

**Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1985**

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

## **Angewandte Gerontologie als Bewältigungshilfe für das Altwerden, das Alter und im Alter \***

*Hilarion G. Petzold (1965/1972i, 1985b)*

Erschienen in: *Petzold, H.G.*, 1965. Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. Publications de L'Institut St. Denis 1, 1-16; hier dtsh. (1972i): Geragogik ein neuer Weg der Bildungsarbeit für das Alter und im Alter, als Vortragsversion von idem 1965 auf dem „Studentag Marie Juchacz“, 2. Mai 1972. Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf Eller, Altenheim Eller repr. in: *Petzold, H.G.*, 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107.

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

**Textarchiv H. G. Petzold et al.**

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

---

\* Aus der „**Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Die Gerontologie ist eine Wissenschaft, die sich lange Zeit vornehmlich mit medizinischen Fragen des Alterns befaßt hat. Auch die Untersuchungen im gerontologischen Kontext sind eher einem naturwissenschaftlichen Forschungsideal verbunden. In der Thanatologie wiederum wird allenfalls noch über den Tod philosophiert. Der alte Mensch und der Sterbende als Person werden nicht gesehen. Wir haben es in der Gerontologie mit einer subjektlosen Disziplin zu tun, die Forschungs- »Gegenstände« untersucht und beschreibt — eine *gérontologie descriptive*. Es wird höchste Zeit, daß ihr eine handlungsbezogene Dimension beigegeben wird, eine *gérontologie appliquée* als Praxeologie, die den Betroffenen zugutekommt; denn was soll Forschung, wenn sie nicht Forschung für Menschen ist, wenn sie Daten produziert, die niemandem unmittelbar zugutekommen. Forschungen sollen uns vielmehr Materialien bereitstellen, die uns zum Handeln befähigen und zu einer integrativen Arbeit an der Kultur. Das Wissen über das Altern und über alte Menschen muß umsetzungsfähige Formen finden, und derartige Interventionen müssen selbst wiederum beforscht werden, um sie in ihrer Wirksamkeit und ihren Auswirkungen zu überprüfen, und zwar nicht im Labor, sondern in der Lebenswirklichkeit und unter Beteiligung der Beforschten.

Warum aber gerade die alten Menschen, die Prozesse ihres persönlichen Alternsschicksals in den Blick nehmen? Warum das Sterben, den Tod? — Weil dies Bereiche sind, die in Vergessenheit geraten sind. Die *ars moriendi* ist verschwunden. Der Tod wird totgeschwiegen. Über das Alter spricht man nicht. Alt sein ist ein Makel, und doch — es ist ein Teil unseres Gesamtlebens, von dem sich niemand befreien kann. Das Altern betrifft uns alle. Den Tod erleiden wir alle. Deshalb hilft es nicht, die Augen zu verschließen und die Entscheidungen zum Handeln zu verschieben, denn wenn wir den Fakten des Alterns in die Augen sehen *müssen*, sind wir meistens zum Handeln zu alt oder zu krank oder zu schwach, und wir sind umgeben von Menschen, den »Jungen«, die nicht sehen wollen und nicht handeln wollen, *und wir werden allein dastehen*. Die Einsamkeit des Alters ist etwas Neues, ein Produkt der modernen Industriegesellschaften, ein Ergebnis von Kleinfamilien, eine Auswirkung der *Verleugnung* des letzten Lebensabschnittes und seiner *conditions inhumaines*.

Entscheidend kommt noch hinzu, daß wir nicht mehr gelernt haben, wie man altert, daß wir deshalb erneut lernen müssen, wie man alt wird, mit dem Alter umgeht. In Würde sterben zu können war ohnehin für die Menschen von jeher eine Lebensaufgabe. Ihr auszuweichen führt in eine unausweichliche Situation, eine Situation, auf die man nicht vorbereitet ist. In einer »angewandten Gerontologie« werden Teildisziplinen entstehen müssen, die die vielfältigen Aufgaben, die mit dem Abschluß des Lebenskontinuums verbunden sind, in Angriff nehmen. Es werden neue Aufgaben in der Humanmedizin, Pädagogik, Psychoanalyse bzw. Psychotherapie als Humantherapie und Sozialarbeit bzw. Soziotherapie notwendig. In der Zukunft, in zwanzig oder dreißig Jahren, wird dem ganzen Bereich der Arbeit mit alten Menschen eine Bedeutung zukommen, die heute überhaupt noch nicht richtig eingeschätzt wird. Die Verkürzung der Lebensarbeitszeit, die zunehmende Langlebigkeit, der wachsende Freiraum durch den frühen Auszug der Kinder, das wachsende Selbstbewußtsein alter Menschen wird *Alternswissenschaften* notwendig machen, die Handlungsmodelle für die Praxis bereitstellen. Dabei wird eine interdisziplinäre, mehrperspektivische Vorgehensweise erforderlich werden, weil die ganze Breite menschlicher Lebensvielfalt in ihrem Sinn-Gehalt erfaßt werden muß. Medizin und Psychologie, Soziologie und Pädagogik, Philosophie und Theologie werden zusammenarbeiten müssen, um zu einem angemessenen Verständnis von Altern und Alter, Sterben und Tod zu kommen. Letztlich geht es um eine anthropologische Bestimmung dieser Dimension, denn ohne eine solche erhält praktisches Handeln keine Zielrichtung.

## THEORETISCHE GERONTOLOGIE

Medizin  
Ökologie  
Biologie

Ökonomie  
Soziologie  
Éthnologie  
Politische Wissenschaften

Philosophie  
Psychologie  
Pädagogik  
Pastoraltheologie

## ANGEWANDTE GERONTOLOGIE

Gériatrie/Geromedizin  
Thanatothérapie  
Géragogik  
Sozialgeragogik  
Thanatagogie  
Gérontopastoral  
Thanatopastoral

### **Das Modell biologischer, psychologischer, soziologischer und ökologischer, d. h. biopsychosozioökologischer angewandter Alternswissenschaft**

*Angewandte Gerontologie* und auch *Thanatologie* dürfen nicht nur als Bewältigungshilfen wirksam werden. Sie dürfen nicht nur dazu dienen, Lebenszusammenhänge, die funktionsunfähig geworden sind, wie z. B. Familien und Nachbarschaften, durch die Dienste von Fachleuten zu ersetzen. Sie müssen dazu beitragen, daß alte und junge Menschen zu einer neuen Standortbestimmung finden, zu einer Neuinterpretation von Altern, Sterben und Tod in einer Zeit, in der die tradierten Interpretationen und Sinnzusammenhänge zunehmend an Tragfähigkeit verlieren, sinnlos werden und einen leeren Raum hinterlassen. Dieser wird zu leicht mit Werten aus der Welt der Jungen gefüllt, so daß der Raum des Alters, obwohl er sich heutzutage länger ausdehnt als je zuvor, beschnitten wird. Der verbleibende Rest wird häufig mit negativen Klischees gefüllt. Die *angewandten Alternswissenschaften* müssen über den Aspekt der Linderung hinaus Hilfen zur Zielfindung für diesen Lebensabschnitt geben, *Spielräume* für Kreativität und Selbstentfaltung bereitstellen, damit die Segnungen der Alterssicherung, die unsere Sozialstaaten bereitstellen, und die damit gegebenen Chancen für einen fruchtbaren lebendigen Lebensabschnitt genutzt werden können. Das Alter könnte auf diese Weise eine im wirklichen Sinne *humane Lebenssituation* werden im Kontrast zu den unwürdigen Lebensumständen, die wir allenthalben vorfinden und die geradezu nach einer Humanisierung des Alters verlangen. Unsere Vorstellungen über das Altern gehen natürlich in unsere Arbeit mit alten Menschen ein, und insofern ist es sinnvoll, wenn man sich seine eigenen Konzepte deutlich macht. Wir sehen das *Altern als einen hochkomplexen Prozeß der Veränderung auf der biologischen, psychischen, sozialen, ökologischen und geistigen Ebene*. Diese Ebenen sind für jedes Individuum und jeden Kontext anders gewichtet. Sie haben eine subjektive Dimension von seiten des Alternden selbst, der sich als alt, noch nicht alt oder gar jung erlebt, und sie haben eine subjektive Seite von möglichen Betrachtern her, die jemanden als alt

einstufen, was sehr häufig wiederum dessen Sicht beeinflusst, und wir haben eine quasiobjektive Sicht. In einem gewissen Maße ist es das chronologische Alter, jedoch auch dieses wird sozial bewertet und subjektiv erlebt. Das biologische Alter, wie es *Lecomte du Noye* durch die *cicatrisation* einer Wunde bestimmen wollte oder *Benjamin* und *Murray* durch physiologische Parameter, ist auch nur quasiobjektiv, weil auch Blutdruck, Muskelkraft, Sehfähigkeit von dem Kontext des jeweiligen Menschen abhängig sind, vom »Lebensraum« im Sinne *Lewins*, von den sozialen Interaktionen wie von den Wohnbedingungen. Und sicherlich sind auch genetische Einflußgrößen anzunehmen. Wenn der Altersprozeß in seiner im voranstehenden skizzierten Komplexität und Spezifität gesehen wird, ist damit für eine angewandte Gerontologie schon viel gewonnen. Sie muß mehrdimensional handeln, interdisziplinär kooperieren und höchst individualisierte Betreuungsmaßnahmen praktizieren. Sie muß vor allen Dingen die Alterskonzepte des jeweiligen Menschen und der jeweiligen Zielgruppe sorgfältig explorieren, um sie entsprechend einzubeziehen, gegebenenfalls unter Modifikation eigener Konzeptionen.

Das Bestimmen des eigenen Standortes indes ist trotz aller Vielfältigkeit möglicher Standorte eine Grundbedingung, denn damit wird ein Referenzpunkt gegeben und eine Möglichkeit zur Entscheidung von Zielen, die über situative Determiniertheit hinaus greifen kann. Zwar ist es wahr, wie Rosalind in »As you like it« (Akt III, Sc. 2, 305-306) sagt: »time travels in diverse paces with diverse persons«; aber gerade das eröffnet auch die Möglichkeit, die Qualität »erlebter Zeit«, erlebten Alterns zu ändern und zur Veränderung des gelebten Alters beizutragen.

Von unterschiedlicher Seite her haben *Sartre* und *Marcel* die kreative Handlungsfähigkeit des Menschen hervorgehoben, seine Ausrichtung auf das, was er tut und was er denkt, und damit seine Möglichkeit, das Leben, das durch memorierte Vergangenheit und imaginierte Zukunft sowie durch persönliche und soziale Einflüsse bestimmt wird, zu strukturieren. Wenn man diese Zusammenhänge erkennt und umsetzen kann, wird man nicht nur vom Alter bestimmt, sondern man hat die Chance, zumindest *sein* Alter zu bestimmen. Wenn auch die Vision von der »Potentialität des Alters« oftmals von den Fakten der »Depotenzierung im Alter« kontrastiert wird, so kann diese Vision dennoch einen positiven Horizont eröffnen, solange sie nicht als verpflichtende Norm alten Menschen ohne Berücksichtigung ihrer Situation aufgezwungen wird. Das Alter als die Schlußphase des Lebens bietet die Möglichkeit, die im Leben erfahrene Fülle und Vielfalt auszuwerten, zusammenzufassen und zu integrieren. Die Vielfalt der Ereignisse, Informationen, emotionalen Erfahrungen bietet die Möglichkeit, ein Gefühl des Zusammenhanges, der Befriedigung, des *Sinnes* zu erlangen, ein vertieftes Verstehen seiner selbst und des Lebens — nicht als umfassendes philosophisches Elaborat, sondern als persönliche Synthese eines gelebten Lebens. Insofern ist Alter auch eine Zeit des Wachstums, in der noch einmal eine erfüllende und befriedigende Lebenszeit gelebt werden kann, die eine gute Basis für die unvermeidlichen Akte des Abschiednehmens und Loslassens gibt, die uns das hohe Senium und die damit unausweichlich eintretenden Verluste, und die uns der ultimative Verlust des Lebens abverlangt.

Die Lebenssituation alter Menschen steht nicht nur unter der Bedrohung des biologischen Verfalls, des physischen Kräfteabbaus, der cerebralen Abbauerscheinungen. Sie steht unter der Bedrohung von zwei mächtigen Feinden, wenn wir die Phänomene des Alterns unter psychologischer und soziologischer Perspektive betrachten.

Der »Feind von außen«. Es sind dies die gesellschaftlichen Kräfte, die dem alten Menschen den Lebensraum wegnehmen: ihn in den Ruhestand versetzen — erzwungenermaßen; die ihm sagen, du bist alt, krank, leistungsunfähig; die ihm die Arbeit wegnehmen, die ihn aus der Gemeinschaft der Jungen ausschließen, die ihn betulich infantilisieren, die ihm in kustodialen Institutionen Freiheit, Würde und Selbstbestimmtheit rauben. Der alte Mensch wird ein »Rentenempfänger«, und das ist vom Almosenempfänger nicht weit entfernt. Er hat nichts mehr zu melden, ist »altes Eisen«.

Der »Feind von innen«. Das sind die Selbstbilder, die der alte Mensch von sich hat, daß er kränklich sei, zu nichts mehr taue, wohlverdiente Ruhe genießen solle, daß er zurückgezogen,

schwarz angezogen, möglichst lautlos leben solle. Dies sind Klischees, die er interiorisiert hat, als er noch jung war, Haltungen, die er als junger Mensch Alten gegenüber praktiziert hatte und die er nun auf sich selbst anwendet. Die negativen, interiorisierten Altersselbstbilder der alten Menschen sind ein mächtiger Feind, der ein guter Verbündeter für den »Feind von außen« ist. Beide verstärken sich wechselseitig.

Diese beiden Feinde machen die Arbeit mit alten Menschen außerordentlich schwierig, und sie erfordern, daß man nicht nur mit äußeren Hilfen z. B. materieller Art oder durch Aktivitätsangebote eingreift. Es können solche Hilfen durch den »Feind von innen«, die negativen Selbstbilder, häufig gar nicht genutzt werden. Die persönliche Einstellung, ja vielleicht die Persönlichkeitsstruktur des alten Menschen muß verändert werden, damit er sich gegen die negativen Zuweisungen abgrenzen kann. Es zeigen diese Überlegungen nämlich nur allzu deutlich, daß die negativen Aspekte des Alterns *sozial verursacht* sind. Viele der schon aufgezählten Altersbeschwerden, bis hin zu körperlicher Immobilität und physischem Abbau, müssen als das Resultat komplexer sozialer Restriktionen angesehen werden, die über die ganze Lebenszeit eines Menschen schon wirksam gewesen sind. Letztlich bedeutet das, daß wir in unserer Gesellschaft die Einstellung zum Alter und zum alten Menschen gründlich revidieren müssen, so daß gar nicht erst ein *Feind von innen* aufgebaut wird, sondern daß positive Leitbilder interiorisiert werden, daß wir »innere Beistände« für die Situationen des Alterns und auch des Sterbens entwickeln. Deshalb müssen die Interventionen einer *angewandten Gerontologie* und *Thanatologie* schon in Kindheit und Jugend, schon in Elternhaus und Schule einsetzen, damit man auf die letzte Lebensstrecke im Verlaufe des Lebens vorbereitet wird und die Maßnahmen nicht erst im letzten Abschnitt einsetzen, wo sie nur noch mäßig wirksam werden können. Es gilt: »Jung geübt, alt gekonnt.«

Die gängigen Maßnahmen der Altenhilfe sind *reparativer* Art. Sie versuchen, Schäden zu mindern. Im besten Falle sind sie *konservierender* Art, sie versuchen, Bestehendes zu erhalten. Ein Wissen und eine Praxis intergenerationaler Arbeit fehlt. *Evolutive* Maßnahmen aber, die eine Entfaltung und Bereicherung des Lebens böten, findet man in der Arbeit mit alten Menschen nicht. Für eine »angewandte Gerontologie« wäre über das reparative Moment hinaus als Ziel zu formulieren, den alten Menschen *Lebenserhaltung und Lebensgestaltung im Lebenszusammenhang* zu ermöglichen. Dieses Ziel hat für das Altern bis in die Sterbesituation hinein Gültigkeit.

Aus anthropologischer Sicht und aus einer ethischen Position heraus können wir *übergreifende Ziele* für die Arbeit mit alten Menschen, mit Siechen und Sterbenden formulieren. Sie ermöglichen es, zu einer je »spezifischen Beurteilung und Bewertung der Lebenssituation alter Menschen zu gelangen, denn diese stellt uns die Aufgaben, die bewältigt werden müssen, gibt uns *praktische Zielsetzungen*, die immer wieder sehr genau, durch Situationsanalysen erarbeitet werden müssen. Wegen der Wichtigkeit übergeordneter Ziele seien einige grundlegende Zieldimensionen aufgezählt.

*Intersubjektivität.* Menschliche Subjektivität konstituiert sich durch die wechselseitige Zuerkennung von Würde, und Integrität durch die Wertschätzung des anderen als Subjekt, als Mit-Subjekt. Wir sind Menschen immer nur als Mitmenschen, und wo unsere persönliche Subjekthaftigkeit gemindert, reduziert, zerstört wird, wo wir zu Objekten werden, verlieren wir unsere Menschlichkeit. Alten Menschen wird immer wieder die Würde und die Integrität genommen. Sie werden verdinglicht, nicht auf gleicher Ebene ernstgenommen. Der dauernde Entzug von Intersubjektivität führt schließlich dazu, daß sie sich selbst objektivieren. Arbeit mit alten Menschen muß deshalb intersubjektive Qualität haben, und wo diese verlorengegangen ist, muß sie wieder ermöglicht werden.

*Persönlichkeitsverwirklichung.* Es ist das Ziel des menschlichen Lebens, sich selbst im Lebensganzen verstehen zu lernen, und das bedeutet auch, die Welt und die Mitmenschen in

persönlicher Weise zu begreifen. Es ist dies das Programm abendländischer Geistesgeschichte: »Werde, der du bist!« — »Mensch, erkenne dich selbst!« Die Informationen des Lebens strömen in der Regel in einer solchen Fülle über die gesamte Lebenszeit auf den Menschen ein, daß das Alter eine notwendige Phase der Verarbeitung und damit auch noch des *Wachstums* wird, deren Ziel eine *prägnante persönliche Identität* ist. Wachstum wird nur möglich, wenn nicht nur ständig aufgenommen wird, sondern auch Zeit besteht, das Aufgenommene zu assimilieren, wenn auf den Kontakt auch eine Phase der Ruhe und Verarbeitung erfolgt. Deshalb geht es auch in der Altenarbeit nicht nur darum, Wachstum zu fördern und Wachstumshemmnisse zu beseitigen, sondern auch darum, daß der alte Mensch die Dynamik, den Prozeß seines eigenen Wachstums erfährt und eigenverantwortlich in die Hand nimmt. Maßnahmen angewandter Gerontologie müssen sich diesen Zielen »angewandter Anthropologie« verpflichtet fühlen. Ihre ethischen Grundlagen sind in der Gewährleistung von *Intersubjektivität* und der *Integrität* des Subjekts zu sehen. Praktische Maßnahmen haben nur Sinn, wenn sie an diesen ethischen Zielsetzungen ausgerichtet sind. Ansonsten werden sie fragwürdig.

Wie müssen nun die Ansätze und Aufgaben einer *angewandten Alternswissenschaft* aussehen? Diese Frage wird zum jetzigen Zeitpunkt noch kaum ausreichend zu beantworten sein. Zu benennen wären folgende Bereiche: *Geragogik, Sozialgeragogik, Geromedizin/Geriatrie, Gerontotherapie, Thanatotherapie, Thanatagogik, Geronto- und Thanatopastoral*, da auch in der Seelsorge spezifische Fragestellungen und Aufgaben zu beachten sind. Hinzu kämen noch besondere Formen der Sozialarbeit, Soziotherapie, Physio- und Bewegungstherapie, die auf die Erfordernisse alter Menschen zugeschnitten sind. Erfahrungen, die wir in der heilgymnastischen bzw. bewegungstherapeutischen Arbeit mit alten Menschen machen konnten, zeigen nämlich die außerordentlich positive Wirkung dieser Aktivitäten für die Gesundheit und das psychophysische Gesamtfinden der Teilnehmer bis ins siebte und achte Lebensjahrzehnt.

Wenngleich im Hinblick auf mögliche Maßnahmen und Spezialisierungen hier eine Differenzierung vorgenommen wurde und zum Teil neue Begrifflichkeiten eingeführt werden, so ist doch, bei aller Mehrperspektivität, an einer *Synergie*, der verschiedenen Disziplinen und Interventionen festzuhalten. Eine für sich genommen, wird nicht ausreichen, um zu einer Maßnahme zu führen, die entsprechend den obengenannten Zielsetzungen wirklich sinnvoll ist. Es wird damit die Forderung nach disziplinübergreifendem »Teamwork« zu stellen sein — keineswegs die Forderung nach dem »Allround-Gerontologen«. Wenn auch eine fachübergreifende Sicht für die einzelnen Sparten erforderlich sein wird und auf einen Grundfundus gerontologischen und thanatologischen Fachwissens zurückgegriffen werden muß, so ist doch jetzt schon absehbar, daß Geragogik oder Gerontotherapie oder Thanatotherapie sehr spezifisches Wissen erforderlich machen und deshalb auch eine. Spezialisierung verlangen.

Prinzipiell ist natürlich zu fragen, warum denn Geronto- und Thanatotherapie, Geragogik und Thanatagogik notwendig seien? Die Forderung nach neuen Disziplinen oder oder Professionen sollte zunächst skeptisch stimmen, ist man doch bislang ohne diese Spezialformen psychosozialer Arbeit ausgekommen. Es wurde bisher eine Menge Gründe genannt, insbesondere die veränderte Situation der Vorgänge von Altern und Sterben in den modernen Industriegesellschaften, die veränderte Familienstruktur, das veränderte Bewußtsein. Dienste, die von der Kleinfamilie nicht mehr übernommen werden können, werden von staatlichen Institutionen übernommen. Es kann indes nicht die Aufgabe von Geronto- und Thanatotherapie sein, durch professionelle Helfer Hilfen zu ersetzen, was Freundeskreise oder Nachbarschaften leisten sollten. Es ist vielmehr die Aufgabe derartiger Disziplinen zu durchleuchten, warum gewachsene Strukturen plötzlich funktionsunfähig werden. Es wird eine Notwendigkeit sein, derartige Strukturen soweit wie möglich wieder funktionsfähig zu machen. Die angewandten Alternswissenschaften haben sich deshalb nicht nur um ihre spezifische

Zielgruppe zu kümmern, sondern auch Familienarbeit zu leisten und gesellschaftliche Bewußtseinsbildung zu fördern. Aus diesem Grunde möchte ich von den neuen Konzepten, die ich hier vorzustellen versuche, das der *Geragogik* an die oberste Stelle setzen, da es den weitesten Wirkungsgrad umfaßt.

### 1. Geragogik

Ich möchte den Begriff » *Geragogik*«, in Analogie zu Pädagogik (Erziehung des Kindes) und Andragogik (Erziehung des Erwachsenen), für *die Bildungsarbeit mit alten Menschen und im Hinblick auf Fragen, die das Alter und das Altern betreffen*, vorschlagen. Diese Disziplin hat die Aufgabe, auf der Grundlage von gerontologischem Fachwissen eine breite Bewußtseinsbildung zu fördern, um dem „Feind von innen und von außen“ zu begegnen. Vorurteile gilt es in ihrem Zustandekommen zu entlarven, damit sich alternative Einstellungen entwickeln können. Insbesondere für den schulischen Bereich könnten Lern- und Unterrichtseinheiten zum Thema Altern erarbeitet werden. Geragogik könnte dazu beitragen, daß Menschen sich als Alternde verstehen lernen. Sie müßte auf die Bedingungen und Situationen des Alters vorbereiten und schließlich müßte sie als Fortsetzung einer *éducation permanente* Lernangebote im Alter bereitstellen. Dabei wird es sicher um völlig andere Lernziele und Lerninhalte gehen als in der Erwachsenenbildung, die in weiten Strecken ja berufsqualifizierend ist und Leistungsziele anstrebt. Die Geragogik sollte nicht als Teil der Erwachsenenbildung betrachtet werden, denn ihre Inhalte und Ziele sind stärker lebenspraktischer Art, auf Lebenshilfe, die Bewältigung von Alternsprozessen und Alternssituationen gerichtet, auf Ziele der Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung, der Kommunikation und Partizipation. Außerdem sind durch altersbedingte Veränderungen des Lernens, Einschränkung der Sinnestätigkeit, Verlangsamung der Aufnahme andere methodisch-didaktische Vorgehensweisen einzuschlagen als in der Andragogik. Der alte Mensch muß in allen seinen Sinnen angesprochen werden, dann kann er bis ins hohe Senium noch aktiv und interessiert bleiben, wie wir in der Zusammenarbeit mit alten Menschen in verschiedenen Altersheimen, ja auf Pflegeabteilungen feststellen konnten. Alte Menschen sind durchaus am Tagesgeschehen interessiert, neugierig und lernbegierig, wenn sie die Möglichkeit der Partizipation am Lebensgeschehen haben.

Geragogik kann deswegen als ein *neuer Ansatz zum Lernen des Alterns für das Alter und im Alter* definiert werden. Geragogen werden in Einrichtungen der Erwachsenenbildung, in eigenen Altenbildungszentren, in Heimen, vielleicht an Hochschulen tätig werden, und sie werden dafür mit einem Fachwissen ausgerüstet sein müssen, das auf die Dauer ein eigenes Studium oder zumindest einen Studienschwerpunkt notwendig macht, bei dem Gerontologie und Erziehungswissenschaften verbunden werden müssen.

In der Geragogik werden aktive und kokreative Formen eines lebenslangen Lernens, wie sie Psychodrama oder das therapeutische Theater entwickelt haben, Gruppendiskussionen, gruppendedynamische Übungen, Partnerlernen z. B. durch *exchange learning*, besonders fruchtbar sein. Die Rolle des Lehrenden wird nicht im Sinne eines Belehrens gefüllt, sondern im Sinne von Anregung und Beratung, Zur-Verfügung-Stellung von Information und Lerntechniken.

Wir führen geragogische Gruppen in zwei Altersheimen durch, und zwar seit etwa einem Jahr. Nach anfänglichen Schwierigkeiten, bedingt durch das große Altersgefälle von Studenten und Altenheimbewohnern, erwies sich gerade dieses Moment als fruchtbar, indem ein Austausch zwischen alt und jung, ein wechselseitiges Mitteilen von Erfahrungen und Wissen einsetzte. Die alten Menschen nahmen nicht nur Angebote auf, Lichtbildvorträge, Kurse, gesellige Veranstaltungen usw., einige von ihnen wurden selber Anbieter für die anderen Heimbewohner und für die Studenten. Es wurde auch unter Beteiligung von Heimbewohnern eine kooperative Unterrichtseinheit zum Thema „Leben im Heim“ für eine sechste Klasse vorbereitet und durchgeführt. Es soll über diese und weitere Erfahrungen an anderer Stelle noch ausführlicher berichtet werden.

## 2. Sozialgeragogik

Da in der Arbeit mit alten Menschen der Aspekt der Lebenshilfe von zentraler Bedeutung und die Situation im Alter oftmals von Hilfsbedürftigkeit gekennzeichnet ist, werden Interventionen erforderlich, die im Bereich der Sozialarbeit und Sozialpädagogik liegen. Es ist deshalb angezeigt, von Sozialgeragogik (*géragogie sociale*) und Soziotherapie (*thérapie sociale*) zu sprechen, unter der *die Gesamtheit aller psycho-sozialen Interventionen verstanden werden kann, die dazu beitragen, die Lebenssituation und Lebensqualität alter Menschen zu verbessern*. Dabei sind Beratung und Gruppenberatung, Formen der offenen und institutionellen Altenarbeit als eine Art *Soziotherapie* zu verstehen, die auf die speziellen Bedürfnisse alter Menschen zugeschnitten ist. Eine gründliche Kenntnis der Lebenssituation, sowohl in freier Wohnung als auch im Heim, der soziologischen Zusammenhänge, der psychosozialen Verfaßtheit im Alter machen die Sozialgeragogik gegenüber allgemeinsozialpädagogischem Handeln zu einer spezifischen Form des Vorgehens, für die Sozialpädagogen und Sozialarbeiter durch entsprechende Studienschwerpunkte oder Zusatzausbildungen ausgerüstet sein müssen. Insbesondere für die institutionelle Arbeit bleiben hier noch bedeutende Entwicklungsaufgaben. Die verschiedenen Sozialagenturen, mit denen alte Menschen in Berührung kommen, arbeiten nämlich häufig nebeneinander her, sind nicht aufeinander abgestimmt und verhindern damit oftmals eine effektive Hilfeleistung. So kommt es, daß Hospitalisierungen häufig zu Überweisungen ins Pflegeheim führen, weil keine sozialgeragogischen und soziotherapeutischen Maßnahmen zur Rehabilitation zur Verfügung stehen. Vorübergehende Heimaufenthalte führen zur Hospitalisierung. Bei Patienten, die geronto-psychiatrisch behandelt werden müssen, wiegt diese Situation besonders schwer. Familien und Angehörige erhalten keine sachkundige Unterstützung und Hilfe. Übergangseinrichtungen, die rehabilitationszentriert arbeiten, existieren überhaupt noch nicht. Was not täte, wäre eine *therapeutische Kette (chaîne théapeutique)*, in der ein alter Mensch in einer Problemsituation sozialgeragogisch bzw. soziotherapeutisch durchgängig betreut wird und in der die verschiedenen Sozialagenturen miteinander kooperieren und weiterhin ein Betreuer oder Sozialarbeiter eine Kontinuität im Kontakt gewährleistet, was besonders für *hochbetagte* alte Menschen sehr wichtig ist. Wir versuchen derzeit zumindest bestehende Einrichtungen in unserem Einzugsbereich: Sozialamt, Altenheim, Krankenhaus, kirchliche Altentagesstätte und Gemeindeschwestern im Sinne einer Kette zu koordinieren. Dabei erweist sich das Problem der Kommunikation und der zum Teil für die Arbeit mit alten Menschen völlig unzureichend ausgebildeten Mitarbeiter als das gravierendste Hindernis. Auch Maßnahmen, die Geschlossenheit von Heimen aufzuheben und eine stärkere Verbindung zu der näheren und weiteren sozialen Umgebung und den Familien herzustellen, gehören in den Aufgabenbereich einer Sozialgeragogik.

## 3. Thanatagogik

Der Begriff »Thanatagogik« ist analog zu dem der Geragogik gebildet. Er *umschließt alle Fragestellungen und Aufgaben, die mit der Vorbereitung eines Menschen und seiner sozialen Bezugspersonen (Angehörige, Familie) auf den Tod und das Sterben zu tun haben, sowie alle Bildungsmaßnahmen, die Informationen zum Themenkreis Tod und Sterben für unterschiedliche Zielgruppen bereitstellen*. Auch Thanatagogik darf sich nicht auf den Abschluß des Lebens zentrieren. Im Gegenteil, ihr Hauptziel ist es, dem Menschen während seines Lebens, möglichst schon in Kindheit und Jugend, in altersangemessener Weise mit den Fragen vertraut zu machen, die sich mit Tod und Sterben verbinden. Sie hat dabei soziale Tabus und individuelles sowie kollektives Abwehrverhalten gegen sich stehen und muß deshalb methodisch-didaktische Formen entwickeln, mit diesen Phänomenen umzugehen.



Die Information kann deshalb nicht allein intellektuell vermittelt werden, sondern muß die Emotionalität und die persönliche Betroffenheit einbeziehen, z. B. durch Gesprächsgruppen, Rollenspiele und Imaginationsübungen. Sich mit den Themen Tod und Sterben auseinanderzusetzen bedeutet anzunehmen, daß man selber in jedem Moment ein Sterbender ist. Eine solche Erkenntnis wird aber auch ein neues Verständnis des Lebens eröffnen. In der Begleitung Sterbender erfährt man immer wieder, daß ein alter Mensch in der Sterbesituation sagt: »Erst *jetzt* habe ich das Leben wirklich begriffen.« Wir möchten deshalb Thanatagogik definieren als *Lernen des Sterbens im Leben, Lernen für das Sterben im Leben, das Leben lernen im Sterben*. Die Erziehung für das Sterben erfordert gründliche thanatologische und gerontologische Kenntnisse. In pädagogischer Hinsicht wird sich die thanatagogische Arbeit an der jeweiligen Zielgruppe ausrichten haben. Für alte Menschen werden andere Informationen und Darbietungsformen zu wählen sein als für Erwachsene, Jugendliche oder Kinder. Insbesondere Mitarbeiter der Altenarbeit, Personal in Krankenhäusern, Schwestern, Ärzte und Krankenhaus-Seelsorger müßten thanatagogisch weitergebildet werden.

Wir führten über ein Semester einen geragogischen und thanatagogischen Kursus durch, an dem Mediziner und Medizinstudenten, Seelsorger und Theologiestudenten sowie Schwestern aus Altenheimen teilnahmen. Dabei standen das Gespräch über den Tod, die Wahrheit bei schweren Erkrankungen, die emotionalen und psychologischen Probleme des Sterbenden und seiner Angehörigen und religiöse, ethische und philosophische Fragen im Mittelpunkt. Die Gruppe traf sich einmal die Woche für zwei Stunden über das ganze Semester hin. Die philosophischen Fragen wurden von *Gabriel Marcel*, die medizinischen von Dr. *Jean Dombois* und die psychologischen Fragen von mir betreut. Dabei wurden die Probleme nicht nur theoretisch abgehandelt. Die Teilnehmer stellten Situationen aus ihrer Praxis vor, die exemplarisch diskutiert und zuweilen in alternativer Weise durch ein Rollenspiel erprobt wurden. Immer wieder mußte auch auf persönliche Todesängste, Glaubensfragen und Wertprobleme eingegangen werden. Manche biographischen Ereignisse wurden so intensiv vorgestellt und wurden von den Gruppenteilnehmern so beteiligt aufgenommen, daß der Vergleich mit einer therapeutischen Gruppe durchaus angebracht war. Es wird dieses Seminar auch im nächsten Semester angeboten werden, wobei vorgesehen ist, noch ein Wochenende mit Dr. *Vladimir Iljine* als Praxiserfahrung einzubeziehen.

Durchweg — und schon während des laufenden Kurses — zogen die Teilnehmer für ihre praktische Arbeit großen Gewinn aus dieser Form der Weiterbildung. Die anfänglichen Vorbehalte wurden gänzlich aufgelöst. Ja, es wurde die Auffassung vertreten, daß ein solcher Kursus für jeden erforderlich sei, der mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden arbeitet. Es ist anzunehmen, daß thanatagogische Kurse in Zukunft im Bereich der medizinischen Ausbildung mehr und mehr Bedeutung gewinnen werden, daß Thanatagogik ein wichtiger Bereich einer *allgemeinen Medizinpädagogik* werden wird, wenn das Bewußtsein dafür wächst, wie eng medizinische und pädagogische Fragestellungen im Bereich von Prävention, Rehabilitation, Patientenbetreuung und -aufklärung verbunden sind und wie wichtig es ist, Ärzte und Schwestern für diese Aufgaben vorzubereiten.

#### 4. Gerontotherapie

Gerontotherapie ist *die Behandlung, Stützung und Persönlichkeitsentwicklung alter Menschen mit Hilfe von psychotherapeutischen Mitteln*. Im Bereich der Psychotherapie ist mit alten Menschen nur sehr vereinzelt gearbeitet worden, weil nach psychoanalytischer Auffassung die involutiven Prozesse des Alters eine erfolgreiche Behandlung nicht gewährleisten, wie schon *Freud* meinte. Diese Auffassung wird wahrscheinlich grundsätzlich revidiert werden müssen, weil die Praxis zeigt, daß alte Menschen sowohl psychotherapie-willig sind — denn sie haben ja auch vielfältige Belastungen und Probleme, also einen Leidensdruck — als

auch daß sie durch psychotherapeutische Arbeit Symptomfreiheit erreichen können und Veränderungen in der persönlichen Lebensführung. Hierfür ist allerdings eine Modifikation der klassischen psychoanalytischen Technik erforderlich und eine spezifische Ausarbeitung psychotherapeutischer Zielsetzungen, so daß es berechtigt, ja notwendig ist, nicht von einer Psychotherapie mit alten Menschen, sondern von einer Gerontotherapie zu sprechen. Das Alter hat seine eigene Psychodynamik, seine eigenen Übertragungs-, Widerstands- und Abwehrformen. Es hat wahrscheinlich spezifische Neurose-Erkrankungen und psychosomatische Reaktionsbildungen. Hier stehen wir noch ganz am Anfang weiterer Entwicklungen. Nach den Erfahrungen, die Dr. *Iljine* seit vielen Jahren in der Behandlung alter Menschen sowohl in der Institution als auch in der freien Praxis macht, kann man sagen, daß die Methode der Gruppentherapie, insbesondere in aktiven Ausprägungen, wie sie das »Psychodrama« und das »Therapeutische Theater« bieten, die alten Menschen in guter Weise anspricht. Die Haltung des Therapeuten muß also aktiv sein, wenig deutend, zuweilen erklärend, insgesamt am Intersubjektivitätsideal ausgerichtet. Der Arbeit mit Übertragungen, die als Reproduktion alter Szenen verstanden werden, kommt keine so große Bedeutung zu. Oft kann man darauf verzichten, Übertragungen bewußt zu machen. Soweit sie nicht störend für die Kommunikation sind, vernachlässigt man die Übertragungen, man läßt sie bestehen. Allerdings ist auf den Umgang mit der Gegenübertragung ein Schwergewicht zu legen, da die Mehrzahl der Therapeuten und Betreuer wesentlich jünger ist — die alten Menschen könnten oft ihre Eltern sein. Das führt zuweilen in Schwierigkeiten, zu schroffen Abgrenzungen oder betulicher Entmündigung. Der alte Mensch wird häufig anhänglich. Er braucht Liebe, und das wird jungen Betreuern oft zuviel, sie werden abgrenzend und manchmal abschneidend, und dann steht der alte Mensch in Gefahr, durch permanente Zurückweisung gekränkt und dadurch krank zu werden. Die Frustrationen der Zuwendungsbedürfnisse durch eine reservierte, abstinente Therapeutenhaltung verstärken offenbar depressive Symptomatik. Deshalb arbeiten wir *angrenzend-zugewandt*, aktiv, kokreativ und mit erlebnisfördernden Methoden (therapeutisches Malen, Musizieren, Dichten, Imagination, Biographiegruppen, Bibliodrama, also kreative Medien, kreative Therapie). Eine gewisse Passivität kann durch direkteres Vorgehen von Seiten des Therapeuten überwunden werden. Das Spielen in Rollen knüpft an frühere Fähigkeiten an und stabilisiert die Persönlichkeit. Das Handeln in Gruppen führt aus der Isolation.

Die Ziele in der Gerontotherapie sind nicht mit denen der Therapie von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen zu vergleichen. Es steht selten die *restitutio ad integrum* im Vordergrund, sondern vielmehr das Umgehen mit Verlusten und Einschränkungen. Es geht um Lebensbewältigung, Umgang mit Erschwernissen des Alters und Auswertung des Lebens, um Vorgänge des Abschiednehmens und der Trauer, um Förderung der Kommunikation zwischen den Generationen und um Partizipation am Lebenszusammenhang. Es ist eigentlich unverständlich, sieht man auf die vielfältigen Belastungen des Alters, daß alte Menschen nicht mehr therapeutische Hilfen erhalten. Sie würden sie nämlich in Anspruch nehmen, wenn sie angeboten würden. Die Psychoanalyse und allgemeiner noch die Psychotherapie haben sich aber nicht um die Ausarbeitung gerontotherapeutischer Behandlungsmodelle bemüht, wahrscheinlich weil die Psychotherapeuten selbst es abwehren, sich mit Alter und Sterben zu befassen, und weil sie Angst haben vor der Fülle an belastendem Material, das sich in einem langen Leben angesammelt hat.

In der Gerontotherapie wird immer wieder auch das Thema des eigenen Alterns und Sterbenmüssens und des Todes der eigenen Eltern berührt, und dies sind bedrohliche Perspektiven, die abgewehrt werden. Der Therapeut, der mit alten Menschen arbeitet, muß deshalb diese Fragestellungen für sich angeschaut haben und immer wieder in den Blick nehmen. Er muß versuchen, das Denken und Fühlen des alten Menschen zu erfassen, um nicht die Dynamik seiner jüngeren Lebensphase in unangemessener Weise in das Alter hineinzutragen. Er muß Menschen auch gehen lassen, alt werden lassen können. Der Tod läßt sich nicht dauerhaft aufhalten, und gerade in diesem »Loslassen« von seiten des Therapeuten wird eine Hilfe für das Loslassen der Patienten gegeben. Gerontotherapie will natürlich vorhandene Symptome beseitigen oder lindern,

sie will darüber hinaus aber auch dem Menschen Hilfe geben, sein Leben zu integrieren und damit als Person zu wachsen. Fragen des Lebenssinns, der Lebensziele und auch Fragen nach der Transzendenz spielen dabei eine Rolle und erfordern, daß der Therapeut sich hier um eine eigene Position bemüht.

Mit dem Zunehmen von Isolation und Entfremdung, dem sich alte Menschen ausgesetzt fühlen, wird in der Zukunft das Angebot an gerontotherapeutischen Hilfen unbedingt wachsen müssen, dadurch, daß Psychotherapeuten beginnen, sich mit den Problemen des Alters zu befassen, indem sie ihre Vorurteile und ihre eigenen Ängste und Widerstände bearbeiten. Sie müssen sich dafür mit spezifischem gerontologischem Fachwissen ausrüsten und neue Konzepte zum Verständnis der Psychodynamik des Alterns und von »Altersneurosen« entwickeln. Es ist in keiner Weise einzusehen, warum es eine Kindertherapie gibt, aber für die große Gruppe der alten Menschen mit ihren vielfachen Besonderheiten kein eigener psychotherapeutischer Ansatz ausgearbeitet werden sollte.

### 5. Thanatotherapie

Die Begleitung Sterbender ist eine alte Kunst, aber *Thanatotherapie ist ein in vielen Aspekten »junger« therapeutischer Ansatz für den Umgang mit Menschen, die von Fragen des Sterbens und des Todes betroffen sind, und die der Hilfe für die Bewältigung bzw. Verarbeitung von Verlusten, die der Unterstützung für Prozesse persönlichen Wachstums oder des Beistands und Trostes im Leid bedürfen.* Hier hat die Psychotherapie noch weniger erreicht, und wir befinden uns gänzlich auf Neuland. Außerdem ist es häufig nicht einmal mehr zutreffend, von Psychotherapie mit Sterbenden zu sprechen, denn Thanatotherapie meint oft mehr als Behandlung, sie wird eine »Wahlverwandtschaft«. Zwar sind psychotherapeutisches Wissen und psychotherapeutische Behandlungstechnik auch im Umgang mit Sterbenden erforderlich, nur: mit einem Menschen das Sterben zu teilen, läßt sich nicht gänzlich auf ein Handeln in der Berufsrolle begrenzen. Der Therapeut ist zu einem *Charondienst* aufgerufen. Er wird Begleiter auf der letzten Wegstrecke, und er muß sich einlassen. Dies gelingt natürlich nicht immer, und wir bedürfen auch des Schutzes der Abwehr. Das Einlassen geschieht in unterschiedlichem Maße. Aber bei Menschen, die man über längere Zeit begleitet hat, kommen Gefühlsintensitäten auf, wie sie für gute Beziehungen mit Freunden und Angehörigen kennzeichnend sind. Hier wird besonders das Faktum schwierig, daß man nicht permanent bei dem Schwerkranken und Sterbenden bleiben kann, da man in der Regel ja auch noch andere Aufgaben wahrzunehmen hat. Als hilfreich können dann Gegenstände eingesetzt werden, die der Therapeut gibt und die ähnlich wie ein Gebetbuch oder ein Rosenkranz wirken können: sie vermitteln eine Präsenz. Ein Buch, ein Bild des Heimathauses, eine Postkarte, ein Bild des Therapeuten, ein besonders schönes weiches Kissen, ein schönes Tuch oder sogar eine Puppe können hier Verwendung finden und wie die *Übergangsobjekte* von Winnicott wirken, nur daß sie nicht den Weg *in das Leben*, sondern den Weg *aus dem Leben* hilfreich unterstützen. Wie Sterbe- und Grabbeigaben die Passage in das Totenreich erleichtern sollten, können derartige *Passage-Objekte* bei vorübergehender Abwesenheit des Therapeuten bzw. Begleiters Sicherheit vermitteln und das Gefühl, nicht alleine zu sein.

Wie in der psychotherapeutischen Arbeit kommt in der thanatotherapeutischen Arbeit der Integration des Lebens und damit der *Lebensbilanz* besondere Bedeutung zu. In allen religiösen Formen der Sterbebegleitung findet man eine derartige Rückschau und Bewertung. Wir verwenden deshalb auf die Lebensbilanz sehr viel Zeit und versuchen, die Ereignisse durch die Imagination plastisch werden zu lassen, etwa unter Zuhilfenahme der Methoden von Janet und Desoille oder der szenischen Imagination von Iljine. Die Methoden des »rêve éveillé«

eignen sich ohnehin in besonderer Weise für geronto- und thanatotherapeutische Arbeit. Sie können bis ins Meditative vertieft werden und somit für die Auseinandersetzung mit Fragen des Lebenssinnes und der Endlichkeit einen Zugang bieten, der über das rein Sprachliche hinausgeht. Es werden hier die Grenzen zur Seelsorge fließend.

Die »Lebensbilanz«, wie sie von Dr. *Iljine* als psychotherapeutische Methode entwickelt wurde, ermöglicht jungen und alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden, im Leben auf das Leben zurückzuschauen, dieses Leben mit einer *evaluativen Bilanz* auszuwerten. Es kommt dieser Ansatz einem natürlichen Bedürfnis von Menschen entgegen, nicht nur in derartigen terminalen Lebenssituationen. Die szenischen Imaginationen sollten sich aber nicht nur auf Vergangenes beschränken. Deshalb spreche ich lieber von der Lebensüberschau, dem »Lebenspanorama«, das Vergangenheit, Gegenwart und antizipierte Zukunft umschließt. Bilanz wird bei diesem Vorgehen nicht *Abschluß*, sondern Grundlage für eine *Neuausrichtung*, und sei sie auch nur kurz befristet. Die Überschau umfaßt damit das ganze Leben, das wie eine Landschaft, ein Panorama in Szenen ausgebreitet ist und ein *szenisches Verstehen* und *atmosphärisches Erfassen* erforderlich macht. Damit wird die Annahme der eigenen Endlichkeit bewußt vollzogen, und darin kann der Gewinn einer neuen Freiheit liegen. Durch das Lebenspanorama kann man versuchen, Lebensstile (*Adler*), Alternsstile oder Sterbestile herauszuarbeiten. Das Alter und insbesondere das hohe Senium haben eine sehr verändernde Kraft, nicht zuletzt, weil sich oft auch das räumliche und soziale Umfeld gravierend gewandelt hat. Und so müssen Alterns- und Sterbestile zwar nicht losgelöst vom biographischen Hintergrund, aber doch stark bezogen auf den aktuellen Lebenszusammenhang herausgearbeitet werden. Dies wird ein wichtiges Moment besonders in der Geronto- und Thanatotherapie sein müssen, um Motivationen und Lebensvollzüge angemessen verstehen zu können und, wo notwendig, eine Möglichkeit zu ihrer Beeinflussung zu gewinnen.

#### 6. Geronto- und Thanatopastoral

Die Pastoraltheologie, zumindest die neuzeitliche, hat sich mit Fragen des Alterns und des Sterbens kaum befaßt. Über die Sakramentenpastoral Hinausgehendes findet sich nicht. Die theologische und philosophische Tradition der *ars moriendi* ist tot. Und das ist bedauerlich. Unter Rückgriff auf die alten Quellen, insbesondere der Patristik, müßte eine Neubesinnung auf die Sterbepastoral erfolgen, die das Problem der Säkularität des Sterbens, der Säkularisierung des Todes aufwirft, die die Situationen des Sterbens, wie sie Krankenhaus und Heim bieten, in ihren Konsequenzen für die Seelsorge neu überdenkt. Für die Betreuung alter Menschen müßten gänzlich neue Modelle entwickelt werden, weil in der spätantiken und hochmittelalterlichen Pastoraltheologie das Alter keine prägnante Stellung hatte, die die Ausarbeitung eigener Konzepte notwendig gemacht hätte. Dies hat sich grundsätzlich gewandelt. Außerdem hat sich das Verständnis von Seelsorge durch die Anforderungen der Zeit verändert. Sie hat neben den religiösen Tröstungen und der Auseinandersetzung mit Sinnfragen auch praktische Lebenshilfe zu leisten, psychologische und soziale Aspekte einzubeziehen, beratend einzugreifen usw. Und wenn der Mensch ganzheitlich gesehen wird nach *Körper, Seele und Geist* (= *Leib*), scheint uns schon der Begriff *Seel-sorge* (*cura animarum*) eine Verkürzung. Angemessener wäre wohl eine *cura animorum*, eine Sorge um die Herzen, das Gemüt. Ich persönlich spreche deshalb lieber von Pastoralarbeit in Analogie zu Sozialarbeit, und in diesem Sinne sind auch Geronto- und Thanatopastoral zu verstehen. Auf der Grundlage von gerontologischem und thanatologischem Wissen soll dem alten und sterbenden Menschen in der *Pastoralarbeit* ein Dialogpartner gegenüberstehen, der sich mit ihm einerseits über Fragen des Sinnes und der Transzendenz ausspricht, ohne daß indoktrinierend dogmatische Konzepte aufoktroiert werden. Der Seelsorger soll dazu beitragen, daß sein Gesprächspartner seinen *eigenen Standpunkt* im Hinblick auf

religiöse und weltanschauliche Fragen nach dem Leben, nach dem Sterben, über ein mögliches Jenseits finden kann. Der Seelsorger sollte andererseits und darüber hinaus in der Lage sein, den alten Menschen und seine Angehörigen in Lebensschwierigkeiten zu beraten und, wo notwendig, praktische Hilfestellungen zu geben. Auch in der Geronto- und Thanatopastoral kommt der Lebensbilanz zentrale Bedeutung zu — sie hat ihre Tradition schon in der Praxis der »Generalbeichte«, wobei besonders darauf zu achten ist, daß mit dem Problem der Schuld, der Sünde und der Verurteilung, insbesondere der Selbstverurteilung, sorgsam umgegangen wird. Hier kommt dem Seelsorger tiefenpsychologisches Wissen sicherlich zugute.

Gerontopastoral hätte in nächster Zeit eine wesentliche Aufgabe zu leisten: die theologische Bestimmung des Alterns und des Alters in einem Entwurf christlicher Anthropologie. Erst auf einer solchen Grundlage kann Seelsorge beim alten Menschen fundiert betrieben werden.

### 7. *Schlußbemerkung*

Es handelt sich bei der vorliegenden Darstellung der Aufgaben und Möglichkeiten einer *angewandten Gerontologie* im wesentlichen um programmatische Ausführungen, die aus einem ganz praktischen Hintergrund, der Arbeit mit alten Menschen, erwachsen sind. Diese Arbeit hat an uns die Anforderung gestellt, geragogisch und sozialgeragogisch tätig zu werden, die Anforderung, für uns selbst und für Mitarbeiter thanatagogische Konzepte zu entwickeln. Sie hat die Anforderung gestellt, bei schweren psychischen Problemen gerontotherapeutisch und thanatotherapeutisch mit den alten Menschen, ihren Angehörigen und Hinterbliebenen tätig zu werden und zuweilen im Sinne der Geronto- und Thanatopastoral seelsorgerlichen Beistand zu leisten. In all diesen Bereichen, die, wie gesagt, als *Forderung der Praxis* an uns herangetragen worden sind, sind wir mit dem Problem persönlicher Unzulänglichkeit und fehlender Informations- und Weiterbildungsmöglichkeiten konfrontiert worden. In praxeologischer Hinsicht sind wir von der gerontologischen und thanatologischen, aber auch von der andragogischen und psychotherapeutischen Literatur enttäuscht worden, so daß man vor der Situation steht, wenn man Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden *anders* betreiben will, situationsangemessener, daß man sich alles selber erarbeiten muß, bis hin zur Kooperation mit den verschiedenen pflegerischen und sozialen Berufen, die auf dem Felde der Altenarbeit tätig sind. Erschwert wird die Situation noch dadurch, daß uns ein *integrativer, d.h. differentieller und ganzheitlicher* Ansatz im Umgang mit alten Menschen unverzichtbar erscheint, daß eine *integrative Therapie*, Sozialarbeit und Bildungsarbeit geleistet werden muß, die den Menschen in seiner *körperlichen Realität* ernst nimmt und seine medizinische und pflegerische Versorgung gewährleistet durch *Somatotherapie*; die seine *emotionale Realität* ernst nimmt und damit seine psychische Betreuung sicherstellt durch *Psychotherapie*, und die den Menschen in seiner *geistigen Realität* ernst nimmt und *Nootherapie* oder seine seelsorgerliche Begleitung.

### **Zusammenfassung: Geragogik – ein neuer Ansatz der Bildung für das Alter und im Alter**

Der Text stellt programmatisch die Aufgaben einer «angewandten Gerontologie» und der für sie erforderlichen Subdisziplinen in einem Bereich dar, der von den Humanwissenschaften bislang sträfliche vernachlässigt worden ist. Will man alten Menschen gerecht werden, muss man in der Gerontologie Altenbildung/Geragogik, Alterspsychotherapie/Gerontotherapie, Thanatotherapie, Altenseelsorge etc. als praxeologische Bereiche entwickeln und zwar in einer ganzheitlichen und differentiellen Weise, z. B. mit einer *kokreativen, lebenslangen Bildungsarbeit*, die *kreative Medien* und künstlerischen Methoden verwendet, oder mit einer *Integrativen Therapie*, die den Menschen in *seiner körperlichen, seelischen und geistigen Realität in seiner sozialen und ökologischen Lebenswelt* zu erreichen sucht und in all diesen Dimensionen eine biopsychosozialökologische Praxis auf einem intersubjektiven Boden vertritt.

**Schlüsselwörter:** Angewandte Gerontologie, Geragogik, Gerontotherapie, Thanatotherapie, Integrative Therapie

### **Summary: Geragogic – a new approach of education for old age and in old age**

This text is programmatically describing the tasks of an « applied gerontology» for the subdisciplines necessary in a domain that has so far been utterly neglected in the human sciences. If one will do justice to the needs of older population in Gerontology the following disciplines have to be developed: education for the elderly/geragogic, therapy for old people/gerontotherapy, thanatotherapy, pastoral care for the elderly. This has to be provided in an holistic and differential manner, e.g. by *cocreative life long learning, using creative media* and methods of the fine arts, or with an *integrative therapy*, which is trying to reach the human being in his bodily, psychological and mental reality within his social and ecological life world by a biopsychosocioecological practice touching all these dimensions and on an intersubjective basis.

**Keywords:** Applied gerontology, Geragogic, Gerontotherapy, Thanatotherapy, Integrative Therapy

### **Résumé: Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse**

Le texte présente les approches d'une gérontologie appliquée ainsi que les sous-disciplines nécessaires à cette dernière, et ceci dans un domaine qui a été jusqu'à présent négligé sérieusement par les sciences humaines. Si l'on veut apprécier des personnes âgées à leur juste valeur, il faut développer en gérontologie une géragogie (formation des personnes âgées), une géronto-thérapie (psychothérapie pour personnes âgées), une thanato-thérapie et une assistance spirituelle etc. dans un domaine pratique, et ceci d'une manière intégrative et différentielle. On pourrait par exemple avoir recours à un travail éducatif co-créatif tout au long de la vie qui utiliserait des outils créatifs et des méthodes artistiques. Ou bien on pourrait avoir recours à une thérapie intégrative qui cherche à atteindre l'homme dans sa réalité de corps, d'âme et d'esprit ainsi que dans son monde social et écologique et qui soutient dans toutes ces dimensions une pratique biopsychosocioécologique, basée sur une dimension intersubjective.

**Mots-clés:** Gérontologie appliquée, Géragogie, Géronto-thérapie, Thanato-thérapie, Thérapie intégrative