschen höheren Alters wirksam.
- ▲ Die Klinische Sozialarbeit mit ihrem genuin biopsychosozialen Ansatz ist die am besten geeignete Disziplin für die adäquate Operationalisierung einer salutogenetischen Perspektive bei älteren Menschen.

▲ Bei Anwendung des salutogenetischen Konzepts auf sämtliche Altersgruppen könnte die Klinische Sozialarbeit mit ihrer Kompetenz dazu beitragen, dass sich unser Krankenversorgungssystem tatsächlich zu einem Gesundheitssystem entwickelte.

6. Trauma – (k)ein Thema im Alter?

Silke Birgitta Gahleitner

Trotz der zunehmenden Beschäftigung der Psychotraumatologie mit den Folgen traumatischer Erfahrungen im Lebensverlauf wird weitgehend vernachlässigt, welche Herausforderungen die Bewältigung solcher Erfahrungen an alte Menschen stellt. Dieses Faktum ist umso bemerkenswerter, als die heutige Generation hochbetagter Menschen besonders traumaträchtigen geschichtlichen Ereignissen wie dem Holocaust, zwei Weltkriegen, Flucht und Vertreibung mit all den sie begleitenden (auch sexuellen) Gewaltübergriffen sowie materiellen Notzeiten ausgesetzt war.

Am Beispiel einer 77-jährigen Frau, die an einem Forschungsprojekt zur Verarbeitung komplexer Traumata teilgenommen hat, wird ein Einblick gegeben, welche Formen des Umgangs alte Menschen mit erfahrenen Traumata finden können und wie sich diese auf die aktuelle Situation und Befindlichkeit im Alter auswirken. Dabei wird deutlich, wie wenig Unterstützung ältere Menschen für die Integration erfahrener seelischer Verletzungen von der Gesellschaft erhalten. Ein kurzer Exkurs zu einigen Alternativen, die klinisch-sozialarbeiterische Ansätze in diesem Bereich bieten könnten, schließt den Text.

6.1 „Der menschliche Wille ist stark und vermag vieles“

Frau Ohnstedt ist 77 Jahre alt, Rentnerin, und war neben ihrer Aufgabe als alleinerziehende Mutter langjährig im kaufmännischen Bereich angestellt. Sie ist in zweiter Ehe verwitwet. Zur Familie ihres Sohnes steht sie in regem Kontakt. *Frau Ohnstedt* wurde vom achten bis zum zwölften Lebensjahr von ihrem acht Jahre älteren Cousin regelmäßig vergewaltigt. In einem Forschungsinterview (*Gahleitner* 2004, 2005) sprach sie das erste Mal über ihre sexuellen Gewalterfahrungen: „Er hat mich vergewaltigt. Er war ein richtiger Sadist. Aber fragen Sie mich nicht, ich hab das vollkommen verdrängt ... ich wusste, das ist hier verschlossen, und das musste dort bleiben.“ *Frau Ohnstedt* schilderte ausführlich die Unmöglichkeit, die Gewalthandlungen im Kontext der allgemeinen Tabuisierung des Themas in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts aufzudecken: „Ich hätte es nicht über die Lippen bekommen. Angst ist mächtig.“ Bis heute fügt sie sich aufgrund schwerer Schuld-

zuweisungen in ihr Schicksal: „Ich habe es einfach akzeptiert, weil ich ja schuldig war, mitschuldig jedenfalls ... ich hätte es ja verhindern können, oder müssen. Oder?“ Bereits als Jugendliche hatte sie unmittelbar im Anschluss an die Gewalterfahrung Suizidgedanken: „Ich bin manchmal in den Wald gegangen und habe die Bäume angeguckt, habe gedacht: ‚Ach, da raufklettern und einfach runterfallen?‘ ... das war grausam, das Gefühl. Das kann man gar nicht wiedergeben.“ Im jungen Erwachsenenalter beging sie mit Alkohol und Tabletten einen Suizidversuch, den sie nur knapp überlebte. Im Krieg wurde sie beinahe erneut vergewaltigt – durch einen ‚hilfreichen Fremden‘ – ein Schicksal, das sie mit zahlreichen anderen Frauen teilt.

In ihrem beschwerlichen Leben mit immer wiederkehrenden existenziellen Bedrohungen hatte sie jedoch kaum Gelegenheit, sich mit ihren Kindheitserlebnissen zu befassen. Die Ablehnung durch die eigene Mutter, Krieg, Hunger, Zerstörung und später das Leben als erwerbstätige und alleinerziehende Mutter ließen sie gar nicht zu einer Beschäftigung mit der Vergewaltigungserfahrung kommen: „Ich möchte nicht sagen, dass ich es ganz vergessen habe, aber dadurch, dass immer wieder neue Tragödien oder Situationen eingetreten sind, die das Alte verdeckt haben, musste ich unheimlich viel verarbeiten. Es gab immer noch schlimmere Situationen.“

Auf die Frage, wie sie es geschafft habe, ihr Leben zu meistern, sagte *Frau Ohnstedt* spontan: „Wissen Sie was, das weiß ich selber nicht so genau ... Aber ich wusste, du hast ein Kind, und du musst für es da sein.“ Das Bedürfnis, „alleine damit fertig werden zu müssen“, zieht sich durch *Frau Ohnstedts* Leben wie ein roter Faden, der fast ein wenig an nationalsozialistische Durchhalteparolen erinnert. „Das Leben ist nicht nur Friede, Freude, Eierkuchen, das Leben ist Kampf“, sagte sie im Interview. „Du musst dich erziehen, an dir arbeiten, nicht wahr?“ An professionelle Hilfe hat sie nie zu denken gewagt: „Ich habe noch nie einen Therapeuten benutzt.“ Heute jedoch ist alles – für sie unerwartet – wieder ganz präsent: „Richtig aufgewühlt bin ich jetzt erst, wo ich mein ganzes Leben rotieren lasse. Da habe ich mich beschäftigt, mit meiner Jugend. Und seitdem bin ich penetrant traurig, unglücklich und wütend – alles auf einmal.“

6.2 Trauma und Altern

Die wenigsten Menschen sprechen im Alter von ihren traumatischen Erfahrungen, deshalb handelt es sich bei *Frau Ohnstedt* keineswegs um einen Einzelfall. Internationale Untersuchungen weisen

sexuelle Gewalt als ein altersübergreifendes Phänomen mit alarmierend hohen Prävalenzraten und Folgeerscheinungen aus (Bange; Deegener 1996; Böhmer 2000). Das Schweigen aufgrund von Tabuisierungssphänomenen, Traumadynamiken und verinnerlichten Schuld- und Schamgefühlen spiegelt sich in der fehlenden Antwort des Fachdiskurses und Hilfenetzes. Posttraumatische Beschwerden lassen sich über viele Jahre hinweg durch eine Reihe ausgeklügelter Bewältigungsstrategien unterdrücken, und in dieser, manchmal als „Latenzperiode“ (Aarts; Velde 2000, S. 290) bezeichneten Phase, machen lediglich „isolierte Symptome“ auf die erfahrene Traumatisierung aufmerksam. Die daraus resultierende „Lebenskraft“ geht jedoch mit einem hohen Energieaufwand für den ganzen Organismus einher (Heuft 2004).

Besteht also über einen langen Zeitraum hinweg keine Möglichkeit, traumatische Belastungen zu öffnen und zu verarbeiten, erhöht sich das Risiko langfristiger Folgeerscheinungen (Gahleitner 2005). Insbesondere im Übergang vom mittleren zum hohen Lebensalter erfährt die posttraumatische Belastung dabei häufig eine neue Dimension, in der sich alternende Menschen plötzlich – wie auch *Frau Ohnstedt* beschreibt – „aufgewühlt“ und nach all den Jahren des Durchhaltens überfordert fühlen. Dies geht nicht selten mit den sich verändernden Lebensbedingungen einher – dem zunehmenden Austritt aus dem öffentlichen Leben, körperlichen Funktionsverlusten und dem Abschied von vertrauten Menschen. Wird der außerordentlichen Bewältigungsleistung also durch die mit dem Alter einhergehende psychophysische Abnahme der Belastungsfähigkeit ein natürliches Ende gesetzt?

Gemäß dem gesellschaftlich vorherrschenden Defizitverständnis wird in den meisten Untersuchungen tatsächlich auf Abbauphänomene verwiesen (Gagnon; Hersen 2000). Überträgt man diese Erkenntnisse auf das Leben von *Frau Ohnstedt*, stößt man hier auf einen interessanten Widerspruch. Sie wirkt keineswegs vom Alter gezeichnet, für ihre 77 Jahre macht sie einen rüstigen Eindruck, treibt Sport, blieb bisher von schwerwiegenden Einbußen durch Krankheit verschont und ist sozial hoch kompetent. *Frau Ohnstedt* benennt eine andere Stelle, an der sie die Erinnerungen an das Trauma erneut „heimgesucht“ haben: Als sie sich mit ihrer Biographie beschäftigte und „ihr Leben nochmals rotieren ließ“, geriet sie mit der Jahrzehnte zurückliegenden sexuellen Gewalterfahrung in Konflikt. Sie bringt ihre Belastung also keineswegs mit einem psychophysischen Verfallsprozess des Alterns in Zusammenhang, sondern eher mit Prozessen der Selbstreflexion.

Auch moderne gerontologische Theorien widersprechen dem Defizitmodell des Alterns. Nach dem Kompetenz-Modell wird eine Unterscheidbarkeit und Unterscheidungsnotwendigkeit verschiedenartiger Entwicklungsverläufe im Prozess des Alterns gefordert (Lehr 1991). Aus dieser Perspektive bietet das Altern wie jede andere Phase im Lebenszyklus neben spezifischen Herausforderungen zahlreiche Chancen (Saup 1991). Zu ihnen gehörten die Annahme und Integration der eigenen Vergangenheit und Gegenwart und die Herstellung von Kohärenz und Selbstkontinuität im Sinne einer reiferen Ich-Integrität. Traumatische Belastungen können diesen Prozess jedoch stark behindern (Kolk 2000).

Bei *Frau Ohnstedt* wird sehr anschaulich, dass eben diese Interaktion der Entwicklungsaufgaben des Älterwerdens mit den Anforderungen einer verspätet einsetzenden posttraumatischen Belastungsstörung sie vor Probleme stellt. Beim biographischen Rückblick auf ihr Leben stieß sie auf bisher nicht integrierte Erinnerungen, die angesichts der damaligen Lebensumstände nicht angemessen verarbeitet werden konnten. Dieses Phänomen bezeichnet man als „posttraumatische Belastungsstörung mit verspätetem Beginn“ (Sommer 2000).

Dies bedeutet jedoch nicht, dass altersbedingte Belastungen keine Rolle bei einer spät auftretenden posttraumatischen Belastung spielen; sie stellen aber für sich genommen noch keine hinreichende Bedingung für eine solche dar. Traumatisierte Menschen begegnen jedoch auf dem Weg des Alterns zusätzlichen Anforderungen und haben damit eine „doppelte Aufgabe“ (Aarts; Velde 2000, S. 304) zu erfüllen. Aus dieser Tatsache lässt sich schlussfolgern, dass eine frühe Traumatisierung ein Entwicklungsrisiko im Alter darstellt, welches nicht aus Defiziten erwächst, sondern mit der Kumulation von Aufgabenstellungen im Alter zusammenhängt.

6.3 Praxisrelevante Aspekte

Die Annahme, dass ältere Traumabetroffene eine „verstärkte Empfindlichkeit“ für Belastungen zeigen, die mit dem „psychophysischen Verfall des Organismus“ einhergehen, zeichnet ein verzerrtes Bild alternender Menschen, welches den Möglichkeiten und Ressourcen, die dieser Lebensphase innewohnen, nicht gerecht wird. Werden diese Phänomene als Teil des degenerativen Prozesses missdeutet, so stärkt dies die Haltung, alte Menschen zum „alten Eisen“ zu zählen, für die es sich nicht mehr lohnt, das Sozialversicherungssystem mit Ausgaben zu belasten. Am Beispiel von *Frau Ohnstedts* Biographie wird deutlich, dass die hohe Belastungsfähigkeit im Verlauf

des Lebens mit dem Risiko des Aufbrechens der Erfahrungen im Alter einhergeht und nur geringe Möglichkeiten bestehen, an dieser Stelle professionelle Hilfe zu Rate zu ziehen. Die individuelle Scheu, das professionelle Netz zu nutzen, ist dabei umrahmt von gesellschaftlichen Bildern über Traumatisierung einerseits und die Wertlosigkeit der Lebensphase Alter andererseits. Eine Fixierung auf das Alters-Defizienz-Modell führt damit auch zu einem unangemessenen Pessimismus hinsichtlich der Prognose der Psychotherapie älterer Patientinnen und Patientinnen – aus Professionellen- wie aus Klientensicht.

Im Gegensatz zu dieser Betrachtungsweise verfügt *Frau Ohnstedt* über zahlreiche dynamische, ressourcenstarke und lebensfrohe Seiten, an denen es sich lohnen würde, therapeutisch anzusetzen. Für eine angemessene Behandlung älterer Traumaopfer ist es jedoch wichtig, besondere Aufmerksamkeit auf diejenigen Prozesse zu richten, die tatsächlich zu ihrer Dekompensation beitragen. Erste Schritte in diese Richtung sind in den letzten Jahren bereits erfolgt (dazu zum Beispiel *Märcker; Müller 2004, Reddemann 2004, Schlesinger-Kipp 2004*).

Obwohl ältere Menschen in der Regel wenig mit dem psychologischen Wortschatz vertraut sind und auch keine Anspruchshaltung auf Hilfe von professioneller Seite haben, schließt dies die „Ansprechbarkeit“ von Hilfemaßnahmen nicht aus. Fortgeschrittenes Alter ist keineswegs eine Kontraindikation für Psychotherapie oder Beratung. Klinisch-sozialarbeiterische Hilfestellung als alternatives Unterstützungsangebot zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie bedarf jedoch eines komplexen, anspruchsvollen und verständnisgenerierenden theoretischen Rahmens, in dem die Beziehungsgestaltung Vorrang besitzt und an der aktuellen Lebenssituation der Klientel angeknüpft wird. „Die Komplexität der Beziehungsdimension“ (*Stemmer-Lück 2004, S. 55*) in der Sozialen Arbeit stellt eine Herausforderung an die helfende Diagnostik und Intervention dar.

Methodisch ist dieses Vorgehen von einer integrativen Ausrichtung geprägt, die auf der Basis einer humanistischen Grundhaltung und tiefenpsychologischen Verstehens die Beziehung als Hauptachse versteht und verhaltenstherapeutische, gestalttherapeutische, psychodramatische und körperorientierte Techniken interventiv verbindet (dazu für den Traumabereich *Petzold u. a. 2000*; für die Klinische Sozialarbeit *Gahleitner 2006*). Im Hilfeprozess wird versucht, eine Balance zwischen gegenwärtigen und vergangenen Themen, tragender und aktivierender Grundhaltung, begegnungs-, einsichts- und

zielorientierten Interventionen herzustellen. Daraus ergibt sich eine zeitliche Orientierung an den momentan präsenten Phänomenen, die über den Rückblick in die Strukturen und den Vorausblick in die Entwürfe erschlossen werden. Ziel sind indikations-spezifische und situationsadäquate Interventionen, die „vitale Evidenzerfahrungen“ als Synergieeffekte körperlichen Erlebens, emotionaler Erfahrung, rationaler Einsicht und sozialer Bedeutsamkeit bieten.

Grundvoraussetzung für die Hilfestellung ist häufig zunächst, den Klientinnen und Klienten, die noch nie einen „Therapeuten benutzt haben“, Selbstverständlichkeit und Vertrauenswürdigkeit bezüglich professioneller Hilfe überhaupt möglich zu machen. Dies wird im Interview mit *Frau Ohnstedt* deutlich. Zu Beginn fordert sie mehrfach dazu auf, das eben Gesagte schnell wieder zu vergessen: „Können Sie so was alles gut verarbeiten, wenn Sie das hören, das müssen Sie, ja? Sie müssen das heute Abend nicht mit schlafen nehmen? Nein, das müssen Sie vergessen. – Ja? – Man muss sich selber durchbeißen, nicht?“ In dem mehrstündigen Gespräch fasst *Frau Ohnstedt* allmählich Vertrauen und kann das Angebot von Zuhörerschaft, aufrichtigem Interesse und Entlastung für sich nutzen: „Ich denke, Sie könnten öfter mal kommen, ich könnte noch tagelang erzählen“, resümiert sie am Ende des Interviews.

6.4 „Ich bin erstaunt ... dann hat das ja einen Sinn, was ich hier mache“

Inzwischen hat sich über diese Brücke ein lockeres Beratungssetting mit *Frau Ohnstedt* entwickelt, welches zwischen Biographiearbeit, Alltagsberatung und Krisenintervention flexibel zu springen vermag und in dem sich eine Frequenz von zirka 14-tägigen bis monatlichen Begegnungen eingependelt hat. In der warmen Jahreszeit ist es ihr dafür hilfreich, den Weg in die Praxis als Tagesstruktur positiv für sich zu nutzen, in der kalten Jahreszeit wäre dies aufgrund der weiten Fahrstrecke und ihres fortgeschrittenen Alters nicht machbar, so dass die Beratungssequenzen bei ihr zu Hause stattfinden. *Frau Ohnstedt* war es bisher möglich, ihre Traumatisierung beruhigend in einen größeren Kontext einzubetten, psychoedukativ darüber informiert zu sein, welche Symptome in ihrem Leben vermutlich darauf zurückzuführen sind, einen gewissen Stolz auf ihre Copingfähigkeiten zu entwickeln und ihren zuweilen mit negativen Stimmungen durchzogenen Alltag besser verstehen zu können. In den letzten Monaten hat sie angedacht, ihrem Sohn mehr aus ihrem Leben zu erzählen und dabei auch die traumatischen Aspekte für ihn zugänglich zu machen. So könnte auch für ihn ihr manchmal schwankender Lebensalltag,

für den es sonst wenige Ursachen zu nennen gäbe, besser verständlich werden. Vereinzelt war es auch möglich, in einem geschützten Setting, unterstützt durch kreativtherapeutische Angebote, sowohl erlebnisorientiert an traumatischen Inhalten zu arbeiten als auch ressourcenorientierte Bewältigungshilfen zum Einsatz kommen zu lassen, um den Umgang mit bedrohlichen überflutenden Gefühlen zu erlernen und innere Sicherheit zu entwickeln. Dazu leistete die Biographiearbeit einen wichtigen Beitrag (Schulze 2006). Frau Ohnstedt äußerte den Wunsch, ihre Biographie niederzuschreiben beziehungsweise niederschreiben zu lassen (eventuell im Rahmen eines studentisches Projekts).

Inzwischen ist sie selbst bei einem Wohlfahrtsverband in der Betreuung alternder Menschen tätig und hat dort die Verantwortung für eine hoch betagte Dame übernommen, deren Begleitung ihr sehr wichtig geworden ist und ihr ermöglicht, ihre Erlebnisse ins Verhältnis zu Anderen zu setzen, die ebenfalls eine von Kriegen durchzogene Biographie bewältigt haben. Kurzreisen und Kartenspielnachmittage mit Freundinnen sind wieder häufiger geworden. „Ich bin erstaunt ... dann hat das ja einen Sinn, was ich hier mache“, griff sie vor Kurzem eine ihrer letzten Bemerkungen aus dem Interview erneut auf.

An dem Fallbeispiel wird deutlich, wie sehr gerade die im Traumabereich erforderliche Diagnostik und Intervention unter einem breiten personen- wie umfeld- und sozialstrukturellen Fokus auf die Kernkonzepte Klinischer Sozialarbeit verweist (Pauls; Mühlum 2004). Mit ihrem bio-psychozialen Ansatz „therapy plus of persons in situations“ ermöglicht Klinische Sozialarbeit das geschilderte indikationspezifische und kontextorientierte Vorgehen. Um also an der richtigen Stelle angemessen intervenieren zu können, erfordert das Phänomen „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTSD) im Gegensatz zur pessimistischen Prognostik in der Psychotherapielandschaft alten Menschen gegenüber flexible Settings und mehrdimensionale diagnostische und interventive Herangehensweisen unter Einbezug des soziohistorischen Kontextes. Darüber hinaus ist eine ressourcenorientierte Betrachtung, letztlich eine sozialgerontologische Psychotraumatologie beziehungsweise eine klinisch-sozialarbeiterische Herangehensweise notwendig.

„An PTSD leidende ältere Menschen sind gerne bereit, beeinträchtigende Denk- und Verhaltensmuster zu verändern. Selbst kleine Veränderungen können zu großen Verbesserungen der Lebensqualität führen. Ja mehr noch, die Würde und der Einfallsreich-

tum, die Ältere oft zeigen, ist oft ein beachtliches Zeugnis für die Widerstandskraft des menschlichen Geistes“ (Hankin 1997, S. 358). Die Posttraumatische Belastungsstörung im Alter verdient daher eine spezielle interdisziplinäre Betrachtung, eine umfassende bio-psychoziale Diagnostik und klinisch-sozialarbeiterische interventive Antwort, die jeweils indikationsspezifisch und situationsadäquat kreative Bewältigungsleistungen unterstützt und gemeinsam im Dialog mit den Betroffenen weiter entwickelt.

Literatur

- Aarts, P.G.H.; Velde, W. op den: Eine früh erfolgte Traumatisierung und der Prozeß des Alterns. Theorie und klinische Implikationen. In: Kolk u.a. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn 2000, S. 289-308
- American Psychiatric Association (APA): Practice guidelines for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementias of later life. In: American Journal of Psychiatry 154/1997, Supplement S. 1-39
- Antonovsky, A.: Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco 1979
- Arber, S.; Ginn, J.: Gender and later life. A sociological analysis of resources and constraints. London 1991
- Badura, B.; Kickbush I. (Hrsg.): Health promotion research towards an new social epidemiology. WHO regional publications European Series 37/1991
- Bange, D.; Deegener, G.: Sexueller Mißbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen. Weinheim 1996
- Bengel, J. u.a.: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Köln 1998
- Blüchel, K.G.: Heilen verboten – töten erlaubt. Gütersloh 2003
- Böhmer, M.: Erfahrungen sexueller Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt am Main 2000
- Brooks, J.D.: Salutogenesis, successful aging, and the advancement of theory on family caregiving. In: McCubbin u.a. (Hrsg.): Stress, coping, and health in families: sense of coherence and resiliency. Thousand Oaks 1998, S. 227-248
- Dech, H.: Wie können pflegende Angehörige von Demenzkranken wirksam unterstützt werden? Fragen an eine psychosoziale Versorgungsforschung. In: Soziale Arbeit 12/2004
- Dech, H.; Machleidt, W.: Relevance and applicability of the CANE in the German health care system. In: Orrell; Hancock (Hrsg.): Needs assessment for the older person. The Cambridge Assessment of Need for the Elderly. London 2004
- Donaldson, C. u.a.: The impact of symptoms of dementia on caregivers. In: British Journal of Psychiatry 170/1997, S. 62-68
- Gagnon, M.; Hersen, M.: Unresolved childhood sexual abuse and older adults: Late-life Vulnerabilities. In: Journal of Clinical Geropsychology 3/2000, S. 187-198
- Gahleitner, S.B.: „Ich wusste, das ist hier verschlossen und das musste dort bleiben“. Sexuelle Gewalterfahrung – (k)ein Thema im Alter. In: Psychologie & Gesellschaftskritik 1/2004, S. 55-69
- Gahleitner, S.B.: Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern. Gießen 2005
- Gahleitner, S.B.: „ICD plus“ und „Therapie plus“ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit, Sonderausgabe 2006, S. 12-22. Online verfügbar unter: www.klinische-sozialarbeit.de
- Geissler-Piltz, B. u.a.: Klinische Sozialarbeit. München 2005

- Goldberg, D.;** Blackwell, B.: Psychiatric illness in general practice. In: British Medical Journal 2/1970, S. 439-443
- Gunzelmann, T. u. a.:** Das Kohärenzgefühl bei älteren Menschen. Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit und körperlichen Beschwerden. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 3/2000, S. 245-265
- Hankin, C. S.:** Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In: Maercker, A. (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin 1997, S. 356-384
- Hegeler, H.:** Die soziale Beratung in der geriatrischen Rehabilitation. Vortrag auf der Fachtagung „Generationen in Familie und Gesellschaft in einem zusammenwachsenden Europa“ am 29.-30.9.2005 in Mannheim
- Heuft, G.:** Traumatisierung im Lebenslauf und Trauma-Reaktivierung im Alter. In: Psychotherapie im Alter 3/2004, S. 22-35
- Kolk, B. A.:** Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In: Kolk, Bessel A. van de u. a. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn 2000, S. 169-194
- Köppel, M.:** Salutogenese und Soziale Arbeit. Lage 2003
- Lehr, U.:** Psychologie des Alterns. Heidelberg 1991
- Levin, E. u. a.:** Better for the break. London 1994
- Mace, N.L.; Rabins, P.V.:** Der 36-Stunden-Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer Kranken. Bern 1996
- Märcker, A.; Müller, J.:** Erzähltechniken in der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei älteren Menschen. Life-Review und Testimony. In: Psychotherapie im Alter 3/2004, S. 37-48
- Pauls, H.:** Klinische Sozialarbeit. Weinheim 2004
- Pauls, H.; Mühlum, A.:** Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) – Sektion Klinische Sozialarbeit. Ohne Ort, 2004. Online verfügbar unter: www.klinische-sozialarbeit.de
- Petzold, H.G. u. a.:** „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: Kolk, Bessel A. van de u. a. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn 2000, S. 445-549
- Rauchfleisch, U.:** Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Göttingen 2004
- Reddemann, L.:** Spätfolgen von Traumatisierungen – Möglichkeiten und Erfordernisse stationärer Therapie. In: Psychotherapie im Alter. 3/2004, S. 49-58
- Rennemark, M.; Hagberg, B.:** Sense of coherence among the elderly in relation to their perceived life history in an Eriksonian perspective. In: Aging Mental Health 1/1995, S. 221-229.
- Saup, W.:** Konstruktives Altern. Göttingen 1991
- Schlesinger-Kipp, G.:** „Meine Kindheit im Krieg und auf der Flucht“ – Gesprächskreis mit 60- und 70-Jährigen. In: Psychotherapie im Alter 3/2004, S. 67-77
- Schulze, H.:** Biografiethoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. In: Klinische Sozialarbeit 2/2006, S. 10-12
- Siegrist, J.:** Medizinische Soziologie. Elsevier 2005
- Somer, E.:** Effects of incest in aging survivors: Psychopathology and treatment issues. In: Journal of Clinical Geropsychology, 6/2000, S. 53-62
- Stemmer-Lück, M.:** Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis. Stuttgart 2004
- Thiele, G.:** Soziale Arbeit mit alten Menschen. Köln 2001
- WHO, World Health Organization:** The World Health Report 2001. Mental Health: New Perspectives, New Hope. Genf 2001
- Wiesmann, U. u. a.:** Salutogenese im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5/2004a, S. 366-376
- Wiesmann, U. u. a.:** Salutogenese im Alter – Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsressourcen älterer aktiver Menschen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 3/2004b, S. 179-193
- Wissert, M.:** Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg im Breisgau 1996
- Zarit, S.H.; Orr, N.K.; Zarit, J.M.:** The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress. New York 1985