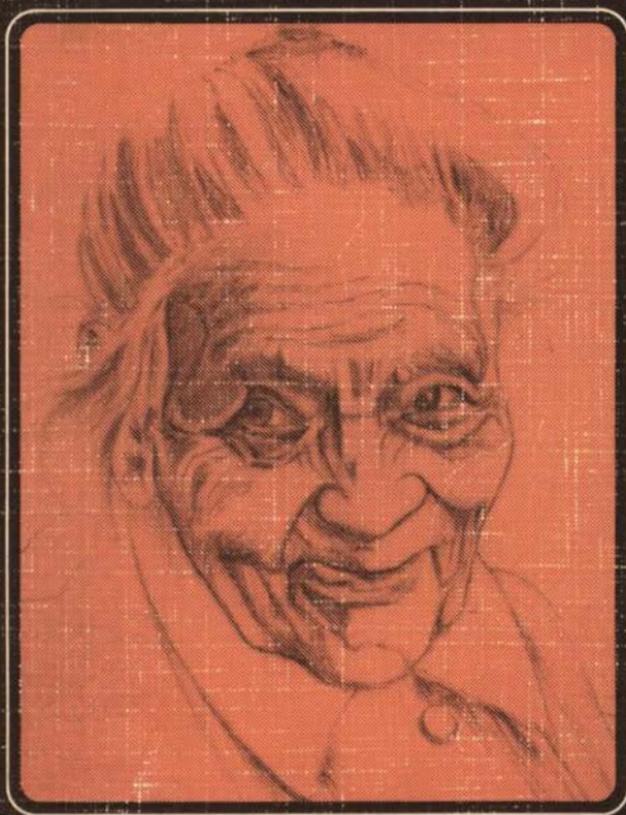


**Hilarion Petzold - Elisabeth Bubolz**

# **Psychotherapie mit alten Menschen**



Vergleichende Psychotherapie  
Verlag Junfermann · Paderborn



#### Zu diesem Buch:

Hier wird zum ersten Mal ein umfassender Überblick über die Möglichkeiten der Psychotherapie mit alten Menschen gegeben. Therapeuten der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen berichten über ihre Konzepte und Erfahrungen. Dabei wird mit dem Vorurteil aufgeräumt, daß Psychotherapie im höheren Lebensalter nicht möglich oder sinnvoll sei. Das Gegenteil ist der Fall, wie die praxisorientierten Beiträge der Autoren zeigen.

Mitarbeiter: H. Radeboldt und M. Grotjahn, Psychoanalyse; L. Ackerknecht, Individualpsychologie; M. v. Franz, Jung'sche Tiefenpsychologie; H. Petzold, Psychodrama und Gestalt; D. Langen, Autogenes Training und Hypno-Therapie; A. Berger, Integrative Bewegungstherapie; E. Frohne, Musiktherapie; E. Bubolz, Kreative Therapie; X. Ritter-Vosen, Verhaltenstherapie; K. v. Durckheim, Existenzialtherapie; H. Bergeest, B. Röhrecke, Gesprächstherapie; F. Husser, Pharmakotherapie u. a.

#### Zu den Herausgebern:

**Prof. Hilarion G. Petzold** studierte Philosophie, Theologie, Psychologie und Pädagogik in Düsseldorf, Frankfurt und Paris, wo er 1968 zum Dr. theol. und 1971 als Schüler von Gabriel Marcel zum Dr. phil. promovierte. 1979 Promotion in Heil- und Sonderpädagogik an der Universität Frankfurt. Er lehrt am Institut St. Denis, Paris, und an den Universitäten Amsterdam und Frankfurt. Nach eigener Psychoanalyse und Ausbildung in Verfahren humanistischer Psychologie leistete er für die Verbreitung von Gestalttherapie und Psychodrama und Bewegungstherapie in Deutschland entscheidende Beiträge. Er befaßt sich seit 1965 in Theorie und Praxis mit der Seelsorge, Bildungsarbeit und Psychotherapie bei alten Menschen.

**Elisabeth Bubolz, Dipl.-Päd.** studierte Erziehungswissenschaften in Neuss und Essen. Lehrtätigkeit an einer Fachschule für Sozialpädagogik und Sonderpädagogik und an der Religionspädagogischen Akademie der Universität Graz. Nach eigener gestalttherapeutischer Ausbildung hat sie sich auf Fragen der Bildungsarbeit, Psycho- und Sozialtherapie mit alten Menschen spezialisiert und führt am Fritz-Perls Institut für Integrative Therapie, Düsseldorf, Fortbildung für Mitarbeiter aus diesem Bereich durch.

Reihe  
VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE  
Band 1

Herausgegeben von

Prof. Dr. phil. HILARION PETZOLD, Düsseldorf  
(Verfahren humanistischer Therapie)

in Verbindung mit

Prof. Dr. phil. KLAUS GRAWE, Bern  
(Verhaltenstherapie)

Prof. Dr. med. ECKARD WIESENHÜTTER, Salzburg  
(Psychoanalyse)

- Band 1: H. Petzold, E. Bubolz, Psychotherapie mit alten Menschen  
Band 2: H. Petzold (Hrsg.), Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der modernen Psychotherapie  
Band 3: H. Petzold (Hrsg.), Widerstand, als Konzept der Psychotherapie  
Band 4: Chr. Schneider, Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen



JUNFERMANN-VERLAG · PADERBORN

1979

HILARION PETZOLD, ELISABETH BUBOLZ (Hrsg.)

# Psychotherapie mit alten Menschen



JUNFERMANN-VERLAG · PADERBORN

1979

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

**Psychotherapie mit alten Menschen**

Hilarion Petzold (Hrsg.)

Paderborn: Junfermann, 1980.

(Reihe: Vergleichende Psychotherapie; Bd. 1)

ISBN 3-87387-175-0

NE: Petzold, Hilarion [Hrsg.]

© Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1979

Einband-Gestaltung: Ignatz Schmitt

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.  
Nachdruck oder Vervielfältigung des Buches oder von Teilen daraus nur mit  
ausdrücklicher Genehmigung des Verlages.

Gesamtherstellung: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung und Verlagsdruckerei,  
Paderborn.

ISBN 3-87387-175-0

*Unseren Vätern*

*Dr. Johannes Bubolz, geb. 15. 9. 1909*

*Hugo Petzold, geb. 19. 11. 1900*

*und allen alten Menschen gewidmet,  
von denen wir lernen dürfen:*

*„There is no end to integration  
and there is no end to creation.“*

*H. P. und E. B.*



## Vorwort

Psychotherapie kommt „in die Jahre“. Beleg für diese optimistische Auffassung ist der Band von *H. Petzold* und *E. Bubolz*, unter anderem, weil dieses einzigartige Buch ein breites Spektrum psychotherapeutischer Verfahren vorstellt, die für eine Reihe spezifischer Probleme zur Verfügung stehen, die Probleme alter Menschen.

Nur allzulang ist die Psychotherapie, ähnlich der Allgemeinmedizin ein Bereich ohne ausreichende Spezialisierung gewesen. In gewisser Hinsicht war die Situation sogar schlechter, weil in der Praxis jeder Therapeut nur eine spezielle Technik der „Allgemeinen-Psychotherapie“ kannte und für richtig hielt, nämlich die, mit der er vertraut war. Er ging an jedes Problem und an alle seine Patienten mit der selben Ausrüstung heran. Die Kinderpsychotherapie war lange Zeit die einzige Ausnahme von der beschriebenen Situation. Sie war wahrscheinlich die erste bedeutende Spezialisierung im gesamten Bereich.

Die steigende Lebenserwartung und die rapide wachsende Zahl alter Menschen hat heute in den meisten Industrieländern eine Situation geschaffen, in der eine besondere Aufmerksamkeit für die Probleme alter Menschen extrem notwendig geworden ist. Es ist ein geradezu bedrängendes Bedürfnis nach spezifischen therapeutischen Maßnahmen für die Probleme des Alterns entstanden. Das bedeutet jedoch nicht, daß man sich bislang mit diesen Fragestellungen ausreichend befaßt hätte oder daß in unserem Berufsstand besondere Behandlungsmodalitäten in entsprechendem Maße entwickelt worden wären. Im Gegenteil. In vielen Krankenhäusern und Kliniken sind die Psychiater nicht gerade eifrig, wenn es darum geht, sich mit den Alten zu befassen, und sie sind nur zu bereit, die Sorge um diese Gruppen Psychologen, Sozialarbeitern und anderen paramedizinischen Berufen zu überlassen. In der Tat sind die spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen im Hinblick auf die besonderen Probleme alter Menschen nicht gerade überwältigend. Die Sorge um die Alten entbehrt für viele Psychiater das Flair des Dramatischen und sie gibt wenig Möglichkeit für die Befriedigung von Rettungspheantasien. Altern und Tod rufen zu viele Ängste bei den Angehörigen der helfenden Berufe hervor, und ihre Art damit umzugehen, ist Verleugnung und Vermeidung. Es scheint, daß es hier eine Entsprechung für den *horror vacui* gibt - den Schrecken vor der Vorstellung, wieder hilflos und schwach zu werden. Eigenartiger Weise ist dies im Wesentlichen eine Haltung, die sich in den westlichen Zivilisationen

findet, und sie ist in den U.S.A. noch stärker ausgeprägt als in Europa. Im Orient ist hingegen Achtung und Respekt die vorherrschende Sicht. Sieht man diese Tendenzen in der westlichen Kultur, dann erhält ein Buch wie das vorliegende von *Petzold, Bubolz* und ihren Mitarbeitern eine bedeutende Funktion. Es stellt die Probleme und Nöte der alten Menschen heraus und bietet Kenntnisse und Fertigkeiten, wie ihnen abgeholfen werden kann.

Der breite Ansatz der Vielzahl von Techniken und Schulrichtungen, die in diesem Band präsentiert sind, bedürfen besonderer Erwähnung. Wie ich schon sagte, nur allzulang werden Patienten einer spezifischen Denkrichtung angepaßt, der Schule ihres Therapeuten, oft wie der unglückselige Wanderer dem Prokrustesbett. Ein Werk wie das vorliegende macht nicht nur deutlich, daß uns viele psychotherapeutische Techniken zur Verfügung stehen, sondern ich hoffe auch, daß es den Praktiker in unserem Feld ermutigt, sich mit verschiedenen Techniken vertraut zu machen und *die angemessenste* für den jeweiligen Patienten zu verwenden.

Dennoch bin ich nicht der Auffassung, daß alle Ansätze die gleiche Bedeutung haben. Im Gegenteil, manche Richtungen psychotherapeutischen Denkens haben meiner Meinung nach im Hinblick auf eine allgemeine Theorie oder eine Persönlichkeitspsychologie wenig anzubieten. Sie haben auch kaum fundierte Hypothesen zum Wesen der Psychopathologie, von denen eine rationale Methode therapeutischer Techniken abgeleitet werden könnte. Viele theoretische Ansätze sind sehr fragmentarisch und locker gefügt - wenig mehr als der Ausdruck guten Willens und sensibler Einfühlung - und das ist sicherlich nicht genug. Auf der anderen Seite sind die Tage vorbei, wo jemand mit vernünftiger Denkweise sich leisten kann zu glauben, daß seine Schule, sein therapeutischer Ansatz, alle Antworten bereit habe.

Dieser Band, der vor mir liegt, steht in der besten gegenwärtigen Tradition, ein breites Spektrum an Techniken und Ansätzen für ein spezifisches Problem zur Verfügung zu stellen. Er gibt Antworten für einen Bereich, der dringendst ein Mehr an Wissen und Interventionsmöglichkeiten erfordert: das immer größer werdende Feld der Arbeit mit alten Menschen. Dies ist ein ausgewogenes, sorgfältig zusammengestelltes und höchst informatives Buch, für das die Herausgeber und die Mitarbeiter nur beglückwünscht werden können, und das ich allen, die in therapeutischen, helfenden und psychosozialen Berufen arbeiten, nur empfehlen kann.

*Prof. Dr. med. Leopold Bellak, New York  
Albert Einstein Colledge of Medicine*

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort, <i>Leopold Bellok</i> .....	7
Einleitung, <i>Petzold/Bubolz</i> .....	11
<b>I. Existenzialpsychologische Verfahren</b>	
Alt werden - Zeit der Verwandlung, <i>Dürckheim</i> .....	21
Psychotherapie mit alten Menschen aus daseinsanalytischer Sicht, <i>Kastrinidis</i> .....	39
Logotherapie mit alten Menschen, <i>Böschmeyer</i> .....	59
<b>II. Analytische Verfahren</b>	
Analytische Psychotherapie bei älteren Patienten, <i>Grotjahn</i> (1955) .....	77
Der psychoanalytische Zugang zu dem älteren und alten Menschen, <i>Radebold</i> .....	89
Das Alter und die Behandlung alter Menschen aus der Sicht der Individualpsychologie Adlers, <i>Ackerknecht</i> .....	109
C. G. Jungs Auffassung von Alter und Tod und ihre Bedeutung für die analytische Therapie alter Menschen, <i>von Franz</i> .....	131
<b>III. Aktionale Verfahren</b>	
Psychodrama, therapeutisches Theater und Gestalt als Verfahren der Interventionsgerontologie und Alterspsychotherapie, <i>Petzold</i> .....	147
Der Gestaltansatz in einer integrativen psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und agogischen Arbeit mit alten Menschen, <i>Petzold</i> .....	261
Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen, <i>Bergeest/Rönnecke</i> .....	295
Verhaltenstherapie mit älteren Menschen, <i>Ritter-Vosen</i> .....	311
Therapeutische Arbeit mit älteren und alten Menschen durch Sozialarbeiter, <i>Radebold</i> .....	329

#### IV. Kreative Verfahren

Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen, <i>Bubolz</i> .....	343
Musiktherapie mit alten Menschen, <i>Frohne</i> .....	383
Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen, <i>Petzold/Berger</i> .....	397

#### V. Psychosomatische und pharmakologische Ansätze

Autogenes Training und Hypnose in der Behandlung alter Menschen, <i>Langen</i> .....	427
Pharmakotherapie im Alter unter besonderer Berücksichtigung der Psychopharmaka, <i>Husser</i> .....	437
Bibliographie zur Psychotherapie mit alten Menschen, <i>Petzold</i> ...	447
Mitarbeiterverzeichnis .....	463

## Einleitung

Der vorliegende Band ist als Nachfolgepublikation zu unserem Buch „Bildungsarbeit mit alten Menschen“ (Klett, 1976) gedacht. Er will einen möglichst umfassenden Überblick über die theoretischen Positionen und behandlungsmethodischen Beiträge der verschiedenen großen psychotherapeutischen Schulen zur Psychotherapie alter Menschen liefern. Eine solche Information stand bislang noch aus, wie überhaupt die Literatur zur Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik mit alten Menschen nicht sehr reichhaltig ist.

Bei der ständig wachsenden Zahl älterer Mitbürger in den modernen Industrienationen aber wird die Auseinandersetzung mit Fragen der Altenarbeit immer dringlicher. Es gilt, mit dem Vorurteil aufzuräumen, daß psychotherapeutische Arbeit mit alten Menschen wenig Sinn habe. Es ist weiterhin erforderlich, zu zeigen, daß Psychotherapie selbst nicht nur reparative Funktion hat und auf die Behebung und Minderung von Störungen und Leiden gerichtet ist, sondern daß sie wichtige Beiträge zu persönlichem Wachstum und individueller Selbstverwirklichung leisten kann. Gerade diese Aspekte gewinnen für die Psychohygiene und therapeutische Arbeit mit älteren Bevölkerungsgruppen und eine „*Humanisierung des Alters*“ (Petzold 1965, 1979u) besondere Bedeutung. In der Behandlung alter Menschen wird, stärker noch als in der Therapie anderer Altersgruppen, deutlich, daß Psychotherapie von soziotherapeutischen und agogischen Maßnahmen nicht getrennt werden kann, daß eine Einbeziehung der Leiblichkeit, der Sinnfrage und des Wertbereichs notwendig wird, daß die sozialen Einrichtungen in die Überlegungen und Behandlungsstrategien einbezogen werden müssen. Es wird ein *integrativer Ansatz* in der Altenarbeit erforderlich, wenn sie sich nicht in wenig nachhaltigen, punktuellen Hilfeleistungen erschöpfen und zersplittern soll.

Die Situation in der gerontologischen Forschung ist weitgehend dadurch gekennzeichnet, daß trotz beeindruckender Ergebnisse in der Grundlagenforschung so etwas wie eine „Angewandte Gerontologie“ (*ibid.* 1965) weitgehend fehlt. Labouvie (1973) stellt die Entwicklung einer praxisnahen „Interventionsgerontologie“ geradezu als eine „Herausforderung für die siebziger Jahre“ dar. Diese Herausforderung, so muß man auf der Schwelle zu den achtziger Jahren feststellen, ist nur in geringem Maße angenommen worden. Zwar mehren sich die Arbeiten zur Interventionsgerontologie, aber von einer wissenschaft-

lich fundierten Praxis mit einer entsprechenden Breitenwirkung sind wir noch weit entfernt.

Ein weiteres Dilemma besteht darin, daß die Praktiker in der psychotherapeutischen, agogischen und soziotherapeutischen Arbeit mit alten Menschen weitgehend die Ergebnisse der neueren gerontologischen Forschung nicht rezipiert haben und häufig traditionelle, falsche Klischees über das Altern fortschreiben oder zumindest doch vorhandene Möglichkeiten und Neuorientierungen nicht wahrnehmen. Im Hinblick auf die Psychotherapie alter Menschen wird dies auch an einigen Beiträgen des vorliegenden Bandes deutlich. Diese Situation sollte den Fachgerontologen jedoch nicht zu voreiliger Kritik veranlassen, denn im Hinblick auf eine effiziente *Praxis* hat er wenig zu bieten. Vielmehr wird es darum gehen, die Erfahrung, die sich in der Arbeit der Praktiker zeigt, aufzunehmen und zu einer Korrespondenz zwischen Theorie und Praxis zu gelangen. Nur in einem Diskurs zwischen Vertretern theoretischer und angewandter Gerontologie, zwischen Forschern und Praktikern, kann die gegenwärtige Situation konstruktiv verändert werden.

Die Beiträge der Autoren, die an diesem Buch mitgearbeitet haben, dokumentieren die Situation der Psychotherapie mit alten Menschen und zeigen, daß es ein erhebliches Spektrum an Konzepten und Positionen gibt, welches aber auch Ausdruck eines Reichtums an Zugängen und Erfahrungen ist. Die einzelnen psychotherapeutischen Schulen leisten Beiträge aus unterschiedlichem Blickwinkel; gewisse Einseitigkeiten werden in der *Zusammenschau* der verschiedenen Positionen zu einer Bereicherung. Hier kommt für uns ein weiteres Anliegen dieses Buches zum Ausdruck: die Möglichkeiten verschiedener psychotherapeutischer Zugänge auszuschöpfen und fruchtbar zu machen. Mit diesem Buch, das als erster Band einer neuen Reihe mit dem Titel „*Vergleichende Psychotherapie*“ erscheint, hoffen wir, einen Anstoß nicht nur für interdisziplinäre Kooperation zu geben, sondern auch für die Kooperation innerhalb *einer* Disziplin, der Psychotherapie. Wie notwendig sie ist und wie fruchtbar sie sein könnte, läßt sich gerade im Hinblick auf die Arbeit mit alten Menschen ersehen.

Dieses Buch ist ein Ergebnis einer mehr als zehnjährigen agogischen, soziotherapeutischen und psychotherapeutischen praktischen Arbeit mit alten Menschen und einer kontinuierlichen theoretischen Auseinandersetzung mit Problemen der medizinischen, psychologischen, soziologischen und pädagogischen Gerontologie (vgl. *Petzold, Bubolz* 1976). Wir sind weit davon entfernt, eine zusammenfassende, auf gesicherten Ergebnissen basierende Darstellung geben zu können, wie ein Überblick über die bisherige psychotherapeutische Arbeit mit alten

Menschen (S. 172-184) zeigt. Vielmehr befinden wir uns immer noch bei der „Bestandsaufnahme“; und als eine solche betrachten wir auch diesen Sammelband.

Teil I des Bandes befaßt sich mit den Beiträgen der „*existential-psychologischen Verfahren*“ zur Psychotherapie mit alten Menschen. Der erste Beitrag von *Karlfried Graf Dürckheim* „Altwerden - Zeit der Verwandlung“ ist von der anthropologischen Position des Autors bestimmt. Er sieht den alten Menschen auf dem letzten Abschnitt einer Wegstrecke, die nicht nur als äußerer Lebensverlauf, sondern auch als innerer Weg des Reifens und Gestaltens aufzufassen ist. Im Alter besteht die Chance, sich zu verwandeln und durchlässig zu werden für das „immanente göttliche Dasein“, das jedem Menschen innewohnt. *Dürckheim* ist jedoch in seinem therapeutischen Ansatz kein weltenthebender Metaphysiker. Die religiöse Dimension seiner Arbeit zielt auf das Gewinnen von Sinn aus dem konkreten individuellen Schicksal ab, Sinn, der in der Lebenswirklichkeit wurzelt und leibhaftig vollzogen wird. *Dürckheim* bietet für die Praxis einer therapeutischen Arbeit mit alten Menschen wesentliche, bisher weitgehend vernachlässigte Konzepte und Impulse. Die Einbeziehung des Leibes durch Atem- und Körpertherapie steuert der Verleugnung und Verdrängung des „alten Leibes“ entgegen, die in unserer Gesellschaft üblich geworden ist. Hier sind ihm nur noch die Verfahren der Integrativen Bewegungstherapie (vgl. den Beitrag von *Petzold* und *Berger* in diesem Band) und das Improvisationstraining des Therapeutischen Theaters von *Iljine* (vgl. *Petzold* 1979r) an die Seite zu stellen. *Dürckheim* wendet sich gegen eine „Aktivierung um jeden Preis“ und er vertritt ein gewisses Disengagement im Sinne einer inneren Neuorientierung, die nichts mit Passivierung zu tun hat. Die Entdeckung der Innenwelt, aus der die Beziehung des Menschen zum Kosmos und zu Gott möglich wird als leibhaftiges Geschehen, bildet das Zentrum seines Ansatzes.

*Perikles Kastrinidis*, ein Therapeut aus dem Daseinsanalytischen Institut der Medard-Boss-Stiftung in Zürich, stellt in seinem Beitrag das menschliche Leben als Entwicklung in verschiedenen Phasen „zum Tode hin“ dar, wobei er „das eigene Sterben als Austrag der äußersten, unüberholbaren Daseinsmöglichkeit“ bezeichnet (*Boss* 1971, S. 268). Die Position *Heideggers*, die das daseinsanalytische Verfahren bestimmt, wird für die Arbeit mit alten Menschen in besonderer Weise fruchtbar gemacht. Sie soll dazu beitragen, die eigene Existenz in der Zeit sowie psychosomatische und psychische Störungen und das daraus resultierende Leiden besser zu verstehen. *Kastrinidis* arbeitet auf der Grundlage der anthropologischen Position von *Boss* heraus, daß ein naturwissenschaftlich-technischer Ansatz in der Behandlung alter

Menschen nicht ausreicht, sondern daß der Umgang mit der Angst, die Entlastung von Schuld und der Gewinn von Sinn für die therapeutische Arbeit bedeutsam sind. Er beschreibt eine Reihe von „typischen Altersneurosen“ und den Symptomwandel, der sich bei neurotischen Erkrankungen im Alter häufig vollzieht. Die Auswirkungen somatischer Krankheiten und Abbauerscheinungen für die Therapie werden dargestellt. Diese Behandlung zentriert in der Beziehung, in der der Therapeut im Unterschied zu Analysen des Erwachsenenalters eine aktivere Haltung einnehmen muß. Das prädominante Thema des Sterbens konfrontiert den Therapeuten mit seiner eigenen Endlichkeit und erfordert von ihm Auseinandersetzung mit dieser Frage. Die theoretischen Ausführungen werden durch ein Fallbeispiel illustriert.

Auch der Logotherapeutische Ansatz, dargestellt von *Uwe Böschmeyer*, ist auf die Findung von „Sinn“ gerichtet. Für die Therapie des alten Menschen, in der die Sinnfrage nach Auffassung des Autors an zentraler Stelle steht, bietet die Logotherapie Möglichkeiten, den Eigenwert des Alters für den Patienten erfahrbar zu machen und Verluste - z.B. des Partners, der körperlichen Integrität oder des Berufes - zu bewältigen. Die Behandlungsmethodik ist relativ unspezifisch, weil die Logotherapie ihre wesentlichste Wirkung in der authentischen Begegnung zwischen Therapeut und Klient sieht, die so wenig wie möglich determiniert werden soll.

Teil II des Bandes über „Analytische Verfahren“ in der Behandlung alter Menschen wird durch einen Beitrag eröffnet, den *Martin Grotjahn* 1955 in *Psychoanalytic Review* veröffentlichte und der für die psychoanalytische Auffassung über die Behandlung alter Menschen eine wichtige Wende einleitete. Wurde von *Freud* und in seiner Folge von der überwiegenden Mehrzahl psychodynamisch orientierter Therapeuten die Behandlung älterer und alter Menschen als wenig aussichtsreich und wenig sinnvoll beurteilt, - eine Auffassung, die sich vielfach noch bis in die Gegenwart fortschreibt -, so stellt *Grotjahn* nicht nur konkrete Behandlungsmethodik mit alten Menschen dar, sondern er leistet mit seinem Konzept über die Umkehrung der „ödiipalen Situation“ einen originellen theoretischen Beitrag, der über die Positionen früherer analytischer Autoren, die sich mit der Behandlung alter Menschen befaßt haben (*Kaufman* 1937; 1940; *Atkin* 1940; *Jelliffe* 1925) hinausgeht. „Altwerden“, so betont *Grotjahn*, „wird oft als narzißtisches Trauma empfunden, da es eine Kastrationsbedrohung repräsentiert und wiederholt“. Sicher könnten diese und andere seiner Positionen durch neuere Entwicklungen in der psychoanalytischen Theoriebildung ergänzt oder anders akzentuiert werden - z.B. Altwerden als narzißtische Involution -, sicher sind auch *Grotjahns* Auffassungen

über Elektroschockbehandlung im Hinblick auf die gegenwärtigen Möglichkeiten geriatrischer Psychiatrie (Oesterreich 1975) kritisierbar; dennoch müssen seine Ausführungen als eine wichtige Pionierarbeit betrachtet werden. Dies hat uns dazu bewogen, diese in deutschen Veröffentlichungen kaum rezipierte Arbeit als Übersetzung in diesen Band aufzunehmen.

Hartmut Radebold gibt in seinem Beitrag „Der psychoanalytische Zugang zu dem älteren und alten Menschen“ eine Übersicht über die wichtigsten Stellungnahmen und Arbeiten psychoanalytischer Autoren. Dabei wird nochmals die negative Einstellung der Psychoanalyse in der Tradition *Freuds* zur Behandlung alter Menschen herausgestellt und durch entsprechendes Datenmaterial belegt. Auf der Grundlage der „Psychodynamik des Alterns und Altseins“, die er von der Bedrohung der Ich-Stabilität bestimmt sieht, entwickelt der Autor psychoanalytische Behandlungskonzepte für die Zielgruppe alter Menschen und fundiert sie durch seine Erfahrungen in der gerotherapeutischen Praxis. Radebold vertritt für die Arbeit mit alten Menschen einen interdisziplinären Ansatz, in dem geragogische und soziotherapeutische Maßnahmen einbezogen werden. Grundlage bleibt die psychoanalytische Theorie. Er beschreibt in einem weiteren Beitrag die „Therapeutische Arbeit mit älteren und alten Menschen durch Sozialarbeiter“. Radebold kommt das Verdienst zu, im deutschsprachigen Bereich erstmals curricular strukturierte Weiterbildungen für helfende Berufe in der Altenarbeit durchzuführen, um die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung alter Menschen zu verbessern.

Lucy Ackerknechts Beitrag „Das Alter und die Behandlung alter Menschen aus der Sicht der Individualpsychologie Alfred Adlers“ erläutert kurz die Grundprinzipien des Adlerschen Ansatzes: Gemeinschafts- und Sozialgefühl, die im Gegensatz zu einem Selbstideal der Überperfektion und der persönlichen Überlegenheit stehen, weiterhin die Bedeutung des persönlichen Lebensstils, der in den ersten Lebensjahren entwickelt wird und sich bis ins Alter fortsetzt. Sie stellt anhand von Fallbeispielen die Bedeutung dieser Konzepte für die Therapie alter Menschen heraus, in der sie vier Phasen annimmt: Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses, Verstehen des Patienten, Diskussion des Lebensstils, Neudefinition von Lebenszielen.

Marie-Louise von Franz befaßt sich mit „C.G. Jungs Auffassung von Alter und Tod und ihrer Bedeutung für die analytische Therapie alter Menschen“. Die Autorin betont die Wichtigkeit der Träume in der Behandlung und zeigt anhand von Beispielen den Ausdruck des Todesthemas im Traumgeschehen auf. Ihre Auswertung und Einordnung ist deutlich von den Konzepten der Jungschen Psychologie be-

stimmt. Es erscheint naheliegend, daß das Traumgeschehen und seine Verarbeitung für den alternden Menschen eine integrierende und tröstliche Funktion haben kann und zu einer Bilanzierung des Lebens beiträgt (vgl. Butler 1963; Petzold 1977m).

Teil III des vorliegenden Buches befaßt sich mit Verfahren „aktionaler Therapie“. Petzold stellt „Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gestalt als Verfahren der Interventionsgerontologie und Alterspsychotherapie“ vor. Die aktionalen, expressiven und aktivierenden Möglichkeiten der Verfahren „Dramatischer Therapie“ werden anhand von Falldarstellungen und Sitzungsprotokollen dokumentiert. Ihr Einsatz in der Krisenintervention, Familientherapie, stationären und ambulanten Gruppentherapie wird dargestellt. Grundlage der Arbeit bilden Morenos sozialpsychiatrische Rollentheorie, sein Konzept des „social death“ und der altersbedingten Verarmung der sozialen Mikrostruktur. In weiteren Abschnitten werden die Möglichkeiten Dramatischer Therapie in der „death education“ und der Begleitung Sterbender aufgezeigt. In einem weiteren Beitrag stellt Petzold „Gestalttherapie in einer integrativen psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und agogischen Arbeit mit alten Menschen“ dar. Auf dem Hintergrund einer Skizzierung der Situation alter Menschen werden die Hauptprinzipien der Gestaltmethode: Ganzheitsprinzip, Kontextprinzip, organismische Selbstregulation für die Arbeit mit alten Menschen ausgelegt. Leitprinzip ist, Hilfen zur „Lebensbewältigung und Lebensgestaltung im Kontext“ zu geben. Diese Zielsetzung macht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine Verbindung psychotherapeutischer, soziotherapeutischer und agogischer Interventionen erforderlich. Die Bedeutung leibzentrierten Vorgehens und der Mitarbeiterfortbildung und Supervision in der Altenarbeit werden herausgestellt.

Harry Bergeest und Beate Rönnecke berichten über Erfahrungen, die sie im Verlauf einer Untersuchung über „Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen“ gewonnen haben. Die Prinzipien klientenzentrierter Therapie werden dargestellt und für die Situation alter Menschen spezifiziert. Dabei kommen den Komponenten des „einfühlenden Verstehens in die emotionale Welt des alten Menschen“, der „uneingeschränkten Wertschätzung“ und der Hilfestellung für die aktive Auseinandersetzung des alten Menschen mit dem eigenen Selbst besondere Bedeutung zu. Ein Überblick über bisherige klientenzentrierte Arbeit mit älteren Menschen bilden die Grundlage für die Darstellung der eigenen Forschungsergebnisse.

„Verhaltenstherapeutische Ansätze in der Psychotherapie alter Menschen“ ist das Thema des Beitrages von Xenia Ritter-Vosen. Die Autorin referiert die Entwicklungen in der neueren Sozialgerontologie

zu einer interventionsorientierten Gerontologie, um dann die Möglichkeiten der Verhaltenstherapie in der Behandlung älterer und alter Menschen darzulegen. Wenn auch die anthropologische Problematik der Verhaltenstherapie mit ihrem mechanistischen Menschenbild auch in der Arbeit mit alten Menschen deutlich wird, so wurden doch von verhaltenstherapeutischer Seite effektive Interventionsmethoden entwickelt, die eine gezielte und nachhaltige Verhaltensmodifikation ermöglichen. Die gründliche Rezeption dieser Ansätze führt im Beitrag von *Xenia Ritter-Vosen* zu einer kritischen Weiterentwicklung verhaltenstherapeutischer Strategien in der Arbeit mit alten Menschen.

Teil IV dieses Buches befaßt sich mit den „Kreativen Verfahren“ in der Behandlung alter Menschen. *Elisabeth Bubolz* sieht „die Verwendung kreativer Medien in der Psychotherapie alter Menschen“ als eine ausgezeichnete Möglichkeit zur Konfliktbewältigung, Entlastung und Integration. Im kreativen Gestalten mit Ton, Farben, Collagen und Poesie wird nicht nur projektives Material freigesetzt, in dem die Nöte, Bedürfnisse und Wünsche der alten Menschen deutlich werden, sondern es wird auch die Möglichkeit zu kreativer Verarbeitung bereitgestellt. Dabei können auch Menschen mit geringer Introspektions- und Verbalisationsfähigkeit und sehr abgebaute Patienten erreicht werden.

Ähnliches ist von der „Musiktherapie mit alten Menschen“ zu sagen, die *Isabelle Frohne* in ihrem Beitrag vorstellt. Die stimulierende Wirkung der Musik hat nicht nur einen allgemein-aktivierenden Effekt, sie wirkt auch tröstend und beruhigend und bietet Hilfen in der Verarbeitung konflikthafter Lebenssituationen. Die Autorin zeigt, daß die Musiktherapie als eigenständiges Behandlungsverfahren in der Arbeit mit alten Menschen vermehrt Beachtung finden müßte.

Auch in der Verbindung mit Bewegung kommt Musik zum Einsatz, wie *Hilarion Petzold* und *Angelika Berger* in ihrer Arbeit über „Integrative Bewegungstherapie und Bewegungagogik in der Arbeit mit alten Menschen“ zeigen. Der Erhaltung oder Restitution körperlicher Leistungsfähigkeit und Elastizität kommt in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen immense Bedeutung zu. Bewegungstherapie in Einzel- und Gruppenarbeit bewirkt nicht nur eine allgemeine Vitalisierung, sondern fördert auch die Kommunikation und die allgemeine Lebensbewältigung. Die Autoren stellen methodische Prinzipien für die praktische Arbeit dar.

Teil V bietet zwei Beiträge zu psychosomatischen und psychopharmakologischen Behandlungsansätzen. *Dietrich Langen* schreibt über „Autogenes Training und Hypnose in der Behandlung alter Menschen“. Die „Konzentrierte Selbstentspannung“ von *J. H. Schultz* bietet in der Einzel- und Gruppentherapie mit Alterspatienten zahlrei-

che Möglichkeiten, somatische Beschwerden zu lindern und psychische bzw. psychosomatische Störungen kurzfristig anzugehen, ohne daß ein weiteres Aufarbeiten der Biographie erforderlich wäre. Durch formelhafte Vorsatzbildung können Hilfen bei nachlassender Gedächtnisleistung, Schlafstörungen und anderen Beschwerden gegeben werden. Der Autor verweist auf den Wert des Autogenen Trainings für die Bildungsarbeit mit alten Menschen und öffnet damit den eingegrenzt therapeutischen Rahmen in Richtung auf psychohygienische und geragogische Maßnahmen.

Abschließend stellt *Joachim Husser* den Bereich der „Pharmakotherapie im Alter unter besonderer Berücksichtigung der Psychopharmaka“ dar. Der medikamentösen Intervention kommt gerade in der Psychotherapie alter Menschen Bedeutung zu, da Störungen und Probleme häufig in zerebralen Veränderungen ihre Ursache haben oder zumindest von derartigen Prozessen nachhaltig beeinflusst sind. Der Autor beschreibt die Indikation von Geriatrika und Psychopharmaka im Alter, ihre positiven Effekte, Nebenwirkungen und Gefahren.

Wir hoffen, daß wir mit dem vorliegenden Band den von uns intendierten breiten Überblick über die Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlung alter Menschen geben konnten. Es ging uns nicht nur darum, eine seit langem klaffende Lücke in der gerontologischen und der psychotherapeutischen Literatur zu schließen, sondern auch darum, Impulse zu setzen und das Vorurteil zu widerlegen, daß die Behandlung alter Menschen ein wenig lohnendes Unterfangen sei. Das Gegenteil ist der Fall. Wir hoffen sehr, daß die psychotherapeutische, soziotherapeutische und agogische Versorgung, Betreuung und Aktivierung älterer und alter Menschen bald eine nachhaltige Verbesserung erfährt. Wir verstehen dieses Buch als einen Beitrag hierzu.

*Hilarion Petzold, Elisabeth Bubolz*  
Fritz Perls Institut, Düsseldorf

## I. Existenzialpsychologische Verfahren



# Alt werden — Zeit der Verwandlung

## Einige Gedanken zur Therapie des alten Menschen

*Karlfried Graf Dürckheim, Todtmoos-Rütte*

Die Psychotherapie des alten Menschen findet bei diesem fast alle Probleme vor, die sich auch beim jungen Menschen finden. Nur eines unterscheidet die Situation des Alten vom Jungen: es kommt unabdingbar und unübersehbar der Tod auf ihn zu. Gelingt es dem Therapeuten, das rechte Verhältnis zum Sterben herzustellen, so wird der Tod selbst zum Therapeuten. Und als solcher bringt er dem alten Menschen eine zweifache Botschaft, für die der Mensch freilich aufgeschlossen werden muß: Du darfst nun alles, worin du abnimmst, loslassen, und du darfst, was dir zuinnerst zgedacht ist, zulassen.

Die Gebrechen des Alters und mit ihnen das Leiden des alternden Menschen gründen in der Regel in der Abnahme der Fähigkeiten, etwas zu leisten. An Leib und Seele wird der Mensch hilfsbedürftig, und anstelle seiner Leistungskraft tritt die Schwäche, die ihn mehr und mehr, was das äußere Leben anbetrifft, abhängig macht von seiner Umgebung. Er leidet darunter, daß er nichts mehr leisten kann. Es gibt die Ermutigungs- und Ermunterungstherapie, die den Menschen davon zu überzeugen sucht, daß und in welchem Umfang er doch noch etwas tun kann. Diese Therapie ist fragwürdig. Gewiß, solange der Mensch noch etwas tun *kann*, die Frau noch etwas im Haushalt, der Mann noch etwas mit kleinen Tätigkeiten, an die er gewöhnt ist, soll man ihnen diese Freude lassen. Das Zentrum der Sinnggebung sollte jedoch nie auf etwas gelegt werden, worin der Mensch notwendigerweise abnimmt, sondern vielmehr auf etwas, worin er im Zunehmen bleiben kann bis an sein Ende. Dieses betrifft aber nie die weltliche Leistung, sondern das innere Reifen.

Das Schwergewicht zwischen den beiden Aufträgen, in deren Zeichen menschliches Leben steht: die Welt zu meistern und zu gestalten im Werk und zu reifen auf dem inneren Weg, muß sich mit dem Alter eindeutig zugunsten des inneren Weges verschieben. Der Sinn des Alters ist nicht die Leistung, sondern die Reife. Therapie des alten Menschen meint in erster Linie den Versuch, den alten Menschen für die Verschiebung des Sinnzentrums von der Leistung in der Welt auf das innere Reifen hin aufzuschließen.

Das innere Reifen meint eine Verwandlung des ganzen Menschen, in der an die Stelle seines Welt-Ichs sein transzendentes Wesen zum Richtung gebenden Zentrum seines Lebens wird. Die Frucht der Reife wäre dann der Mensch, für den die Bezeugung seines transzendenten Kerns zum Sinn des Lebens geworden ist.

Die hier gemeinte und geforderte Therapie wäre eine initiatische Therapie. „Initiare“ meint, das Tor zum Geheimen öffnen. Das Geheimen sind wir selbst wie auch die Welt in der uns wie ihr immanenten Transzendenz. Initiatische Therapie meint: die Bedingungen schaffen, unter denen wir uns des uns immanenten transzendenten Wesens innerwerden können und es, Person geworden, durch uns hindurchtönen (personare) lassen können - in der Weise, zu erleben, zu erkennen, zu gestalten und zu lieben.

Es gibt den alten Menschen, der des Psychotherapeuten nicht bedarf. Warum? Weil er den inneren Weg bereits gefunden hat. So leidet er keine innere Not. Sein Leben gewann offenbar einen tieferen Sinn aus dem Wesen, der sich mit jedem Leiden an der Welt vertieft. Er strahlt etwas Lichtes aus, Wärme, Sicherheit, Angstlosigkeit. Er weiß auch, daß wann immer er doch in Not gerät, ihre Ursache darin liegt, daß die auf dem Wege der Reife erreichte Stufe nicht zureichte, um einbrechenden Mächten aus der Ebene des Welt-Ichs von außen oder innen standzuhalten. Auf's Ganze gesehen zielt dann das rechte Leben des alten Menschen auf eine Lebensform, die nur noch an dem „Einen, das nottut“ orientiert ist: an der Verwirklichung der großen Durchlässigkeit für das ihm immanente göttliche Sein.

Ein weit verbreitetes Altersleiden ist die Verhärtung, körperliche Verhärtung, die sich seelisch auswirkt, seelische Verhärtung, die sich im Körper auswirkt, - beides zusammen Verhärtung nicht nur im Körper, den man hat, sondern auch im Leibe, der man ist. „Leib, der man ist“ ist der Mensch als Person in der Gestalt, als welche er in der Welt *da* ist. Es ist der Leib als die Einheit der Gebärden, in denen der Mensch sich ausdrückt und darstellt und damit auch sich selbst verfehlt oder aber sich wesensgemäß verwirklicht.

Der Körper dagegen, den man hat, ist der Körper, wahrgenommen als Gegenstand, ein gleichsam unbeseeltes Instrument, das in Ordnung sein und funktionieren muß. Fehlt ihm etwas, bringt man es zum Arzt zur Reparatur. Leider ist bis heute das Wissen um den Leib, der man ist, noch wenig verbreitet.

In der Verhärtung erscheint die Grundgebärde des sich Festhaltenwollens, Festkrallens, des sich nicht Loslassenkönnens. Und hier setzt nun eine besondere Möglichkeit der Therapie für den alten Menschen ein: ihn zu lehren, zu lassen. Es ist erstaunlich, welche Wirkungen er-

zielt werden können, wenn man einen Menschen lehrt, *sich* zu lassen; sich beispielsweise ausatmend in einen schmerzenden Körperteil hineinzulassen statt der verkehrten Gebärde der Natur stattzugeben, die grundsätzlich, den Atem anhaltend, Widerstand macht gegen jeden Schmerz und damit die kranke Stelle verspannt.

Es gibt als Krankheit des alten Menschen nicht nur die Starrheit als Ausdruck eines allgemeinen nicht Loslassenkönnens, sondern auch die entgegengesetzte Fehlhaltung: das Sich-Gehenlassen. Das Leben bedarf zu seiner ständigen Erneuerung sowohl eines immer wieder Loslassenkönnens der gewonnenen Form als auch eines niemals gänzlichen Aufgebens eines In-Form-Seins, das die immer neuen Wellen des Lebens aufnimmt und zur weiteren Verwandlung zuläßt. Auch für den alten Menschen ist leibhaftiges Leben ständige Verwandlung der leibhaftigen Form, ein ständiges Hingeben des Gewordenen und Zulassen der neuen Form. Auch für den alten Menschen gilt das Gesetz des rechten Verhältnisses von Gespanntheit und Gelöstheit; das Gesetz, das verletzt wird, wo an seine Stelle der Wechsel von Verspannung und Auflösung tritt.

Das Wahren der rechten Form bedeutet das Behüten sowohl der rechten Gelöstheit wie der rechten Spannung. Diese Einsicht und alle sich aus ihr ergebenden Übungen und Weisungen gehören zur Psychotherapie des alten Menschen.

Wenn der Mensch aus Altersgründen eines Tages gezwungen ist, seine gewohnte Arbeit aufzugeben, dann befindet er sich in einer völlig neuen Situation, auf die er meistens nicht vorbereitet ist. Er mag sich z. B. sogar auf den Augenblick seiner Pensionierung gefreut haben, oder er mag aufatmen, wenn ihn eines Tages die Krankheit dazu berechtigt, aufzuhören. Und doch fällt er oft in diesem Augenblick in ein Vakuum, in eine Leere, in der er sich nicht auskennt.

Es überfällt ihn die Frage: Was hat mein Leben jetzt noch für einen Sinn? Was kann das Leben überhaupt noch für einen Sinn haben, wenn man nichts mehr leisten kann? Ist es vielleicht der, der jüngeren Generation helfen zu können mit der Fülle der Kenntnisse und Erfahrungen, die man in einem langen Leben gesammelt hat? Hier stellt sich immer wieder die gleiche Enttäuschung ein: die junge Generation will ihre eigenen Erfahrungen machen. Selten genug ist es der Fall, daß ein alter Mensch etwas von dem, was er selbst gewonnen hat und für sich selbst nun besitzt, weitergeben kann an die Jüngeren. In solchem Fall kann, ja, muß der Psychotherapeut dem alten Menschen den neuen Horizont öffnen, in dem das Hinfinden zum überweltlichen Wesen auch diese Enttäuschung zu überwinden hilft und gerade das rechte Aushalten dieser Enttäuschung zu einer weiteren Schwelle macht, de-

ren Überschreiten ein vertieftes Hinfinden zur überweltlichen Wirklichkeit ermöglicht.

Die besonderen Möglichkeiten, die die initiatische Therapie dem alten Menschen zu eröffnen vermag, hängen auch ab von Bedingungen, deren Erfüllung schon zur vorinitiatischen Therapie gehört. Auch der alte Mensch, und er in mancher Hinsicht besonders, leidet unter der Unbereinigkeit seines Unbewußten. Solange der Mensch voll in seiner Leistungskraft steht und auch der ältere Mensch durch sein eingespieltes Können in der Leistungsebene sich erfüllen kann, so lange lebt er leicht über seine innere Problematik hinweg und nimmt auch seine Schattenkräfte nicht wahr. Wenn dann aber die Leistungswelt für ihn zusammenbricht und nicht mehr das Feld seines Lebens darstellt, wird das Ganze seiner ungelebten Innerlichkeit oft in besonderer Weise akut und tritt in die Erscheinung als Verbitterung, Reizbarkeit, Eigensinn, gesteigerter Anspruch auf Rücksicht, Wehleidigkeit u. a. - alles Erscheinungsformen eines Ichs, das - aus seinen sachlichen Verpflichtungen, denen es sich unterordnete, entlassen - nun in seiner naiven Egozentrik seine eigenen Ansprüche anmeldet.

Sehr viele Altersgebrechen sind Somatisierungen innerer Stauungen, jahrzehntelang zurückgehaltener Expressionen. Da ist oft ein großes Ausmaß von nicht eingestandenen Schuldgefühlen, Aggressionen, Enttäuschungen, von nicht geweinten Tränen, nicht ausgebrochenen Wutanfällen. Hinter der Fassade eines ruhigen, verhaltenen alten Menschen brodelt es oft in bedenklichem Maße, was nicht nur innere Qual bedeutet, sondern auch Blockade auf dem Weg, den der alte Mensch nun eigentlich gehen müßte: den Weg in die Tiefe seines Wesens, in der er erst jene Erfüllung finden kann, die ihm als Mensch zugehört ist. Somit wird ein Teil der dem alten Menschen zuzudenkenden Psychotherapie sich durchaus in den Bahnen der traditionellen Psychotherapie bewegen müssen, als eine Wahrnehmung des Schattens; eine Weise, dem alten Menschen zu helfen, mit ihm umzugehen, das heißt, ihn auch anzuerkennen und die in ihm lebendigen und immer seine Fassade bedrohenden Kräfte zu integrieren. Die Methoden können denen der üblichen Psychotherapie sehr gleichen. Auch dem alten Menschen ist es möglich, mancherlei, das er in der Vergangenheit unterdrückte, nunmehr auszuagieren. Dem alten Menschen öffnet das Zeichnen oder auch das Schreiben Wege in die Freiheit, vor allem das ungehemmte Herunterschreiben dessen, was ihn mit Schuld belastet oder mit Zorn erfüllt oder ihn mit Enttäuschung zurückblicken läßt in die Vergangenheit.

Das absolut ehrliche Herauslassen im Niederschreiben dieser Dinge kann große Erleichterung und Freiwerden zu neuer Entwicklung bringen.

gen. Es ist oft nicht nötig, daß jemand anderes das Geschriebene liest, es muß nur niedergeschrieben werden: der ganze Zorn gegen einen Menschen in einem radikalen Brief. Oft ist es der Vater, die Schläge, die er einem erteilt hat, die Angst, die er einem gemacht hat. Oder die Mutter, die einem die Zärtlichkeit versagt hat, die man doch so gesucht hat, oder die einen als "fressende Mutter" nie losließ. Oft ist es ein Bruder oder eine Schwester, unter denen man gelitten hat. Oft ist es ein Lehrer aus der Schulzeit, die 60 Jahre zurückliegen kann, oder ein Vorgesetzter, unter dem man jahrelang zu leiden hatte, denen heute noch Bescheid gesagt werden kann in einer Weise, die innerlich befreit. Sie leben vielleicht selbst nicht mehr, und doch sind sie noch da, und doch können sie noch angesprochen werden, und es kann ihnen gegenüber jene Geste des sich Freimachens vollzogen werden, die das innere Gleichgewicht wieder herzustellen vermag. Bisweilen ist es auch der eigene Lebenspartner, der einem bei aller Liebe, die einen mit ihm verband, doch zugleich Fesseln anlegte. Es wurden um des lieben Friedens willen gewisse Dinge nicht gesagt, die man doch als Vorwurf gegen ihn im Herzen trug. All das kann und muß nun herauskommen.

Der Mensch unserer Zeit ist so geschädigt in seinem Hörvermögen, durch den Spektakel des Daseins schwerhörig geworden für die feinen Töne des wahren, vom Wesen zeugenden Lebens, daß es immer eine Weile dauern wird, bis er lernt, sie in seiner Innen- und Außenwelt zu vernehmen. Ihm dazu zu helfen, gehört zu den Grundaufgaben einer Psychotherapie des alten Menschen.

Es geht darum, ihm das Organ zu öffnen, mit dem er jene Wirklichkeit vernehmen kann, in der der Quell sinnvoller Existenz unerschöpflich fließt, unabhängig von den jeweils besonderen Bedingungen des Daseins. Dieses Organ ist der ganze Mensch in einer von seinem Wesen her bestimmten Aufgeschlossenheit und Gerichtetheit. Diesen Quell neu zum Aufspringen zu bringen, ist der Sinn des Alters.

Eine besondere Schwierigkeit für die Therapie des alten Menschen liegt im Problem der Kommunikation. Das Sich-Verstehen in dem, worum es nun geht, hängt von zweierlei ab: einmal von einem gemeinsamen Erfahrungshintergrund, zum anderen von der Sprache. Menschliches Leben in der Gesellschaft, aber auch in den engeren Gemeinschaften, im kleinen Kreis der Familie, der Zweisamkeit der Liebenden, versteht sich in Feldern des gemeinsam Erlebten und Genannten. Die Mehrzahl aller Gespräche, in denen Menschen sich verstehen, bleiben im Umkreis einer die Partner verbindenden Erlebniswelt, sei es in der Öffentlichkeit, sei es auch im privaten Leben einer Gemeinschaft.

Was meist draußen bleibt, ist das, was der Einzelne persönlich zuinnerst bei all dem wirklich erlebt. Nicht nur kann er es, auch wenn er es bewußt hätte, nicht mitteilen, sondern oft auch läßt er das eigene Bewußtwerden seines Innersten nicht zu. Er steckt voller unbewußter Blockaden, die heilmachende Kräfte der Tiefe am Hervorkommen hindern. Im gewöhnlichen Leben unserer Zeit hat die eigene Innerlichkeit des Menschen immer weniger Raum. Auf der anderen Seite ist die Not aus dem nicht zugelassenen Übermaß blockierter Seelenkräfte so groß geworden, daß im Rahmen der Therapie mehr und mehr Formen des Sich-Äußerndürfens bis hin zu den ungeformtesten Weisen des Sich-Äußerns, der Explosion, dem unartikulierten Schrei, gefunden werden, in denen die unterdrückte Natur, die zum Ausdruck nicht zugelassene Innerlichkeit, hervorkommen kann. Doch dabei handelt es sich meist um Praktiken, mit denen ein Notventil gezogen wird, durch die zwar die Natur des Menschen befreit, aber keineswegs schon das Einmünden auf einen Weg eröffnet wird, auf dem der Mensch zur Fühlung mit seiner Übernatur, seiner wesenhaften Tiefe, das heißt der immanenten Transzendenz gelangen kann. Auf diesem Weg allein jedoch liegt die Chance, dem Leben des alten Menschen seinen wahren Sinn zu verleihen.

Ganz unabhängig davon, ob das Herauslassen verdrängter Impulse in der Welt noch etwas zurechtzurücken vermag oder nicht, geht es um das Neuordnen und Bereinigen der inneren Landschaft, ohne die der Weg in die Freiheit nicht möglich ist. Das Entscheidende ist aber der Weg selbst, der Weg in jenen Raum, der jenseits der Bedingungen von Raum und Zeit liegt und auch jenseits all dessen sich auftut, was man das gelebte Schicksal des eigenen Lebens nennen könnte. Es geht um einen den bisherigen Horizont des eigenen Erlebens ins Nicht-Endliche zu erweiternden Raum, der jenseits des raumzeitlich bedingten Schicksalsraumes liegt.

Die Hauptvoraussetzung der für den alten Menschen erforderlichen initiatischen Therapie ist, daß der Therapeut sich selbst auf dem initiatischen Weg befindet. Ganz unabhängig davon, in welchem Ausmaß sein Tageslauf bestimmt ist durch die Leistung in der Welt, - die andere Seite, der Weg nach innen, der Weg in die Reife, muß in ihm den Vorrang haben, so daß auch das Leisten, das ihm aufgetragen ist, für ihn nicht nur im Dienste des Werkes steht, sondern auch, ja: zuerst, im Dienste seines eigenen Werdens. Ihm selbst müssen die Voraussetzungen für ein Wachstum nach innen bewußt sein. Er selbst muß zumindest über einige Seinsfühlungen verfügen, die ihn über alle Zweifel hinaus die Realität der immanenten Transzendenz haben fühlen lassen. Er muß die Erfahrung jener Tiefe gemacht haben, die ihm nicht nur die

Realität der immanenten Transzendenz über jeden Zweifel hinaushebt, sondern die sich ihm auch als Sinnzentrum des eigentlichen Lebens gezeigt hat. Er muß die Verheißung erfahren haben, die der Mensch in seinem Wesen hat. Er muß die befreiende Verwandlung gespürt haben, die von einer Begegnung mit dem Wesen ausgehen kann, und er muß den verpflichtenden Auftrag vernommen haben, der aus dieser Erfahrung heraus wächst, - und nicht nur vernommen, sondern für sich und sein Leben angenommen haben. Somit muß das Leben des Psychotherapeuten, der den initiatischen Weg führt, selbst ganz eindeutig unter dem Gesetz dieses Weges stehen, und das heißt insbesondere im Zeichen eines Exerzitiums, einer Disziplin, die ihm nicht von einer äußeren Instanz oder Notwendigkeit auferlegt ist, sondern Ausdruck ist der Treue zu einer Entscheidung, die er aus Freiheit sich selbst betreffend gefällt hat. Nur dann kann er Gleiches von dem ihm anvertrauten alten Menschen fordern. Hohe Anforderungen in der Tat, die aber schon, auch wenn sie noch nicht erfüllt werden können, als eigentlich zu erfüllende Forderungen den Therapeuten befähigen können, dem alten Menschen den neuen Weg zu weisen.

Psychotherapie des alten Menschen wird auf der anderen Seite wesentlich abhängen von den Voraussetzungen, die er selbst für das Einmünden auf den initiatischen Weg mitbringt. Diese liegen vor allem in seinem religiösen Hintergrund. Im Grunde handelt es sich bei der Psychotherapie des alten Menschen um die Wahr-Nehmung des religiösen Erlebens, die Frage also nach der Zugehörigkeit des Menschen zu einer anderen Dimension, zu einer überweltlichen Wirklichkeit, zur Wirklichkeit des Göttlichen. Es geht um die Frage des Glaubens. Wo der alte Mensch fest in seinem traditionellen Glauben verwurzelt ist und in einer ungebrochenen Verbundenheit mit seinem Gott steht, wo er einen ganz selbstverständlichen Zugang hat zum Gebet und sich von daher getragen und geborgen fühlt, bedarf er des Therapeuten nicht.

Wo dagegen an die Stelle des Glaubens, wie es bei alten Menschen häufig der Fall ist, der Zweifel getreten ist, der Zweifel an der Gerechtigkeit Gottes, dort kann und muß der Therapeut zum geistlichen Seelenführer werden. Er muß versuchen, an die Stelle eines „Glaubens“, der die Gerechtigkeit Gottes menschlichem Urteil unterwirft und sie dann nicht mehr findet, den Weg zu einer Religiosität zu ebnen, die in Erfahrungen gegründet ist. Es geht dabei um Erfahrungen einer sinngebenden Wirklichkeit, die jenseits der raumzeitlich bedingten, mit menschlichen Maßen meßbaren Wirklichkeit liegt. Inhalt dieser Erfahrung ist eine übergegensätzliche Dimension, die den Menschen aus dem Dilemma im Kampf mit den seinen menschlichen Erwartungen widersprechenden Mächten befreit. Dann hadert er nicht mehr mit sei-

nem Schicksal, und gerade das, was ihm wehtut, wird im Annehmen zur Quelle einer Erfahrung, die über jedes Wehtun hinausragt, ja, in der Dunkelheit ein neues Licht aufgehen läßt. Hier wird der Therapeut zum Seelenführer, dessen Hauptaufgabe im Hinführen zum Erlebenkönnen einer uns immanenten Dimension liegt, deren tragende, sinngebende und beflügelnde Kraft Quell einer Neuorientierung wird. Ohne Zweifel wird die Erfüllung dieser Aufgabe abhängen von der Aufgeschlossenheit des Alten. Es gibt aber auch den Alten, der so verhärtet, böse und ablehnend geworden ist, daß er für den inneren Weg nicht mehr offen ist. Ein solcher Mensch wird aber auch kaum einen Therapeuten annehmen.

Wo die Frage nach der religiösen Sinngebung des Lebens gestellt ist, steht die Frage nach der Transzendenz im Raum, der Transzendenz als einer größeren, überweltlichen, göttlichen Wirklichkeit, die unsere raumzeitlich bedingte umgreift, begründet, durchdringt und letztlich mit jenem Sinn zu erfüllen vermag, der nicht durch die Nöte unserer raumzeitlichen Wirklichkeit in Frage gestellt wird, sondern im Gegenteil gerade in der Begegnung mit den Nöten, dem unausweichlichen Leiden, ja, mit dem Tod selbst erst im vollen Maße aufgeht.

Der großen Wende nach innen, die dem alten Menschen angemessen ist, geht ein Leben voran, das die Welt liebt. Gerade, wo es darum geht, die Bindung an das äußere Leben allmählich zu lösen, darf nicht übersehen werden, in welchem Ausmaße der Mensch das Leben liebt. Nichts wäre verkehrter als angesichts der notwendigen Preisgabe all dessen, was den Menschen zum Höhepunkt seines natürlichen Lebens beseelt und beflügelt, das Glück in Frage zu stellen, das das Leben für den in der Vollkraft seiner selbst stehenden Menschen bedeuten kann. Nur auf dem Hintergrund eines "Ja" zum Leben, das man liebt, wird das Gewicht der Wende sichtbar, die dem alt werdenden Menschen auferlegt ist, wo er einsehen muß, daß er eben dieses Leben, das er liebt, loslassen muß - aber auch einsehen darf, daß an seine Stelle ein Leben treten kann, das nicht mehr durch die Grundnöte des Daseins gefährdet ist, sondern auch durch sie und in ihnen aufgehen kann und an beglückender Schönheit allen Glücksmöglichkeiten des bisherigen Lebens überlegen ist.

Schon die Grundnöte des Lebens, denen niemand entfliehen kann, können zur Schwelle werden, deren Überschreiten einen neuen Glauben begründet. Die Grundnöte sind die Angst vor der alles bedrohenden Vernichtung und schließlich vor dem den Menschen selbst bedrohenden Tod; die Begegnung mit dem Absurden und eine Verzweiflung am Sinnlosen, und die Trostlosigkeit der Vereinsamung. Diese drei das menschliche Leben überhaupt bedrohenden Nöte kommen im Alter

unausweichlich auf den Menschen zu. Und Therapie des alten Menschen bedeutet die Führung auf dem Wege, eben diesen Nöten in einer Weise unerschrocken begegnen zu lernen, die sie zu Quellen eines neuen und vertieften Lebens zu verwandeln vermag. Die darin liegende Aufgabe kann der Mensch mit seinem gewöhnlichen Ich nicht erfüllen; er muß es fallen lassen oder überspringen. Wo sie aber erfüllt wird, macht der Mensch einen Sprung auf eine andere Ebene. Und in diesem Augenblick mag er nicht nur das Wunder der Wandlung seiner selbst, sondern auch seines Lebens erfahren: daß im Annehmen des Todes ein Leben aufgehen kann, das jenseits ist von Leben und Tod, im Annehmen zunehmender Sinnlosigkeit des Lebens, die den bleibenden Lebensraum verdunkelt, das Aufgehen des Lichtes eines Sinnes, der jenseits dessen ist, was für den gewöhnlichen Menschen Sinn von Unsinn unterscheidet, und im Annehmen der Einsamkeit die Erfahrung einer Geborgenheit in einem überweltlichen Ganzen, die jenseits ist von Geborgenheit oder Einsamkeit dieser Welt.

Es gab und gibt auch noch einen Glauben an Gott und das Erlösungswerk von Jesus Christus, der den Menschen in solcher Tiefe trägt, daß nichts, das ihm im Leben widerfährt, ihn aus diesem Glauben herauswerfen kann. Und gerade *die* Erfahrungen, die ihn als den gewöhnlichen Menschen am Leben hätten verzweifeln lassen können, sind es dann, die ihn immer wieder in die Arme Gottes zurückführen und die erlösende Überzeugungskraft des Mannes am Kreuz erfahren lassen. In dem Maße aber, als rationales Denken die Überhand gewinnt über einen Glauben, der rational nicht begründet werden kann, in dem Maße ist der Mensch unweigerlich ein Opfer des Zweifels am Sinn des Lebens. Wenn er aber in dieser Situation einer Verödung seiner Existenz die Gnade hat, *Erfahrungen* zu machen und ernst zu nehmen, die ihn über allen Zweifel hinaus in einer Dimension anrühren, die von allen Bedingtheiten der Welt nicht berührt wird, hat er die Chance, ein neues Glaubensleben zu gewinnen.

Dieses neue Glaubensleben dem alten Menschen zu eröffnen, ist Möglichkeit und Aufgabe eines Psychotherapeuten, der dem eigentlichen Grundproblem des alten Menschen gewachsen ist, weil er selbst eine Wirklichkeit erfahren hat und als letzte Wirklichkeit für sich anerkennt, die jenseits allen Zweifels liegt.

Psychotherapie des alten Menschen meint letztlich die Aufgabe, den Horizont seines Lebens zu erweitern über jene Grenzen hinaus, die ihm durch sein Welt-Ich gesetzt sind und innerhalb derer er sein Leben bisher geführt hat. Wo der Therapeut selbst über einen religiösen Hintergrund verfügt, der auf Erfahrungen beruht, kann er, in seiner Weise von diesen Dingen sprechend, gerade jener nüchternen Skepsis des al-

ten Menschen begegnen, die man durch eine wohlgemeinte Aufforderung, doch "zu glauben", nicht mehr überwinden kann. Alles, was bisher als ein Ende gefürchtet werden mußte, wird, wenn es in rechter Weise angenommen wird, zu einem neuen Anfang: das Annehmen der Schwäche zur Entdeckung einer neuen Kraft, das Annehmen der Verdunkelung zum Aufgehen eines neuen Lichtes; das Annehmen zunehmender Kälte zum Einströmen einer neuen Wärme, in der das All-Eine sich der unverstellten Erfahrung als ein Einströmen überweltlicher Liebe bezeugt. So verliert unter rechter Führung bei dem alten Menschen der Tod seinen Stachel. Er wird schon bei Lebzeiten als Tor und Übergang zu einem neuen Leben erfahren und in diesem Sinn als die den alten Menschen verwandelnde therapeutische Kraft.

Im Hinblick auf das, was unter Transzendenz verstanden werden kann, wird die entscheidende Wende des menschlichen Bewußtseins unserer Zeit deutlich: von der Transzendenz als Angelegenheit eines Glaubens, der angesichts des unendlichen Leidens in dieser Welt immer wieder am Zweifel zerbricht, zu einer Transzendenz als Inhalt einer erlösenden und verwandelnden Erfahrung, die sich gerade inmitten all dessen ergeben und bewähren kann, an dem der traditionelle Glaube im Zweifel zerbricht.

Ist der Augenblick gekommen, dem alten Menschen einen neuen Weg zu weisen, so muß die Arbeit notwendigerweise mit dem Versuch einsetzen, Lebensaugenblicke erinnern zu lassen, in denen die andere Dimension, die Dimension des Wesens, in eindeutiger Weise anklang. Es geht um die Erfahrung des Wesens als der Weise, in der ein größeres Leben im Menschen anwesend ist und in ihm und durch ihn hindurch offenbar werden möchte in der Welt. Es geht um die Erinnerung und die Erneuerung von Augenblicken, in denen dieses Wesen erfahren worden ist. Es gibt kaum ein menschliches Leben, das ohne solche Augenblicke ist. Oft sind es Augenblicke aus der Zeit der Jugend, aus der Adoleszenz, in der faktisch im Umbruch des Menschen zu seinem Geschlecht hin eine gefügte Welt der Vorpubertät in sich zusammenbricht oder einsmilzt und im Übergang zu einer neuen Form für einen Augenblick, in dem die Konturen des Lebens durchlässig sind, die ganz andere Wirklichkeit hindurchschimmert und im jungen Menschen jene Hochgefühle erzeugt, in denen er zwischen unendlicher Weltverbundenheit und tiefinnerlicher Einsamkeit gespannt augenblicksweise etwas vom göttlichen Grund des menschlichen Lebens erfährt.

Es ist die Aufgabe des Psychotherapeuten, den alten Menschen jene Sternstunden des Lebens erinnern zu lassen, in denen er ganz unvermittelt und ohne Verdienst etwas erfuhr, das ihn nicht nur beglückte, sondern ihn für einen Augenblick in eine ganz andere Wirklichkeit

stellte. Er mag damals geglaubt haben zu träumen, in irgendeinen Gefühlsüberschwang geraten zu sein, hinter dem nichts steht, wie er denn überhaupt bisher geglaubt haben mag, daß Gefühle nur trügerische Zeichen für eine nicht haltbare Wirklichkeit sind, während wahre Wirklichkeit nur dort ist, wo sie nicht-emotionaler, rationaler Fixierung standhält. Und nun soll er zugeben, daß das Innerste des Menschen, das, was sein Sinnzentrum sein könnte, in keiner anderen Weise zum Ausdruck kommt als im Fühlen einer rational nicht faßbaren, aber ernstzunehmenden Innerlichkeit. Er muß jenes Innen öffnen, das den Menschen immer wieder sowohl mit dem Gefühl einer Befreiung erfüllt als ihn auch mit der Entdeckung eines höheren Sinnes des Lebens und damit eines neuen Gewissens, dem nunmehr zu dienen ist, beschenkt.

Der alte Mensch, der gewohnt ist, für andere zu leben, für eine Sache, ein Werk, wird oft zunächst fragen: „Ist das nicht reiner Egoismus, wenn ich mich jetzt nur noch um mich kümmere?“ Die Antwort auf diese Frage: „Nur, wenn du selbst dich nunmehr dem Gesetz der Verwandlung unterwirfst, wirst du noch für deine Mitmenschen das sein können, was du, ohne etwas in der Welt zu leisten, sein kannst – eine Quelle des Segens, eine Stätte des Strahlens und der Vermittlung eines Glückes, das durch kein äußeres Leisten erreicht noch vermittelt werden kann.“ Doch alles gute Zureden nützt nichts, wenn nicht etwas erfahren wird. Und damit ist der Kernpunkt einer Psychotherapie des alten Menschen bestimmt: die Vermittlung und Erneuerung von Erfahrungen, in denen der Ursprung menschlicher Verwandlung als Kraftquell, Sinnzentrum und Quelle echter Geborgenheit erfahren werden kann.

Das Kreisen des Ichs um das Feststehende steht im radikalen Gegensatz zum Prinzip des Lebens, das ewige Verwandlung meint, ewiges Werden-Entwerden und Wiederwerden. Wenn auch der mit seinem Welt-Ich identifizierte Mensch dauernd um ihm Sicherheit gewährendes Feststehendes kreist, wirkt doch ohne Unterlaß auch in ihm das Prinzip der Verwandlung weiter.

Mit der theoretischen Einsicht in den Widerspruch des Ich-Prinzips, das immer das Feststehende sucht, zum Prinzip der Verwandlung ist jedoch wenig getan. Erst wo ein faktischer Schritt der Verwandlung, der bewußt vollzogen wird, dem alten Menschen etwas Neues aufgehen läßt, um das es sich lohnt, erst da besteht die Chance einer Umkehr. Die Umkehr betrifft die Neuorientierung des gesamten Lebens, das Einsetzen eines neuen Lebensprinzips. Während es bisher immer darum ging - und das hat auch seinen Platz im Leben des Menschen -, etwas zu schaffen und das Geschaffene zu bewahren und zu sichern, so

geht es jetzt um etwas völlig anderes: um die Verwandlung, um die eigene Verwandlung, um die Verwandlung des eigenen Menschseins. Die Voraussetzung auch nur für die Möglichkeit einer Verwandlung ist in den meisten Fällen ein Zusammenbruch der alten Fassaden, und damit wird wieder der tiefenpsychologische Aspekt der Psychotherapie des alten Menschen sichtbar.

Natürlicherweise ist mehr als jede andere Altersstufe die des alten Menschen auf dem Wege der Verwandlung durch fest eingefleischte Vorstellungen, Einstellungen, Standpunkte, Positionen blockiert. Das Einmünden auf den neuen Weg enthält die Zumutung des großen „Stirb und Werde“, d.h. des Fallen-Lassens einer Fassade, mit der der alte Mensch sich meistens gänzlich identifiziert. So erkennt er auch die ihn bedrohenden Schattenkräfte nicht, sondern leidet meist nur mehr oder weniger vorwurfsvoll unter ihren physischen Auswirkungen und projiziert sie darüber hinaus auf seine „böse“ Umwelt. So lebt er in der schönen Lüge seiner ihm gerechtfertigt scheinenden Ansprüche.

Ihm den „Star zu stechen“ ist keine leichte Aufgabe. Daß diese Fassade zusammenbricht im Erkennen der in ihr eingefrorenen Lebenslüge, ist die psychologisch härteste Aufgabe des Psychotherapeuten. Aber außerordentlich ist die Wirkung, wo es gelingt, die Wendung zur inneren Wahrheit mit allen Bekenntnissen eigener Schuld und Unwahrhaftigkeit wie auch dem Zulassen des Ausdrucks verdrängter Gefühle zu ermöglichen. Solcher Zusammenbruch ist die Voraussetzung für den Anfang eines neuen Lebens.

Was kann der Therapeut dem alten Menschen, der ihm Vertrauen schenkt, versprechen? Nicht mehr und nicht weniger als ein neues Leben, ein Leben der Stille, aus der Stille, aus einer erfüllten Stille für ihn selbst und ein segensreiches Sich-Auswirkenkönnen dieser Stille auf andere.

Den meisten alten Menschen fehlt die Stille. Sie sind unruhig und rastlos. Es ist, als liefen sich die tausend Impulse zu Leistungen, die kein Ziel mehr haben, irgendwie wund. Diese Rastlosigkeit des Alters gilt es abzubauen. „Ich kann mich doch nicht einfach hinsetzen und gar nichts tun“, so sagen viele Alte. Gerade das muß man ihnen dann eröffnen, daß sie zum ersten Mal in ihrem Leben „nichts tun“ dürfen, ja, daß nur, wenn sie einmal versuchen, wirklich nichts zu tun, die Chance besteht, eine Wirklichkeit zu entdecken, die nicht das Produkt oder Schaufeld eines Tun ist, sondern Erscheinungsform eines tiefinneren Seins. Es ist schon sehr viel gewonnen, wenn ein alter Mensch begriffen hat, daß die wichtigen Augenblicke seines Lebens nunmehr nicht mehr die sind, in denen er noch etwas tun kann, einer Beschäftigung nachgeht, irgendwo hilft im Hause, im Garten, in der Küche,

sondern die Augenblicke, in denen er sich dem Nichtstun widmet. So unbegreiflich es ihm am Anfang auch sein mag, - wenn es ihm gelingt, diese Augenblicke des Nichtstuns, des einfachen stillen Dasitzens voll auszukosten, das heißt die innerliche Möglichkeit wahrzunehmen, die im Nichtstun liegt: die Möglichkeit eines völligen Loslassens, eines Schauens, Horchens, Schmeckens nach innen, hat er die Chance, dabei etwas zu vernehmen, was aus dem tiefsten Inneren aufleuchtet, den nach innen Gewandten ganz leise berührt, aber von jener Qualität erfüllt ist, die man das Numinose nennt.

Zu solchen Erfahrungen braucht es gewiß Zeit und zum Stillsitzen anfänglich auch die disziplinierte Bemühung. Doch erst, wenn der Übende weiß, daß er es nicht tun *muß* sondern tun *darf* mit der Aussicht auf eine besondere Wirkung, wird er sich dazu bereit finden und an diese Arbeit nach innen gehen. Was aber für den einen Produkt eines besonderen Bemühens ist, ist für den anderen Ergebnis eines natürlichen Wachstums. So dort, wo ein alter Mensch auf der Bank vor seinem Hause sitzt, in die Weite schaut, schweigend, unbeweglich, stundenlang, die Hände auf dem Bauch gefaltet. Er tut nichts mehr, und doch „tut“ er gerade das Richtige. Dort wo er ist, dort wo er sitzt, dort wo er schaut, da geschieht etwas. Da geschieht Leben in seinem innersten Bereich. Das Nächste ist mit dem Unendlichen verbunden, und in geheimnisvoller Weise gehen die Wellen hin und her zwischen dem alten Menschen vor seinem Haus und der Ferne, in die er schaut, sei es das Meer, sei es die Ebene, sei es der Wald, seien es die Berge, sei es der Himmel; es kann aber auch der hohe Baum vor seinem Fenster sein oder die Wand seines Zimmers, ja selbst das Dunkel seiner erstorbenen Augen. In der Weise seines Schauens wird, was er sieht, zu einer Weise des Unendlichen, dem er sich selbst nun zugehörig empfindet. In diesem Hin und Her des Unendlichen, das sich in sich selbst bewegt, hat er seine Stille, eine leuchtende Stille, eine erfüllte Stille, eine gesegnete Stille. Ist er glücklich? Es paßt kein Wort zur Bezeichnung des Zustandes, der hier eintreten kann, aber da ist etwas, wo er sitzt, es ist erfüllt. Da ist keine Frage mehr, das kann *Leben* sein, wenn es in einem Menschen ganz zu sich selbst gekommen ist, auf einen Gipfel, der selbst die Wurzel aller Dinge ist. Und was kommt bei dieser Stille heraus? Vielleicht keine Veränderung in der äußeren Welt, wohl aber eine vom alten Menschen ausgehende Strahlung, in der Segen ist.

Es gibt nicht nur den rastlosen und dadurch von aller inneren Stille weit entfernten alten Menschen, sondern auch den in eine lethargische Unbeweglichkeit geratenen Alten. Wofern er überhaupt noch therapeutisch ansprechbar ist, das heißt, vor allem unter seinem Zustande leidet, gilt es, seine Lebensgeister und erst dadurch auch den Geist zu

einem neuen Leben zu erwecken. Hier hat die Beschäftigungstherapie ihren Platz. Nur dann aber wird sie ihre höhere Aufgabe erfüllen können, wo das, was sie dem alten Menschen bringt, mehr ist als ein bloßer Zeitvertreib. Aber auch wie sinnloser Zeitvertreib aussehende, weil automatisierte Bewegungsübungen oder Spiele können, wenn ein Alter überhaupt noch die Fähigkeit zum Innewerden seiner eigenen Tiefe besitzt, bisweilen den Zugang zu ihrem Erleben öffnen. So können, um nur ein Beispiel zu nennen, alte Frauen im Stricken zu einer glückhaften Stille kommen, die in ihrer Wesensbedeutung ins Bewußtsein zu heben, Aufgabe des Therapeuten ist.

## Praktische Übungen zur Personalen Leibtherapie

Zur Psychotherapie des alten Menschen gehört, je älter der Mensch ist, dem die Führung zuteil wird, die Anleitung zur rechten Weise, im Leibe da zu sein. Die eigentliche Aufgabe mit Bezug auf diesen Leib ist die Durchlässigkeit zum immanenten Wesen, zum eigentlichen Kern des Menschen. Dies hat die Lösung aller Verspannungen und Verkrampfungen zur Voraussetzung. Der königliche Weg zur großen Gelöstheit ist die rechte Übung des Atems. Hier ist er nicht als eine Einrichtung zum Lassen und Holen von Luft zu verstehen, sondern als der große Rhythmus des Sich-Öffnens und Sich-Wieder-Schließens, Sich-Hergebens und Sich-Wieder-Zurückempfangens. Immer steht am Anfang die Übung, sich im Ausatmen loszulassen. Genauer gesagt: sich im Ausatmen „oben“ loszulassen und sich in der Leibesmitte niederzulassen, um dann ohne eigenes Zutun den Einatem einfach zuzulassen.

Wo die Übung des Atems als ein Geschehenlassen gekonnt ist, kann hinzukommen ein planmäßiges Sich-Spürenlernen im ganzen Leibe. Der Übende durchwandert von Kopf bis zu den Füßen seinen Innenleib, immer sich am Ende des Ausatems dort, wo er gerade ist, loslassend. In dieser Übung, wo sie planmäßig wiederholt wird, lösen sich uralte Spannungen. Und weil Spannungen als Sprache des Leibes, der man ist, verhärtete Formen eines Mißtrauens sind, kann über den Leib, der man ist, im Loslassen auch Mißtrauen abgebaut werden, wie es oft den alten Menschen, z.B. wenn er schwerhörig wird oder nicht mehr gut sieht, erfüllt: Abbauen der Spannungen in den Schultern als Ausdruck des Mißtrauens gegen die bedrohende Welt; Abbauen der Spannung in der Höhe des Herzens, des Solarplexus und des Magens als Ausdruck des Mißtrauens gegen die verdrängte Emotionalität; Abbau der Spannungen im Unterleib als Ausdruck des Mißtrauens gegen die Tragkraft des Bodens, auf dem man sich bewegt.

Im stillen Dasitzen oder auch im Liegen den ganzen Leib durchwandern, ganz planmäßig Teil nach Teil wahrnehmen und spüren, Lenden- und Beckengebiet, Gesäß, Sitzknochen spüren - den Bauch wahrnehmen - es wagen, sich hineinzulassen in den Bauch-Beckenraum; weiter herunter die Oberschenkel, die Knie, die Waden, die Knöchel, die Füße, die Zehen spüren. Dann wieder ausgehend vom Kreuz-Lenden-Gebiet hinauf spüren, die Wirbelsäule entlang, in beide Rückenhälften, Schultern, Arme, Hände mit den Fingern; Nacken und Kopf, Gesicht, Hals, Brust, Magengegend und wieder in den Bauch-Becken-Raum zurückkehren. Solche Übungen gehören zu den Grundübungen der personalen Leibtherapie.

Alle Übungen werden erleichtert, wenn sie mit dem Atem koordiniert werden, da alles Lassen mit dem Ausatem, dem die natürliche Entspannung zugeordnet ist, geschieht. Insbesondere, wo schmerzende Stellen sind, muß man lernen, sich ausatmend in den Schmerz hineinzubegeben, die schmerzende Stelle, so paradox es klingt, mit dem Ausatem gleichsam freundlich zu umstreicheln und sich in den Schmerz einzulassen. Denn wo immer ein Schmerz ist, entsteht automatisch eine Spannung, die selbst mehr und mehr zum Schmerz beiträgt. All diese scheinbar nur der Beseitigung von körperlichen Schmerzen dienenden Übungen helfen, in der rechten Einstellung eine Verwandlung des ganzen Menschen zu bewirken, eine Verwandlung, die ein Reifen zur Gelassenheit bedeutet.

Der in der alten Tradition ausgebildete Psychotherapeut wird sich wundernd fragen, was solche Übungen mit seinem Auftrag zu tun haben. Diese Frage stammt aus einer Zeit, in der noch nicht unterschieden wurde zwischen dem Körper, den man hat, und dem Leib, der man ist. Da letzterer die Weise ist, in der der Mensch als Person, das heißt mit seinen personalen Haltungen sich ausdrückt und darstellt, aber auch festhält oder freigibt, bildet er ein natürliches Feld für eine befreiende und verwandelnde Einwirkung eines der personalen Verwandlung des ganzen Menschen zugewandten Therapeuten. Die Zeit des Psychotherapeuten, der glaubt, sich nicht um den „Körper“ kümmern zu müssen, ist vorüber.

Wenn der Mensch lernt, sich im stillen Gewährenlassen des Atems mehr und mehr ganz innen zu spüren, werden ihn dann und wann Qualitäten berühren, die etwas seltsam Beglückendes haben, ganz zart, aber ganz tief. Er soll dann nicht sagen: Das sind ja nur vorübergehende kleine, angenehme Gefühle; sondern er nehme die spezifische Qualität solcher Gefühle als Zeichen für das Auftauchen eines Neulandes. Solche kleinen, aus der Tiefe kommenden Gefühle sind wie die ersten Gräser oder Blumen im Frühling, die aus der Erde hervorkommen,

hier und dort nur, die eine oder die andere, und doch Vorzeichen für ein baldiges Hervorbrechen eines ganz neuen Lebens, das aus einer winterlichen Landschaft mit einem Mal eine Frühlingslandschaft zaubert. So etwas ist auch möglich im Hinblick auf die kalt und dürr gewordene Lebenslandschaft des alten Menschen. Es gibt einen neuen Frühling, nicht als ein Wiedererwachen von allerlei jugendlichen Kräften, sondern als ein Erwachen auf eine ganz andere Lebenswirklichkeit hin, in der es nicht mehr um das Tun geht, sondern um ein Sein. Hier sind die Augenblicke, in denen der Mensch nichts tut, die eigentlich wichtigen. Oder, wenn er etwas tut, ist auch das Tun, wo man es aus alter Gewohnheit beherrscht, mehr ein Geschehenlassen als ein Machen. Auch solche Augenblicke enthalten die Möglichkeit, die andere Dimension zu verspüren.

So wie durch das Wahrnehmen der Zeichen, die von der anderen Dimension zeugen, die Innenlandschaft des Menschen sich ändert, so ändert sich auch die äußere Welt, in der nun die alltäglichsten Dinge eine neue Bedeutung erhalten. Sie weist für den zu neuem Leben Erwachenden in ihrer raumzeitlichen Bedingtheit auf ein Überraumzeitliches hin. In der Möglichkeit dieser Erfahrung gewinnt dann die ohne Leistungslast zugelassene Welt für den nunmehr Gereiften einen neuen Sinn: den Sinn, als Welt ein Überweltliches zu manifestieren.

Altersreife als Prozeß ist eine fortschreitende Entdeckung der Innenseite der Welt. „Alles Sichtbare ist ein in einen Geheimniszustand erhobenes Unsichtbares“, sagt *Novalis*. So ist auch alles Hörbare ein in einen Geheimniszustand erhobenes Unhörbares, alles Tastbare ein in einen Geheimniszustand erhobenes nicht Tastbares. Mit einem Wort: hinter der Oberfläche der Welt verbirgt sich eine zugleich in ihr erscheinende und doch sich verbergende Tiefendimension des Seins, zu der hinzuspüren eine besondere Kunst ist. Eben diese Kunst gilt es, im Alter zu lernen. Dieses Erlernen bedarf der Muße, bedarf der Zeit, bedarf einer bestimmten Einstellung. Das erste, was es hier zu erlernen gilt, ist das Verweilen. Wir hasten für gewöhnlich über die Eindrücke unserer Sinne hinweg. Ja, nicht nur dies, die sinnlichen Qualitäten gehen unter, nicht nur im dichter werdenden Netz der sie ordnenden Begriffe, sondern gehen auch in der Hast unserer an allem immer nur vorübereilenden Bewegung verloren.

Der einfachste Versuch, den man machen und zu dem man den alten Menschen einladen kann, ist, einmal zu spüren, was in seiner Hand und seinen Fingern geschieht, die auf einer Tischplatte liegen, wenn er sie auch nur fünf Minuten nicht bewegt. Was spürt er dort? Am Anfang wird er sagen: „Diese Tischplatte - ich spüre etwas, das ist hart, das ist kühl“. Und das ist alles. Er verweile nur dabei, und alsbald wird

ein eigentümliches Leben seine Finger erfüllen, ein Prickeln, ein Spüren der verschiedenartigsten kleinen Bewegungen. Ein ganzes Leben erwacht in seinen Fingern, erst in den Kuppen, dann in den Fingern, dann in der ganzen Hand. Der Handrücken wird beteiligt, ein ganzes Reich von taktilen Qualitäten beginnt in seiner Hand aufzublühen. Es lebt, es steigt herauf, in den Unterarm, den Oberarm; schließlich spürt er, wie der armselige kleine Anfangseindruck: „hart und kalt“ sich zu einem Feld tausendfältiger Qualitäten entfaltet hat. Es ist wie ein Wunder.

Was hat das für einen Sinn? Von der Welt der Leistung her gesehen überhaupt keinen. Vom Inneren her gesehen ist es die Entdeckung einer Innenwelt, von der er bisher nichts wußte, die Entdeckung einer Unendlichkeit von Qualitäten, die sich hinter der nun arm erscheinenden Endlichkeit unserer gewöhnlichen Welt verbirgt. Und was wir mit dem Tasten vermögen, können wir mit dem Hören, dem Schmecken, dem Riechen und dem Sehen üben: Die Entdeckung eines übersinnlichen Sinnes aller Sinnesqualitäten.

Der Sinn jeglicher Übungspraxis, verstanden als *exercitium ad integrum*, bedeutet im Dienste des alten Menschen eine Verwandlung der Sicht des Lebens. Die Grenzen des alten Horizontes werden überschritten. Das Auge, das an der Oberfläche hängenbleibt, dringt durch zu einer bislang unbekanntem Tiefe. Der Ton des Seins wird hörbar, denn auf dem Weg nach innen wird der Mensch gleich einem Instrument in einer Weise gestimmt, daß der Ton des *LEBENS*, der immer erklingt, widerklingen kann. Der Alltag als Übung wird sich ihm dann letztlich zum Feiertag verwandeln.

Das klingt vielleicht euphorisch, und doch entspricht es, wo der Weg der Übung wirklich konsequent gegangen wird, dem hier tatsächlich aufgehenden Leben. Zumindest aber weist es die Richtung, in der gedacht, gefühlt und gehofft werden kann.

#### Literatur

Schriften von Graf Dürckheim

*Japan und die Kultur der Stille*, O. W. Barth-Verlag, München, 5. Auflage 1971.

*Im Zeichen der Großen Erfahrung*, O. W. Barth-Verlag, München, 3. Auflage 1974.

*Durchbruch zum Wesen*, Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart, 5. Auflage 1972.

*Erlebnis und Wandlung*, Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart, 5. Auflage 1956.

*Hara - Die Erdmitte des Menschen*, O. W. Barth-Verlag, München, 5. Auflage 1972.

*Der Alltag als Übung*, Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart, 5. Auflage 1972.

*Zen und Wir*, O. W. Barth-Verlag, München, 2. Auflage 1972.

*Die wunderbare Katze und andere Zen-Texte*, O. W. Barth-Verlag, München, 3. Auflage 1970.

*Sportliche Leistung - Menschliche Reife*, Verlag Wilhelm Limpert, Frankfurt a.M., 3. Auflage 1969. Vergl.

- Überweltliches Leben in der Welt - Der Sinn der Mündigkeit*, O. W. Barth-Verlag, München 1972, 2. Aufl.
- Der Ruf nach dem Meister - Der Meister in uns*, O. W. Barth-Verlag, München 1972, 2. Aufl.
- Der Mensch im Spiegel der Hand*, (in Zusammenarbeit mit Ursula von Mangoldt), O. W. Barth-Verlag, Weilheim, 2. Auflage 1966. Vergr.
- Transzendenz als Erfahrung*. Festschrift zum 70. Geburtstag von Graf Dürckheim, Hrsg. Maria Hippus, O. W. Barth-Verlag, Weilheim 1966. Vergr.
- Werk der Übung - Geschenk der Gnade*. Aufsatz in „Geist und Leben“, Echter-Verlag, Würzburg 1972.
- Die Ganzheit des Menschen als Integration von östlichem und westlichem Lebensbewußtsein*. Beitrag zur Festschrift zum 75. Geburtstag von Lama Anagarika Govinda, Hrsg. K.-H. Gottmann 1973.
- Meditative Praktiken*. Vortrag auf der 22. Lindauer Psychotherapiewoche 1972, in: „Praxis der Psychotherapie“, 1973.
- Vom Leib, der man ist, in pragmatischer und initiatischer Sicht*, in: H. Petzold (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974, 3. Aufl. 1979.
- Im Verlag Herder Freiburg-Basel-Wien, sind erschienen: *Meditieren - Wozu und wie*, Die Wende zum Initiatischen. 3. Aufl. 1977, 238 Seiten, kartoniert lam. DM 26,80, Bestell-Nr. 17606.
- Vom doppelten Ursprung des Menschen*, Herderbücherei Band 480, 4. Aufl., 272 Seiten, DM 6,90.
- Im Verlag Martin Lurz, München, ist erschienen: *Übung des Leibes auf dem inneren Weg*, 1. Aufl., 88 Seiten, 40 Abb., kartoniert, DM 10,80.
- Im Aurum-Verlag, Freiburg, ist erschienen: *Mächtigkeit, Rang und Stufe*, 1. Aufl., 64 Seiten, kartoniert, DM 8,50.

# Psychotherapie mit alten Menschen aus Daseinsanalytischer Sicht\*

*Perikles Kastrinidis, Zürich*

Diese Arbeit stellt einen Versuch dar, das menschliche Alter und seine krankhaften Störungen darzustellen, so wie sich diese einer daseinsanalytischen Betrachtungsweise gegenüber zeigen. Praktische Hinweise zur Psychotherapie sollen im dritten und letzten Abschnitt gegeben werden.

## I.

Wenn wir versuchen, das Wesentliche am Existieren alter Menschen zu erfassen, so genügt sicher der biologische Zugang nicht. Er liefert wohl zahlreiche aufschlußreiche Daten über die physiologischen und pathologischen Abbauerscheinungen des Körpers. Dieser wird dabei aber als Substrat oder ursächliche Bedingung der seelischen Erscheinungen des Menschen angesehen, die Abbauvorgänge als Ursache der zumeist psychisch und somatisch sich äußernden Krankheiten des Alters. Phänomenologisch gesehen ist der alte Mensch wesensmäßig, ebenso wie der junge und erwachsene Mensch, je schon auf eine ganz besondere, ihm eigene Weise auf das ihm in seiner Welt Begegnende bezogen. Seinem Grundcharakter nach existiert der Mensch nämlich, weltweit ausgespannt, einen Offenheits- und Lichtungsbereich, in welchem sich Anwesenheit von Anwesendem ereignet. Menschliches Existieren ist Vernehmen-können, indem es von Begegnendem angesprochen wird und dieses als so oder so bedeutsam vernimmt, und sich zu diesem Vernommenen immer schon irgendwie verhält. Dieser Offenständigkeitscharakter ist auch das eigenste Wesen der zum menschlichen Existieren gehörigen Grundzüge, nämlich der ursprünglichen Räumlichkeit, der Zeitlichkeit, des Leiblich-Seins, Gestimmt-seins, des Mit-seins und der Geschichtlichkeit sowie des Sterblich-seins.

Nun unterscheiden sich aber die einzelnen menschlichen Lebensabschnitte untereinander durch die verschieden starke Ausprägung bestimmter konkreter Vollzugsmodi der erwähnten Existenzialien. In

---

\* Aus dem Daseinsanalytischen Institut, Medard-Boss Stiftung, Leiter: Prof. Dr. Dr. Gion Condrau, Zürich.

Kindheit und Jugend sieht sich der Mensch aufgehoben in der seine Entfaltung überhaupt erst ermöglichenden Beziehung zu den „allmächtigen Eltern“. *Condrau* (1975, S. 227) beschreibt diesen Lebensabschnitt als charakterisiert durch die Bestimmtheit des Umsorgtwerdens und des Liebesbedürfnisses. Ihm entsprechen bestimmte Schwierigkeiten und damit verbunden bestimmte psychosomatische Krankheitsformen. Interessant ist denn auch die kindliche Einstellung zum Tode, der ja, wie ich jetzt schon vorwegnehmen möchte, für unsere Betrachtung des Alters einen ausgezeichneten Platz einnimmt. Für die Kinder zwischen 1 und 3 Jahren bedeutet der Tod Verschwinden, Abreise, Existenz an einem anderen Ort und unter anderen Bedingungen. Der Gedanke des individuellen Todes soll bei 5 bis 9-jährigen auftauchen, wobei das Sterben aber nicht als naturbedingter Vorgang, sondern prinzipiell als Folge von Gewalt und Feindseligkeit gesehen wird. In den folgenden Jahren beginnt das Kind, den Tod als irreversibles Geschehen zu sehen, eine Entwicklung, die mit rund 12 Jahren abgeschlossen sein soll (*J. E. Meyer*, 1974, S. 51). Danach übernimmt das Kind unserer Kultur die für die meisten Erwachsenen typische Beziehungsform zum Tode: es vermeidet, verharmlost, verleugnet und beschönigt ihn, kurz, es flieht vor dem Tode.

Im mittleren Lebensabschnitt, im Erwachsenenalter, ist der Mensch vornehmlich bezogen auf seine Mitmenschen, indem er den sogenannten Lebenskampf, der übrigens für viele moderne Menschen zum Lebenskrampf geworden ist, ausficht, sich dabei mit Familie, Beruf und sozialer Stellung auseinandersetzt. Das Erbringenmüssen von Leistungen und das Erfüllenmüssen verschiedenster diesbezüglicher Forderungen färbt dann auch die für diesen Lebensabschnitt typischen psychoneurotischen und psychosomatischen Krankheiten, wie sie von *Condrau* (1975, S. 197 f.) beschrieben worden sind. Wen wundert es also, daß unter solchen Umständen so etwas wie die Endlichkeit, das Sterbenmüssen und sogar Sterbenkönnen menschlichen Existierens keinen Platz finden und fortlaufend vor ihnen geflohen wird.

Wenn wir nun versuchen, die zuvor schlagwortartig erwähnte ausgezeichnete Stellung des Todes für den alten Menschen näher zu erläutern, so muß vorerst Grundsätzliches zum Tod und Sterblichsein menschlichen Existierens erwähnt werden. Den Menschen eignet ein Wissen um ihr Sterblichsein, sie heißen daher auch seit altersher die „Sterblichen“. Die Erfahrung dieses Sterbenmüssens erfolgt zunächst immer vom Sterben anderer Menschen her, welches meist als allgemein übliches Vorkommnis abgetan und mit dem eigenen Tod kaum in Beziehung gebracht wird. Letzterer wird damit zu einem „irgendwann einmal“ eintretenden Ereignis, welches in ferner Zukunft noch aus-

steht. Ungewiß ist das Sterben nämlich nur hinsichtlich des Zeitpunktes des Todeseintrittes. Das Sterben und die Endlichkeit gehören aber immer schon von Anfang an unserem Existieren selbst zu und sind uns mit dem Ins-Leben-kommen als Möglichkeit eigen. „Vom ersten Atemzug seines Lebens an stirbt dann auch der Mensch jeden Augenblick ein wenig“ (Boss 1977, S. 65). Zugleich aber ist das Sterben die äußerste und unüberholbare Existenzweise des Menschen, der alle anderen als vorläufige und überholbare vorgelagert sind. Diese Einsicht in das endgültige Ende des leibhaftigen menschlichen Existierens läßt aber auch die Unwiederbringlichkeit jedes einzelnen Lebensaugenblickes gewahr werden und hängt eng mit dem Vollzug der Zeitlichkeit des Menschen zusammen. „Im Zeit-haben für das oder jenes und im Vollzug dieser Verhaltensmöglichkeiten zeitigt sich das Da-sein im Sinne seines Sich-entfaltens und Sich-austragens. Es verbraucht seine Zeit und erbringt schließlich ... das eigene Sterben als Austrag der äußersten, unüberholbaren Daseinsmöglichkeit“ (Boss 1971, S. 268).

Neben den beiden genannten Charakteristika gehört noch zum Tode, daß er unsere eigenste und unbezügliche Existenzmöglichkeit darstellt. Damit ist gemeint, daß jeder von uns seinen eigenen Tod selbst zu sterben hat, sich also dabei nicht, wie bei vielen anderen Verhaltensweisen im Laufe des Lebens, vertreten lassen kann. Und unbezüglich ist das Sterben deshalb, weil der sterbende Mensch dabei als leibhaftig Existierender gleichsam aus allen Bezügen herausfällt und dieses Leben in Vereinzelung ohne die gemeinsame Welt seiner Mitmenschen beendet.

Wir meinen nun, daß mit Hilfe dieser wesentlichen Merkmale des menschlichen Todes, die Heidegger in „Sein und Zeit“ (1972, S. 255 f.) ausführt, verschiedene am alten Menschen konkret sichtbare Phänomene, namentlich bestimmte psychische und psychosomatische Störungen, leichter verständlich werden. Wenn sich der alte Mensch nämlich, wie wir eingangs sagten, tatsächlich in der Nähe des Todes aufhält, ja sogar „dem Tode entgegenstrebt“ (Condrau 1975, S. 227), dann müssen dessen Sterblich-sein und Tod und, damit eng verbunden, dessen Zeitlichkeit, Leiblich-sein und Mit-sein in ihrem konkreten Vollzug das Alter in besonderer Weise prägen und die gesamte Existenz in spezifischer Weise durchwalten. Deshalb wird auch bei den meisten Altersforschern das Alter ganz allgemein als psycho-somatisches und soziologisches Problem betrachtet. Daher sind auch die Befunde, welche uns Biologie, Medizin, Psychologie und Soziologie mit ihren naturwissenschaftlichen Untersuchungen über den Altersvorgang zur Verfügung stellen, von eminenter Wichtigkeit. Ihren eigentlichen Stellenwert erhalten sie aber erst vor dem Hintergrund der phänomenolo-

gischen Auslegung der menschlichen Existenz überhaupt und deren Sterblich-sein im besonderen.

Was heißt es aber nun im einzelnen, wenn bestimmte Vollzugsmodi der vorhin erwähnten Existentialien beim alten Menschen vorwalten? Einmal heißt das, daß der alternde Mensch durch die verschiedenen sogenannten körperlichen Abbau- und Involutionenvorgänge mehr oder weniger rasch und brutal auf die Möglichkeit seines eigenen Lebensendes aufmerksam gemacht wird. Er erfährt die gestörten leiblichen Vollzugsmöglichkeiten seines Existierens zumeist als ausgeprägte Einschränkung und Schrumpfung seiner Welt, ganz ähnlich, wie dies sonst bei Krankheiten allgemein der Fall ist, weshalb ja immer wieder in der medizinischen Forschung die Frage auftaucht, ob das Alter selbst nicht eine Krankheit sei. Zum anderen verändert sich der faktische Austrag des Miteinander-seins in einer gemeinsamen Welt der Mitmenschen dadurch, daß diese dann immer mehr wegsterben (Freunde, Verwandte) oder schon im Erwachsenenalter stehend ihr eigenes Leben leben (Kinder). Zahlreiche soziologische Arbeiten weisen eingehend auf die soziale Situation und den sozialen Status der Alten in den verschiedensten menschlichen Gesellschaften hin. Dabei wird meist deutlich, wie isoliert und ausgeschlossen von der „eigentlichen“ menschlichen Gesellschaft viele Alte sind, wie sie also die Vereinzelung und Unbegrenzbarkeit, die ja wesensmäßig dem Sterben zugehören, offenbar schon vor dem faktischen Tod erfahren und letzteren von daher vernennen können bzw. müssen. Die wie immer gearteten Bedingungen, die zu der erwähnten Isolation führen, sind Gegenstand der soziologischen und psychologischen Studien, ähnlich den biologisch-medizinischen Untersuchungen über die Bedingungen des körperlichen Abbaus, Studien, die zu erklären versuchen, wie ein bestimmter vorliegender Sachverhalt entstanden ist, ohne aber über dessen Wesen Aufschluß geben zu können.

Weiter erwähnten wir das Vorwalten eines bestimmten Vollzugs des Existenzials der Zeitlichkeit beim alten Menschen. Wenn von etwas Altem die Rede ist, so ist schon zum Vorhinein so etwas wie Zeit darin enthalten. Und zwar in der Weise, daß dessen Zeit beinahe gänzlich abgelaufen ist. Wenn dem Menschen in früheren Lebensabschnitten immer noch ein unbestimmtes Maß an Zeit zur Verfügung stand, in welcher diese oder jene Verhaltensmöglichkeit noch vollziehbar blieb und er sich mit dem Aufschieben auf diesen Zeitpunkt vorübergehend beruhigen konnte, so ist dies im Alter solcherart erfahrungsgemäß nicht mehr möglich. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, daß dank der modernen naturwissenschaftlichen Medizin wohl der Altersdurchschnitt der Bevölkerung gestiegen ist, jedoch die Anzahl von

rund 100-jährigen Menschen gleichgeblieben sein soll (J. Wunderli 1971, S. 31). Daß die Lebenszeit in Jahren meßbar ist, ist aber nicht das Wesentliche an der Zeit selbst noch am Existential der Zeitlichkeit als dem wesensmäßigen Sich-Zeitigen. Eine zusätzliche Erörterung des Wesens der Zeit selbst würde hier jedoch zu weit führen.

Wichtig aber ist es hier die Beziehung des Menschen zur Zeit zu erwähnen. Hierzu folgende Ausführungen von Boss (1971, S. 268, 269): „Dieser Aufenthalt, dieses Wohnen (gemeint ist das Existieren des wesensmäßigen Offenheitsbereiches, das In-der-Welt-sein des Menschen) des Menschen in der Welt ist dadurch charakterisiert, daß es in ihm gleich ursprünglich aber nicht gleichmäßig solches gibt, was auf ihn zukommt, was gegenwärtig ist und was schon war.“ Und: „Uns in unserer Welt aufhaltend, erstrecken wir uns immer zumal in die drei zeitlichen Dimensionen, Erstreckungen oder Ekstasen der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft hinein.“ Der Mensch „hat“ also Zeit, indem er Zukünftiges gewärtigend, sinnhaft wahrnehmbar Anwesendes gegenwärtigend und Gewesenes behaltend ist. Die Zukunft aber als Fülle des zu Gewärtigenden ist beim alten Menschen eng geworden und läßt außerdem das Sterben näher rücken, für viele in bedrohlicher Weise, namentlich für jene, die im Erwachsenenalter hauptsächlich vor ihm geflohen sind, wie ich dies anfangs beschrieben habe.

Durch das Enger-Werden der Zukunft als dem für das menschliche Existieren zur Verfügung stehenden Zeit-Raum wird sich aber der faktische Bezug des Menschen zum Gegenwärtigen und zum Gewesenen verändern. Und in der jeweiligen Entscheidung, sein Da-sein so oder eben anders zu vollziehen und damit zu zeitigen, wird sich die uns alle angehende Frage nach dem Sinn dieses Vollzuges, dieser Zeitigung, also des Da-seins überhaupt, in viel stärkerem Maße als früher im Leben aufdrängen. Die Art des Verhältnisses des alten Menschen zu dieser Frage nach dem Sinn ist aber, wie Condrau (1975, S. 227) sagt, oft entscheidend über dessen Schicksal.

## II.

Bevor wir nun im nächsten Abschnitt auf die eigentlichen Krankheiten des Alters eingehen, soll nicht unerwähnt bleiben, wie ein freies Verhältnis des Menschen zum Tode verstanden werden kann und welche Folgen für den in solcher Weise einsichtigen Menschen sich daraus ergeben würden. Zu diesem Zwecke sollen hier einige Zitate aus dem „Grundriß“ von Boss (1971, S. 312 und 313) eingeblendet werden: „Das nicht-flüchtige, nicht verdeckende, das wahrhaft menschenwürdige Verhalten zum Tode besteht in einem unablässigen Festhalten und

Aushalten des Wissens um das eigene Sterblich-sein. Einzig ein solches ‚Sein zum Tode‘ schafft die Voraussetzung für ein immer neues Zurückholen des Daseins aus der Verlorenheit und Verfallenheit an die Dinge des alltäglichen Betriebes zu ihm selbst.“ -- „Erst im steten Aushalten des Wissens um das Sterblich-sein als eigenste unüberholbare, unbezügliche und gewisse - nur hinsichtlich des Zeitpunktes des Todes-eintrittes ungewisse - Existenzmöglichkeit erkennt der Mensch seine Verantwortlichkeit für jeden Augenblick seines Daseins.“ -- „Das ehrliche, offene und eigentlich menschliche Stehen zum Sterblich-sein stellt zudem auch alle anderen Verhaltensmöglichkeiten eines Da-seins an ihren richtigen Platz. Sie erscheinen in der ihnen gemäßen Perspektive als jene Existenzweisen, die der äußersten, unüberholbaren des Sterben-könnens gleichsam als vorläufige und überholbare vorgelagert sind. Aus solcher Einsicht entgeht das Da-sein jeder Gefahr einer Verabsolutierung der einen oder anderen der vordergründigen Verhaltensmöglichkeiten und jeder Versteifung auf eine solche.“ -- „Das Freiwerden für die eigene äußerste Möglichkeit des Sterbens schließt zugleich ein Sich-frei-geben für die Mitmenschen ein und erlaubt ein begründetes Verstehen und Bewerten der Existenzmöglichkeiten der Anderen.“

Kommen wir nun auf die einzelnen psychosomatischen Krankheiten im Alter zu sprechen, so muß zunächst gesagt werden, daß hier unter „psychosomatisch“ nicht eine bestimmte Kausalbeziehung von etwas „Psychischem“ zu etwas „Somatischem“ und nur wenige, ganz bestimmte Krankheitsbilder vor allem des Erwachsenenalters gemeint sind, sondern eine ganz bestimmte neurosenpsychologische Zugangs- und Betrachtungsweise. Demnach müssen die Wesensmerkmale des Alters, die aufzuzeigen im vorhergehenden Abschnitt versucht wurde, in irgendeiner Form in den Alterskrankheiten aufscheinen. Und zwar auf eine Weise, die einerseits den spezifischen Weltbezug des jeweiligen gestörten Existierens sichtbar werden läßt, andererseits die Nähe oder Ferne vom Verständlich-sein eines Phänomens als Austragungsmodus eines bestimmten Weltbezuges, wobei ersteres die Organ- oder Symptomwahl und letzteres die Krankheitswahl bestimmt. Der phänomenologische Zugang zu beeinträchtigten Leibphänomenen menschlichen Existierens läßt sich in konzentrierter Form mit folgendem Satz von *Boss* (1977, S. 59) kennzeichnen: „... stellt eine sachgerechte Lehre ... (gemeint: der gestörten Leibphänomene) ... prinzipiell immer nur die dreifältige Frage: Auf welche besondere Art und Weise ist das ‚Leiben‘ welcher Beziehungsmöglichkeit eines Kranken gegenüber welchem Begehenden gestört?“

Bewußt wurden die Leibphänomene hervorgehoben, weil die meisten Erkrankungen des Alters sich im „somatischen“ Bereich äußern

und von gewissen Autoren auch als psychosomatisch im Sinne von psychisch bedingt betrachtet werden. Wahrscheinlich sind es nur gewisse Depressionen und schizophrene Psychosen des Alters, die als rein „psychische“ Störungen im eben genannten Sinne zu betrachten wären. Erwähnenswert ist hier, daß auch naturwissenschaftlich orientierte Altersforscher betonen, „... daß es müßig ist, nach scharfen Grenzen für die Sonderung psychogener von organischen oder auch endogenen Affektionen zu suchen“ (Mueller 1967, S. 115).

Auch diese Forscher befassen sich vielmehr mit der „Situation“ des alten Menschen ganz allgemein. Die rein naturwissenschaftlich, technisch-medizinische Zugangsweise beim alten Menschen scheint sich also in besonderer Weise als eine diesem nur in engen Grenzen angemessene und zuträgliche zu enthüllen. Die Krankheiten lassen sich nicht mehr so leicht einordnen wie in früheren Lebensabschnitten, sie treten beim Alten auch nicht als einzelne, sondern meist als mehrere gleichzeitig auf, und ein eigentliches „organisches Substrat“ kann eher selten mit genügend hoher Wahrscheinlichkeit als die „Grundlage“ der Beschwerden ausgewiesen werden.

In ihrem Verlauf sind die Alterskrankheiten meist langdauernd, neigen zum Chronifizieren, oder sie sind perakut, foudroyant und führen rasch zum Tode, sie zeichnen sich also häufiger durch eine besondere Lebensgefährdung aus.

Wie vielleicht aufgefallen ist, haben wir bei der Erwähnung im Alter vorwaltender konkreter Vollzugsmodi bestimmter einzelner Existenzialien diejenigen des Gestimmt-seins des Da-seins noch nicht erwähnt. Dieses gehört, ebenso gleichursprünglich wie die anderen Existenzialien natürlich immer schon zum Existieren hinzu, also auch zum Existieren des alten Menschen. Nur steht das Gestimmt-sein hier in viel unmittelbarerem Zusammenhang und in der viel direkteren Auseinandersetzung mit dem faktischen Alt-Werden und dem In-naher-Zukunft-sterben-müssen. Man findet hier zumeist bei alten Menschen ein stimmungsmäßiges Eingeengtsein und die Angst, sich daraus nie mehr befreien zu können. Für diese Menschen entwaschen dem Alter nur Verluste, Verzichte, Versagungen. Die Entlastung von Beruf und Familie wird zur bedrückenden Überlastung, und der nahende Tod erscheint ihnen „... als das Auslöschen des Da-seins im leeren Nichts und als das Ende aller Dinge ...“; sie halten sich nur in der einen extremen Verhaltensmöglichkeit zum Tode auf, in der sie „... ihn als die Vernichtung von allem panisch ...“ (Boss 1971, S. 310 und 311) fürchten. Sie sehen sich durch den Tod lediglich vor ein nihilistisches Nichts gebracht, vor ein absolutes Ende. Das äußerliche Tun und Handeln,

der alltägliche Betrieb mit seiner typischen Form des „Ausweichens in Abhängigkeit, Anpassung, berufliche Leistung und Expansion“ (nach *Mattussek*, in: *Condrau* 1975, S. 234) verliert einerseits seine Absolutheit und kann andererseits vom alten Menschen gar nicht mehr bewerkstelligt werden wie im Erwachsenenalter. Der Mensch wird so auf sich selbst zurückgeworfen, hört den nun kaum mehr vermeidbaren Ruf des Gewissens, versucht Bilanz zu ziehen und sieht sich plötzlich vor die Frage nach dem Sinn gestellt. Diese besondere Gestimmtheit des Eingeengt-seins und der Angst wird denn auch im wesentlichen die verschiedenen Formen sowohl der im Alter erstmals auftretenden Erkrankungen als auch den bekannten Wandel vorbestehender Störungen im Alter mitbestimmen, auf welchen wir später noch kurz zu sprechen kommen werden. Es wird darauf ankommen, wie der Mensch diese besondere Weise des Gestimmt-seins im einzelnen erfährt, wie er sich dazu zu verhalten vermag, ob und wie er diese spezifischen Bezüge abwehrt oder in ihnen aufgeht.

Hier nun die psychosomatisch bedeutsamen Erkrankungen im Alter (nach *Condrau* 1975, S. 226):

1. Akute abnorme psychosomatische und psychoreaktive Dekompensationen in körperlichen oder psychischen Grenzsituationen.
2. Hypochondrisch-neurasthenisch gefärbte, chronische „Altersneurosen“.
3. Gehäuftes Auftreten von pruritus ani et vulvae, arthritische Beschwerden, chronische Obstipation, Altersmigräne, klimakterische Beschwerden, Harninkontinenz (Psychosomatische Krankheiten des Alters im engeren Sinn).
4. Cardio-vasculare Erkrankungen: Angina pectoris und Myokard-Infarkt.
5. Altersdepressionen, Suizidversuch und Suizid, Altersmanien.
6. Chronische maligne Erkrankungen (Karzinom).

Die akuten abnormen Dekompensationen sind rasch einsetzende „Zusammenbrüche“ von Menschen, die ihren bisherigen, sie gänzlich ausmachenden Beziehungs- und Lebensrahmen durch ein plötzliches Ereignis verloren haben. Eine solche Situation, die den Menschen über seine eigenen Grenzen hinaus fordert und stellt, ist im Alter viel häufiger zu finden als früher. Wie erwähnt, kann dies zu einem Zusammenbrechen der gesamten Existenz und damit zum Tode innerhalb von Tagen führen, zu einer „psychosomatischen Selbstaufgabe“ (*Condrau* 1975, S. 232). Andere Menschen können im Anschluß an solche Situationen tief depressiv werden. Dann herrscht die allen Depressionen gemeinsame Problematik von existenzieller Verantwortung, Schuld und

Sinnhaftigkeit des Lebens vor. Nach *Mueller* (1967, S. 140) finden sich im Alter nämlich außer diesen, zu den reaktiven Depressionen zu zählenden, noch verspätete Involutionsdepressionen (die im Durchschnitt früher, im 45. bis 60. Lebensjahr auftreten), eigentliche „endogene“, periodische Depressionen, Erschöpfungsdepressionen und senile Depressionen mit psychoorganischem Syndrom. Dabei wird aber festgehalten, daß sich Altersdepressionen durch ein atypisches Erscheinungsbild und einen atypischen Verlauf auszeichnen und im Durchschnitt länger dauern, daß das Wahndenken stärker als in früheren Lebensepochen in Erscheinung trete und die innere Auseinandersetzung mit dem herannahenden Tod im Sinne von *Schultz* (ebd. S. 140, 141) eine große Rolle spiele.

Es ist daher wichtig, das Wesen dieser depressiven Verfassungen zu verstehen, was weder durch das Studium von auslösenden Faktoren noch nur durch eine genaue deskriptive Beschreibung ihres Erscheinungsbildes möglich ist. Phänomenologisch betrachtet sind Melancholiker nämlich Menschen, die erfahren haben, „... daß es den wesentlichen Sinn des Mensch-seins schlechthin ausmacht, dem Begegnenden mit allen einem Menschen zu eigen gegebenen existenziellen Verhaltensmöglichkeiten zu antworten und es in deren freien Bereich zu seiner Entfaltung kommen zu lassen. Gerade solches aber vermochten die bisher gründlich genug untersuchten zukünftigen Melancholiker nie. Wohl vernahmen sie seit jeher die Appelle, die von dem sich ihnen Zeigenden her an sie ergingen, und blieben solchem Anspruch auch während der melancholischen Verstimmungen fortwährend ausgesetzt ... Indem sie aber die Appelle des Begegnenden zwar grausam genug zu hören bekamen, ihnen jedoch nicht mit ihrem Eigensten entsprechen konnten, blieben sie ihrem Da-sein in der Tat von Tag zu Tag mehr schuldig. Dieses Zurück- und Schuldigbleiben hinsichtlich des Vollzuges ihres Existierens erfuhren sie als jenes, worin ihre unaufhörlichen, vergangenheitsbezogenen Selbstbezeichnungen gründeten, so abstruse und wahnhaftige Formen diese zunächst auch immer hatten annehmen mögen“ (*Boss* 1971, S. 477).

Aus dem Zitierten geht hervor, daß die einzelnen Schuldgefühle und Schuldbezeichnungen erst auf dem Hintergrund einer existentiellen Schuldhaftigkeit des Da-seins verstehbar werden. Dieses existenzielle Schuldig-sein jedes einzelnen Menschen bezieht sich auf den Austrag der ihm je eigenen Möglichkeiten, hinter welchem wir aber wesensmäßig immer zurückbleiben müssen, da uns jeweils nur immer ein bestimmter Vollzug möglich ist und wir laufend unserer Existenz noch das zukünftig zu Vollziehende schulden. Dieses wesensmäßige Immer-schon-schuldig-sein anzunehmen und als Möglichkeit zu übernehmen,

versuchen viele der Altersdepressiven zeitlebens zu vermeiden und zu umgehen. Dies führt einerseits zu dem bekannten, als prämorbidem Persönlichkeitsstruktur bezeichneten Verhalten der meisten Altersdepressiven, und andererseits eben zur Depression, wenn die Möglichkeiten für die Vermeidungshaltung erschöpft sind und damit die Schuld und das Eingengt-sein zum Vorschein kommen. Es muß aber gesagt werden, daß diese Menschen den Gewissensruf, wenn auch in verzerrter oder wahnhafter Form, immerhin noch hören und zu einer Auseinandersetzung aufgerufen werden. Der Ausgang dieser Auseinandersetzung ist jedoch alles andere als vorhersehbar, wird er doch durch die wohl eigensten Charakteristika des Menschen, nämlich Offenheit, Freiheit und Verantwortung, sich von dem Begegnenden so oder anders in Anspruch nehmen zu lassen, entscheidend mitbestimmt. Auf besonders brutale Weise werden wir mit dieser Freiheit auch durch die Suizide und Suizidversuche im Alter konfrontiert, welche meist mit radikaleren Mitteln als in früheren Lebensphasen verübt werden. *Mueller* (1967, S. 129) schreibt, daß sich praktisch alle Autoren einig seien, daß der Großteil der Suizide und Suizidversuche im Alter als Flucht vor alterstypischen Konfliktsituationen aufzufassen sei.

Nur kurz erwähnt werden sollen hier noch die manischen Zustände im Alter, die ähnlich wie die Depressionen im Gefolge von Verlust- und Grenzsituationen auftreten können. Auch dabei ist das Vernehmen dieser Menschen hochgradig abgeblendet, obschon sie sich selbst als „gesund wie noch nie“ bezeichnen. Wir greifen aus dem Kapitel über die Manie bei *Boss* (dort ohne Berücksichtigung eines bestimmten Lebensalters) die Beschreibung des Vollzugs der Zeitlichkeit bei den Manikern heraus: „In diesem Wirbel wird ihre gesamte Vergangenheit, aber auch ihre ganze Zukunft in den jeweiligen gegenwärtigen Augenblicken zusammengerissen. Dies wiederum hat eine Aufblähung ihres momentanen Existierens zur Folge. Sie gibt sich in einem schrankenlosen, aber leeren und bodenlosen, ganz und gar selbstbezogenen Allmachtsgefühl kund“ (1971, S. 475).

Als ein weiteres, für das Alter typisches Krankheitsbild wurden die Altersneurosen erwähnt, die meist mit neurasthenisch-hypochondrischen Beschwerden und chronischem Verlauf einhergehen. Auffällig ist, daß im Alter die für den Erwachsenen noch charakteristischen einzelnen Neuroseformen (z.B. Angstneurose, Phobie, Zwangsneurose, Hysterie, depressive Neurose, narzistische Neurose, Borderlinestruktur) nicht mehr so deutlich unterschieden werden können. Vielmehr wird eine einheitliche, eben eurasthenisch-hypochondrische Symptomatik mit Beschwerden wie „Schwäche, Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und mannigfachen, nicht objektivierbaren körperlichen

Störungen“ gefunden (Mueller 1967, S. 118). Beim Versuch, diesen Sachverhalt zu verstehen, müssen wir auf das früher über Krankheits- und Organwahl Gesagte zurückkommen. Aus der Fülle dieser Beschwerden bei Altersneurosen läßt sich ersehen, wie vielfältig die gestörten Bezüge dieser Menschen sind, aber auch in welche Ferne vom Verständlichsein dieser Phänomene als Austragungsmodi spezifischer, zum Teil mitmenschlicher Weltbezüge sie abgerückt sind. Bei Mueller (1967, S. 119) finden wir bezüglich des Symptomwandels vorbestehender Neurosen im Alter auch Ernst zitiert mit den Sätzen: „Das Leiden zieht sich gleichsam von der leichtverständlichen Ausdruckssprache in die schwerer entzifferbare Organsprache zurück“, und „von der Gebärde zur Beschwerde“. Versuchen wir nun, die erwähnten Beschwerden zu verstehen, so läßt sich sagen, daß sich darin ganz allgemein die Selbstwertproblematik dieser alten Menschen austrägt, welche die zugrundeliegende Angst nicht als solche zulassen und sich ihr verschließen.

Mit Selbstwertproblematik ist hier aber nicht eine Dysregulation des Selbstwertgefühls beim Narzismus entsprechend der psychoanalytischen Theorie gemeint, sondern Selbstwert im Sinne des Sich-messens am Begegnenden, des Angemessen-antworten-Könnens, des eigentlichen Entsprechens. Das ist es gerade, was diese Alterskranken nicht vermögen, wengleich sie den Zuspruch selbst umso stärker zu vernehmen imstande sind.

Ähnliches wie die Vereinheitlichung und Abblassung des syndromalen Bildes bei den Altersneurosen kann nun bei den auch als psychosomatisch im engeren Sinne zu bezeichnenden Störungen gefunden werden. Auch hier ist es so, daß die für frühere Lebensabschnitte typischen Krankheitsbilder im Alter nicht mehr in dieser Form in Erscheinung treten (wie z.B. Anorexia nervosa, Asthma bronchiale, Ulcus ventriculi et duodeni, Colitis ulcerosa, essentielle Hypertonie, Migräne, Allergien). Dazu stellt Mueller (1967, S. 119) die Frage, „ob psychosomatische Krankheiten im Alter in anderer Form als früher auftreten und ob sie ihre relative Spezifität etwa gerade deshalb verlieren, weil als Substratum vermehrt abnutzungsbedingte körperliche Krankheiten und Gebrechen ‚zur Verfügung stehen‘, in welche sich die psychische Problematik einbettet, ohne daß sozusagen ‚aus dem Nichts‘ ein neues, eben typisch psychosomatisches Krankheitsbild geschaffen würde“. Die Lokalisation und die Art der erwähnten Symptome entspricht auch sicher den Abnutzungserscheinungen des Alters, nur bleibt zu fragen, ob es überhaupt so etwas wie „rein physikalisch-chemisch bedingte Abnutzungserscheinungen“ am menschlichen Existieren gibt. Solche Erscheinungen müßten dann als sinnlos angesehen

werden. Da sie aber als diese Erscheinungen immer nur Teilphänomene menschlichen Existierens sind, stellen sie selbst schon das Leibliche oder das Leiben ganz spezifischer Weltbezüge dar. Das bedeutet aber nun z.B. für arthritische Beinbeschwerden, daß das Leiben-können der Verhaltensmöglichkeit des Stehens, Gehens, Unterwegs-Seins, Auf-etwas-Zugehens oder Von-etwas-weg-Gehens direkt und unmittelbar betroffen ist, vergleichbar vielleicht mit einer angeborenen Mißbildung der Extremitäten. Für die Therapie hingegen ist neben dem Erkennen des Bedeutungsgehaltes der jeweiligen „abgenutzten“ leiblichen Sphäre des Existierens vor allem die damit verbundene Gestimmtheit des Menschen von Bedeutung.

Als letzte bleiben uns noch die kardio-vasculären und die chronischen malignen Erkrankungen, die wohl als die häufigsten Leiden alter Menschen unserer Kultur betrachtet werden dürfen. Beide zeichnen sich einmal durch ihre fast epidemiehafte Zunahme in jüngster Zeit (ähnlich wie bei den Jugendlichen die Süchtigkeit), zum anderen durch die Lebensgefährdung aus. Deshalb sind sie auch Gegenstand der intensivsten medizinischen und psychosomatischen Forschung. Schon seit längerem sucht man Momente und Zusammenhänge in einer multifaktoriellen Ätiologie dieser Leiden als einem Gesamtbild ihrer Entstehung zu vereinigen. Für den Myokardinfarkt kennt man Risikofaktoren und Risikopersonlichkeit. Phänomenologisch betrachtet handelt es sich bei der Koronarsklerose (mit Angina pectoris und Myokardinfarkt) um die, aus dem offenen mitmenschlichen Bereich massiv abgedrängte, in ihrem leiblichen Vollzug schwer gestörte Existenzweise des freien Durchströmen-lassens von eigenem Herzhaften, welches solcherart unterernährt und vernachlässigt, oft nur noch in entstellter Form durch die Aufblähung von Leistungsmäßigem hindurch zu seinem Austrag kommen kann. Die den Angina-pectoris-Anfall begleitende Enge und Vernichtungsangst ist jener Anteil am krankhaften Geschehen, welcher noch im Mitmenschlichen freien Zulaß findet, wenngleich im Erleben dieser Kranken nur im Sinne von „organisch Verursachtem“. Diese sind nämlich keineswegs dafür offen, daß sich gerade in diesen Gefühlen ihre eigentliche Gestimmtheit austrägt. Hingegen sehen sie in ihrem herzlosen, starren Leistungsverhalten absolut nichts Krankhaftes, darin fühlen sie sich sogar als besonders gesund. Es stellt sich die Frage, ob die Zunahme der Herzinfarkte nicht auch in einem größerem Zusammenhang mit der immer weniger herzlich werdenden, dafür nur mehr auf Planung, Berechnung, Absicherung, Objektivierung und Bemächtigung ausgerichteten Einstellung der modernen Leistungs- und Industriegesellschaft zu sehen ist.

Auf der anderen Seite stehen bei den Karzinomkranken, wie *Con-*

*drau* (1975, S. 236) es beschreibt, Versagensgefühle im Vordergrund. Wie Untersuchungen nachweisen konnten, finden sich bei diesen Menschen Stimmungen der schmerzvollen Isoliertheit, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Sie fürchten das Ende, möchten aber auch nicht weiterleben. In der „Medizinischen Psychologie“ geht *Condrau* auf diese Untersuchungen näher ein und beschreibt auch einen entsprechenden Fall (1975, S. 235 f.). Er geht auch auf die bisherigen Theorien der Karzinomentstehung ein und sagt schließlich über diese Kranken, daß bei ihnen „... die zerstörerische Depression ... im organisch malignen Gewebszerfall nur noch stumm zum Austrag komme“. Gemeint ist dabei eben eine Depression, die schon zeitlebens zugunsten einer äußerlich unveränderten Lebenshaltung abgewehrt worden war. Das gilt es bei Karzinomkranken neben allen rein medizinischen Belangen immer mitzubedenken.

### III.

Wir kommen nun zum Abschnitt über die eigentliche Praxis der Therapie mit alten Menschen. Wiederum soll Prinzipielles vorausgeschickt werden. Individuelle Psychotherapie ist im Wesentlichen eine Beziehung zweier Menschen zueinander, die unter bestimmten Rahmenbedingungen vollzogen wird. Und zwar verstehen wir unter eigentlich-analytischer oder großer Psychotherapie jene Heilbehandlung neurotisch-unfreier Menschen, bei welcher innerhalb der therapeutischen Beziehung, das heißt dem auf ganz spezifische Weise vollzogenen Miteinander-sein von Analytiker und Analysand, ein Freierwerden des Analysanden ermöglicht wird. Das Spezifische dieser Beziehung zeigt sich zunächst in der Aufforderung nach völliger Wahrhaftigkeit (dem Alles-sagen), welcher sich der Analysand freiwillig unterzieht, und weiter in der Beanspruchung seines Durchhaltewillens, sooft Krisen auftreten. Andererseits ist der Analytiker gehalten, seinen Analysanden mit gleichbleibender Aufmerksamkeit und ernsthaftem Wohlwollen wahrhaftig zu begegnen, damit dieser in der größeren Offenheit des Analytikers seiner eigenen Möglichkeiten gewahr werden und diese in einer Art Probewelt als die seinigen zu übernehmen erlernen kann.

Diese Behandlungsform stellt eine enorme Gewährung wie Versagung seitens des Analytikers gegenüber dem Analysanden dar, sie dauert zumeist jahrelang und kann schon deshalb nicht bei allen Menschen ausgeführt werden. Es muß also bei Beginn einer Psychotherapie das Augenmerk darauf gelegt werden, welche möglichen Hindernisse seitens beider Beteiligter sich diesem mutigen Unterfangen in den Weg

stellen könnten. Es versteht sich von selbst, daß dabei dem Analytiker die weitgehende Verantwortung zufällt. Andererseits pflegen wir beim Beurteilen der Voraussetzungen für eine Psychotherapie uns soweit wie möglich Einblick zu verschaffen in die Ansprechbarkeit des Analysanden für diese Weisen menschlichen Existierens, welche ihm gerade verschlossen sind und die er flieht. Es erübrigt sich zu sagen, daß dem Analytiker die minimalsten Hindernisse sowie die maximalste Ansprechbarkeit diesen abgewehrten Lebensbezügen gegenüber zu erwarten sind: eine Erwartung, die zu erfüllen wir im wesentlichen während der psychotherapeutischen Ausbildung erlernen müssen.

Darin ist nun Wichtiges für die Psychotherapie Alterskranker enthalten. Aus der Beschreibung der Alterskrankheiten selbst geht ja hervor, wie mannigfaltig die Hindernisse einer befreienden Öffnung sind und wie mangelhaft die Ansprechbarkeit dafür ist, was in einer solchen Öffnung aufzugehen vermag und zugänglich werden könnte. Wie man aus dem Bisherigen entnehmen kann, geht es ja beim todesnahen Menschen gerade um die Annahme von Vollendung und Untergang. Zu dieser individuellen, reduzierten Ansprechbarkeit alterskranker Menschen für Sterben und Untergang kommen aber auch medizinische und soziale Gegebenheiten hinzu, die diese weiter beeinträchtigen. So zeigt Meyer (1974, S. 56) anhand eines Beispiels, wie „die Effektivität der modernen technischen Medizin ... das Problem einer sinnvollen Behandlung alter Menschen noch erschwert“. Er betont: „Es ist wohl so, daß ein Verhalten des Kranken, wie es die anderen oder die Institution Krankenhaus von ihm erwarten, nämlich Selbstbeherrschung und Kooperation, nur durch eine solche weitgehende Verleugnung der Realität erreicht und aufrechterhalten werden kann. Ich meine damit, daß möglicherweise die Verdrängung nicht nur aus der Angst des Kranken vor Sterben und Tod entsteht. Vielleicht gäbe es Wege zu einer mehr adäquaten Einstellung zur eigenen Krankheit, wenn auch offene Verzweiflung und eine als Regression zu bezeichnende kindliche Anklammerung von seiten der Pflegenden und Behandelnden zugelassen würden - eine Änderung des Umgangs mit dem Kranken, die an das Personal hohe Anforderungen stellt.“

Die Voraussetzung einer analytischen Therapie, wie wir sie für das Erwachsenenalter beschrieben haben, sind also beim alten Menschen weniger gegeben. Sie führt zur Begegnung mit Fragen nach Untergang, Ende, Sterben; Fragen, die heute in vielleicht ähnlicher Weise tabuisiert sind wie zu Freuds Zeiten die Sexualität. Ich glaube daher, mit anderen, daß von verschiedenen Punkten der „klassischen“ Analyse abzugehen ist. Der Therapeut muß eine „aktivere“ Haltung einnehmen, das heißt, von sich aus den Bedeutungsgehalt der krankhaften mensch-

lichen Phänomene des Alters als Fragen aufwerfen. Er muß aber auch den Mut und die Geduld haben, den massiven Widerstandsversuchen der alten Kranken standzuhalten, an denen solche Psychotherapien häufig scheitern. Oftmals muß er sich damit bescheiden, daß eine „äußere“ oder symptomatische Lösung zur momentanen Beruhigung des Patienten führt und damit das therapeutische Vorhaben vorläufig zurückgestellt werden muß. In einigen Fällen haben wir erlebt, daß nach solchen kurzfristigen Behandlungsabbrüchen die Beziehung zum Therapeut doch bestehen blieb und der Patient nach einiger Zeit, offenbar durch neuerliche Störungen wieder verunsichert, sich von selbst wieder beim Therapeut meldete und dann zugänglicher als vorher war. Es scheint uns wichtig, solche Situationen gerade nicht als Therapieversagen zu sehen, sondern als die Auseinandersetzung des Patienten mit sich selbst und vor allem mit seinem Therapeuten. Je offener der Therapeut nämlich für die Wahrheit der Situation des Alterskranken ist und je freier er sich diesem als authentischer Mitmensch zur Verfügung stellen kann, umso leichter wird es dem Kranken fallen, seine gesamte Existenz, mag diese sich auch fast nur noch krankhaft vollziehen, in die therapeutische Beziehung hineinzulassen. Ist dies erst wirklich geschehen, wird es dem Patienten möglich sein, Platz zu schaffen, Raum frei zu machen, offener zu werden für das, was uns bei gesunden alten Menschen begegnet. Solches pflegt man mit Worten wie Weisheit, Reife, Freude am Neuen und Jungen, Weitblick und Zufriedenheit zu benennen.

Die Wahrheit, die es für den Therapeuten zu sehen gilt, ist aber nicht zu verwechseln mit Richtigkeit. *Ahnson* (1975, S. 59) hat diese Frage ausführlich beschrieben. Seine Ausführungen sind ganz besonders wichtig für den Umgang mit faktisch Sterbenden und beziehen sich vor allem auf das Problem der Mitteilung von Diagnosen an unheilbar Kranke.

Zum gesunden Existieren des alten Menschen gehört auch noch das Trauern-können. Damit ist hier nicht die psychoanalytische Trauerarbeit gemeint, also „die intrapsychische Verarbeitung eines Objektverlustes durch Zurückziehung der Libido von diesem Objekt“. Wie *Meyer* (1974, S. 53) festhält, hat diese Theorie sogar „... dazu beigetragen, die selbstverständliche Beziehung zwischen Trauer und Tod aufzulösen, indem sie Trauer zunehmend als *Terminus technicus* verwandte.“ Er betont in der gleichen Arbeit, daß sich im Trauern „... aber auch nacherlebend ein Stück Todeserfahrung ...“ vollzieht.

Wir wollen Traurigkeit als Grundbefindlichkeit des Daseins verstehen, als „... die schmerzliche Einsicht in die Endlichkeit des Daseins und dessen wesensmäßiges Losgetrennt- und Abgerissen-sein vom Ab-

soluten und Unbedingten ...“ (Boss 1971, S. 298). Es ist nun wesentlich hinzuzufügen, daß mit der so verstandenen Traurigkeit die Frage des „Danach“ (Meyer 1974, S. 50) eng verbunden ist. Boss (1971, S. 311) kommt diesbezüglich auf die besondere Gestimmtheit der heiteren Gelassenheit zu sprechen und sagt: „Deshalb gibt es auch Menschen, die das Sterben in heiterer Gelassenheit anzunehmen vermögen. Sie erfahren den Tod als den Vollzug jener Existenzmöglichkeit, die das Da-sein zwar in seiner Ganzheit umfaßt, vollendet und beendet; gerade als solche aber in einem Unverfügbaren gründet. Dem Da-sein, das sich zu einer gelassenen Heiterkeit dieser Art zu weiten und zu befreien vermag, wird am Phänomen des Todes mit besonderer Eindringlichkeit offenkundig, daß die Existenz des Menschen nichts in sich Geschlossenes ist. Das Sterblich-sein des Menschen zeigt ihm vielmehr, daß Mensch-sein ständig auf jenes ganz Andere hin offensteht, das den Menschen als den gelichteten Bereich eines Vernehmens von Bedeutsamkeiten in Anspruch nimmt und ihn als die notwendige Voraussetzung dafür braucht, daß überhaupt etwas als dieses oder jenes Seiende zum Vorschein und in sein Anwesen hinein kommen kann.“ Und zur Frage des Danach sagt Boss (1977, S. 69) ganz direkt folgendes: „Vielmehr könnte sich (gemeint ist beim Sterben) bloß das von Anbeginn an einheitliche menschliche Existieren in seinem Seinscharakter derart verändern, daß es den zuvor als sein Leiblich-sein vorliegenden Wesenszug aufgibt und ihn in verwandelter Seinsart, in Gestalt eines bloß noch vorhandenen leblosen Naturkörpers, in Gestalt eines Leichnams aus sich herausfallen läßt.“ Und er fährt fort: „Vermutlich wird im Sterben das zuvor als menschliche Existenz Seiende in seiner Seinsart im ganzen so verwandelt, daß es in jenes zurückgenommen wird, das Heidegger das Nichts zu nennen pflegte ... ‚Nichts‘ wird es ... einzig und allein deshalb genannt, weil es das ganz Andere im Vergleich zum höchsten Seienden ist. Das so gemeinte Nichts ist im Gegenteil die vollste Fülle, die alles bloß Seiende aus sich heraus als Seiendes zu entlassen vermag.“

Wie Sie gemerkt haben, stellen die beiden letztgenannten Zitate von Boss ausdrücklich *Vermutungen* dar. Jeder Therapeut aber, der alte und sterbende Menschen zu begleiten hat, wird sich wohl auch damit auseinandersetzen haben, da ihm gerade von diesen diese Frage jederzeit gestellt werden kann.

Bei allem Aufzeigen der Probleme in der Psychotherapie soll hier nicht einer Untherapiebarkeit der Alterskranken das Wort geredet werden. Auch soll dies nicht so verstanden werden, daß man in Ermangelung der Voraussetzungen für sogenannte „aufdeckende“ Ver-

fahren auf „zudeckende“ Verfahren zurückgreifen müsse. Vielmehr gilt es, das Wesentliche der Daseinsstruktur des alten Menschen zu sehen und zu versuchen, aus dieser Sicht heraus auf dem tragenden Boden der therapeutischen Beziehung dem alten Menschen offen und wahrhaft zu begegnen.

Zum Schluß sei noch ein Beispiel einer altersneurotischen Störung erwähnt. Es handelt sich um einen 57-jährigen Mann, der vom praktischen Arzt eines Kurortes an den Psychotherapeuten überwiesen worden war. Der Patient weilte dort wegen schwerer vegetativer Dystonie und Schlaflosigkeit. Dem Kurarzt war die tiefgestörte Beziehung des Mannes zu seiner Ehefrau aufgefallen, und er sah dies als Ursache der psychosomatischen Beschwerden an. Beim Psychotherapeuten stellte sich folgendes heraus: der Patient, Werkmeister eines Betriebes, war seit rund 25 Jahren in kinderloser, unbefriedigender Ehe verheiratet. Als initiativer und kulturell interessierter Mann beklagte er vor allem den intellektuellen Niveauunterschied zu seiner Frau. Angeblich wegen ihres Bildungs- und Interessemangels habe er seit langem neben ihr hergelebt. Einige zaghafte Versuche während der letzten Jahre, ein intimes Verhältnis zu einer anderen Frau zu erreichen, scheiterten letztlich an der Ablehnung durch diese. Mit dem Älter-werden (der Patient sieht auch älter aus, als er ist) stellten sich gehäuft Angstzustände und vor allem eine Impotenzangst ein. Nach einer neuerlichen Abweisung durch eine Frau geriet der Patient dann in die oben beschriebene Verfassung. Es muß noch erwähnt werden, daß der Patient Beziehungen zu jüngeren Menschen ablehnt, „weil diese keine geistigen Interessen hätten“, und auch kaum Kontakt zu Gleichaltrigen pflegt (z.B. Arbeitskollegen), da ihm diese als stumpfsinnig erscheinen. Er hätte eigentlich einen akademischen Beruf erlernen wollen und eine intellektuelle Frau heiraten wollen, die ihm auch Kinder hätte schenken sollen.

Fast jede Nacht fuhr ihm träumend der Zug davon. Der Patient kam regelmäßig zu spät zum Zug, weil er etwas vergessen hatte. Im Wachen wurde er vom Gefühl geplagt, den Aufbau eines „normalen“ Lebens verabsäumt zu haben. Rund ein Jahr nach Therapiebeginn, als Angst und Schlaflosigkeit praktisch verschwunden waren, meinte er, seinem Leben durch eine Flucht ins Ausland bei Nacht und Nebel eine entscheidende Wende geben zu können. Seit kurzem bestand damals eine Liebesbeziehung zu einer rund 45-jährigen Frau, die im nahen Ausland lebte, bei welcher der Patient - seit Jahren auch erstmals wieder - sexuell potent war. Dem Therapeut begegnete der Patient sehr bald mit Zutrauen und Achtung, wie etwa ein gelehriger Schüler seinem Lehrer gegenüber. Häufig eröffnete der Patient das therapeutische Gespräch, indem er dem Therapeuten mitteilte, welche Erkenntnis er

aus neuen wissenschaftlichen Publikationen der Psychologie und Soziologie gewonnen hatte. Der Therapeut zeigte dafür einerseits Interesse, versuchte aber andererseits, immer eine Verbindung zu seinem konkreten mitmenschlichen Verhalten aufzuzeigen. Von sich aus neigte der Patient nämlich dazu, seine sicherlich traumatische Kindheit in intellektueller Weise als Ursache seines jetzigen gestörten Existierens im Alter wiederholt zu beklagen. Auf diese Weise konnte er sich sowohl von seiner faktischen Lebenssituation entfernen als auch freiere Möglichkeiten der Zukunft fernhalten. Auch ließ das jahrelange Enttäuscht-Sein über die Unterlegenheit seiner Frau seine eigene Beziehungsstörung Frauen gegenüber sowie sein eigenes mangelndes Selbstvertrauen als Mann lebenslang im Dunkel verbleiben.

Daraus läßt sich verstehen, wie der Patient, nun vor Beginn des 7. Lebensjahrzehntes stehend, schon durch die Zurückweisung seitens einer Frau, die er nur kurzfristig und oberflächlich kannte, in einen Zustand vermehrter Angst und leiblich ausgetragenen Versagens (vegetative Dystonie) geraten konnte, welches Versagen vor allem auch den leiblichen Vollzug seiner eigensten Männlichkeit betraf (erektive Impotenz). Licht in dieses Dunkel zu bringen, ist an sich Aufgabe einer Psychotherapie. Unser Patient jedoch trägt sich 1 Jahr nach Therapiebeginn mit Fluchtgedanken ins Ausland, ohne sich unser Verständnis für seine altersneurotische Störung angeeignet zu haben. Er ist vielmehr in der ablehnenden Haltung seiner Frau und seinen Berufskollegen gegenüber erstarrt und distanziert sich vermehrt von diesen, indem er sich wissenschaftlich bildet. Hingegen konnte er sich während der Therapie in eine neue Beziehung zu einer Frau auf eine Weise einlassen, die ihn sexuell einigermaßen befriedigt, jedoch nur vorübergehend zu Ferienzeiten, da diese im Ausland lebt. Auch die Tatsache, daß ihn sein Bildungshunger vorwiegend mit Fragen der Psychologie vertraut macht, läßt eventuell das Bedürfnis nach vermehrter Selbsterkenntnis wirksam bleiben. Da diese Therapie noch im Gang ist, müssen wir uns auf die Schilderung ihres jetzigen Standes beschränken. Die derzeitige Therapiesituation kann aber als typisch bezeichnet werden, da sie zur Entscheidung führen wird, ob der Patient innerhalb der Therapie und der Beziehung zum Therapeut offener für sein Existieren werden kann, oder ob er tatsächlich sein Glück in einer Vertiefung der kurzen Ferienbeziehung suchen möchte, wengleich dies nur durch einen Bruch mit seinem bisherigen Leben möglich wäre. Für den Therapeut ist es vor allem in dieser Situation besonders wichtig, seinen Patienten zu verstehen und offen zu bleiben für dessen eigene Entscheidung, auch wenn diese zunächst von der Therapie wegzuführen scheint.

### Literatur

- Ahnson, E.*, Die Wahrheit am Krankenbett, Furche, Hamburg 1975.
- Boss, M.*, Grundriß der Medizin, Hans Huber, Bern 1971.
- , Das Verhältnis von Leib und Seele im Lichte der Daseinsanalytik; in: *Leiben und Leben* (Hrsg.), G. *Condrau* und A. *Hicklin*, Benteli, Bern 1977.
- Condrau, G.*, Medizinische Psychologie, Kindler, München 1975.
- Heidegger, M.*, Sein und Zeit, Niemeyer, Tübingen 1972.
- Meyer, J. E.*, Einstellungen zu Tod und Sterben in der Gegenwart; in: *W. Bit-ter*, (Hrsg.), *Alter und Tod-annehmen oder verdrängen?*, Klett, Stuttgart 1974.
- Mueller, Ch.*, Alterspsychiatrie, Thieme, Stuttgart 1967.
- Wunderli, J.*, Mensch und Altern, Karger, Basel 1971.



# Logotherapie mit alten Menschen\*

Uwe Böschmeyer, Hamburg

Aus zwei Gründen soll im ersten Teil dieser Arbeit zunächst das Selbstverständnis der Logotherapie dargestellt werden. Zum einen: Die von dem Wiener Professor für Neurologie und Psychiatrie *Viktor E. Frankl* begründete Therapie ist im Bereich der mitteleuropäischen Psychotherapie vergleichsweise noch unbekannt. Zum anderen: Wie kaum eine andere therapeutische Methode erschließt sich das Vorgehen der Logotherapie erst dem, der ihre anthropologischen Voraussetzungen kennt.

## 1. Was ist Logotherapie?

### 1.1 Die Sinnfrage als Mitte der Logotherapie

*Frankls* Therapie repräsentiert - nach der Psychoanalyse *Freuds* und der Individualpsychologie *Adlers* - die, wie sie verschiedentlich genannt wurde, „Dritte Wiener Richtung der Psychotherapie“. War für *Freud* das primäre Movers menschlichen Handelns das Streben nach Erfüllung von Triebansprüchen und für *Adler* das nach Erfüllung von Geltung und Macht, so sieht *Frankl* den Menschen „im Grunde“ ausgerichtet auf die Erfüllung von Sinn. Der „Wille zum Sinn“ ist das Grundmotiv menschlicher Existenz, ist ein anthropologisches Motiv *sui generis*. Das heißt nicht, daß *Frankl* Lust- und Geltungsstreben doketisch leugnete, - diese Strebungen sind seiner Auffassung nach jedoch nicht die primär bestimmenden Motive des Menschen. Bestimmend werden sie erst dann, wenn sie „hineinwuchern“ in das „existentielle Vakuum“, z. B. eines neurotisch Erkrankten, der angesichts seiner Störungen die Frage nach dem Sinn seiner Existenz nicht mehr beantworten kann.

Ist der Wille zum Sinn das Primärmotiv eines jeden Menschen, so ist die Frage nach dem Sinn ein zentrales Problem der Psychotherapie, und deshalb kommt ihr sowohl diagnostisch als auch therapeutisch ein

---

\* Herzlich danke ich meiner Mitarbeiterin Gisela Hipp für ihre Hilfe bei der Vorbereitung dieses Aufsatzes.

hervorragender Stellenwert zu. Die Sinnfrage ist für *Frankl* also kein nur philosophisches Sujet elitärer Patientenkreise, sie hat vielmehr vitale Bedeutung für jeden Menschen und ist darum nicht gebunden an Alter und Geschlecht, Kulturkreis und Bildungsschicht. Jeder Mensch fragt - ob bewußt oder unbewußt - nach Sinn, denn er glaubt an Sinn: „Ob er es will oder nicht, ob er es wahrhat oder nicht - der Mensch glaubt an einen Sinn, solange er atmet. Noch der Selbstmörder glaubt an einen Sinn, wenn auch nicht des Lebens, des Weiterlebens, so doch des Sterbens. Glaubte er wirklich an keinen Sinn mehr - er könnte eigentlich keinen Finger mehr rühren . . .“ (*Frankl* 1972).

Für die Logotherapie heißt nach Sinn fragen nicht, nach dem Grund der eigenen Existenz oder dem Sinn des Weltganzen, sondern als konkreter Mensch in einer konkreten Situation nach einer konkreten Aufgabe zu fragen. Weil kein Mensch dem anderen gleicht, ist der jeweilige Sinn person- und situationsbezogen.

Ist die Sinnfrage das Konstituens der Person und wird der Mensch, so die Anthropologie der Logotherapie, als eine leiblich-seelisch-geistige Einheit und Ganzheit verstanden, dann bedeutet das einerseits, daß die unzureichend oder gar nicht beantwortete Sinnfrage pathogen, und andererseits, daß Sinnfülle eine reale Möglichkeit zur Überwindung somatischer und psychischer Störungen sein kann. Deshalb sagt *Frankl* (1933): „Ich kann mir nicht vorstellen, daß etwas einen Menschen mehr dazu befähigt, subjektive Beschwerden und objektive Schwierigkeiten zu ertragen oder zu überwinden, als das Gefühl, eine Aufgabe zu haben - eine Mission!“

## 1.2 Die anthropologische Fundierung der Logotherapie

Die „sinn-zentrierte“ Psychotherapie *Frankls* hat zur Voraussetzung die Annahme zweier „fundamental-anthropologischer“ Gegebenheiten des Menschen: seiner Fähigkeit zur „Selbst-Transzendierung“ und „Selbst-Distanzierung“. Das heißt: Er ist grundsätzlich „weltoffen“, fragt über sich selbst hinaus nach den Werten und Aufgaben, nach dem für ihn geltenden, auf seine Person hin „zugeschnittenen“ Sinn (= Logos). Diesen Sinn kann er grundsätzlich nicht nur wahrnehmen, er kann ihn grundsätzlich auch - aufgrund der ihm eigenen Freiheit und Verantwortlichkeit - erfüllen. Mit anderen Worten: Das Menschsein geht nicht auf in der geschlossenen Entelechie des Individuums, sondern ist bezogen auf eine „objektiv geistige Welt“ von Werten (vgl. *Frankl* 1971, S. 53ff), auf die hin der Mensch sich transzendiert und die ihm Sinnfindung möglich macht - trotz aller genetischer, psychischer oder sozialer Bedingtheiten.

Das bedeutet im Blick auf unser Thema: Wenn es stimmen sollte, daß jeder Mensch Sinn will und ihn „im Grunde“ auch in den auf ihn zugeschnittenen Aufgaben finden kann; wenn es stimmen sollte, daß Freiheit und Verantwortlichkeit eine bleibende Möglichkeit eines jeden Menschen sind, so daß das Leben grundsätzlich nicht mißlingen muß, so hätte auch der alte Mensch trotz der für ihn spezifischen Probleme die reale Möglichkeit, ihnen so zu begegnen, daß seine Lebensqualität nicht nur nicht gemindert, sondern u. U. sogar noch gesteigert werden könnte. Ehe wir jedoch diese Gedanken weiterverfolgen, muß noch kurz die Rede sein davon, wie sich denn Sinn finden lasse.

### 1.3 Nicht Sinngebung, sondern Sinnfindung

Weil der Mensch einzigartig und also auch sein Sinnbezug einzigartig ist, ist der spezifische Sinn einer Person nicht objektivierbar und deshalb nicht machbar. Das heißt: Der Therapeut kann Sinn nicht „verordnen“. Sinnfindung ist und bleibt immer die Aufgabe dessen, der ihn sucht.

Frankl unterscheidet drei Wertkategorien, die ihm für seine therapeutische Arbeit wichtig sind und den Ratsuchenden leiten auf seiner Suche nach Sinn. In den verschiedenen Lebenssituationen hat der Mensch die Möglichkeit, a) „schöpferische“ Werte, b) „Erlebnis“- und c) „Einstellungswerte“ zu verwirklichen, die sein Leben sinnvoll machen können.

*ad a)* Das der Arbeitsfähigkeit entsprechende Schaffen kann einem Menschen Sinn geben. Dabei ist nicht entscheidend, was, sondern wie er schafft.

*ad b)* Sinnvoll kann Leben auch dann sein, wenn der Mensch die „Welt“ in der Schönheit der Natur, Kunst etc. „erlebt“.

*ad c)* Was aber bleibt dem Menschen, der vor allem leidet? Gerade er kann zu höchster Sinnfindung gelangen. Diese Möglichkeit steht ihm offen, wenn er sich nicht mit seinem Leiden identifiziert, sondern sich von ihm zunächst distanziert, um schließlich eine der Situation entsprechende sinn-volle Einstellung zu ihm zu finden.

### 1.4 Die Spannung zwischen Empirie und Ontologie

Die für die logotherapeutische Anthropologie ungelöst bleibende Spannung zwischen empirischer und ontologischer Betrachtungsweise kann Ärgernis erregen. Doch dieses Ärgernis wird jeder erregen, der den Versuch macht, den Menschen nicht nur in kausalgenetischen Kategorien zu beschreiben. Als Neurologe und Psychiater denkt Frankl

einerseits streng naturwissenschaftlich, andererseits aber begibt er sich auf philosophisches Feld, um die „Ganzheit“ des Menschen beschreiben zu können. Denn der Mensch ist für ihn weder nur Natur noch nur Geist, und entsprechend kann *Frankl* ihn eben weder nur natur- noch nur geisteswissenschaftlich beschreiben. Zur Philosophie treibt ihn nicht intellektuelle Spiellust, sondern die in der Praxis gewonnene Erfahrung, daß sich wesentliche Fragen des Menschseins, so die Frage nach dem Sinn, von einem nur naturalistisch konzipierten Menschenbild nicht verstehen lassen (*Böschmeyer* 1977, S. 122f).

## 1.5 Zur Gesprächsführung

Die Logotherapie hat keine eigene systematisierte Methodik der Gesprächsführung entwickelt. Dieser vermeintliche Mangel ist begründet in dem Verständnis des Menschen als einer einzigartigen und einmaligen Persönlichkeit. Der Dialog zwischen dem Therapeuten und dem Patienten muß logotherapeutischem Verständnis nach „offen“ bleiben, damit der Patient, ohne von einem methodischen Konzept oder einem therapeutischen Vorverständnis eingeengt zu werden, sich selbst in seiner ganz spezifischen Problematik zur Sprache bringen kann. Offen bleiben muß das Gespräch aber auch noch aus einem anderen Grunde: „Der psychotherapeutische Dialog, der nicht auf einen (transzendenten, Anm. v. Verf.) Sinn hin ‚eröffnet‘ wird, dessen Rahmen also nicht auch schon gesprengt wird, bleibt ein Dialog ohne Logos“ (*Frankl* 1971, S. 230). M.a.W.: Aus logotherapeutischer Sicht ist von entscheidender Bedeutung, daß das Gespräch auch zu einer Konfrontation des Patienten mit jenen Fragen und Themen führt, die seine geistigen Bedürfnisse betreffen, jene Bedürfnisse, die jeden Menschen - ob sie ihm bewußt sind oder nicht - tangieren und zu seinem Menschsein dazugehören, wie z. B. die Frage nach dem Sinn.

Will man nun trotzdem von einer „Methode“ der Gesprächsführung sprechen, so ließe sich sagen, daß die Logotherapie eine „sokratische Tendenz“ hat und also versucht, in „personaler Begegnung“ dem Patienten zu helfen, in ihm Verschüttetes freizulegen, Verzerrtes zu entzerren und Geahntes bewußtzumachen. Generell gilt für die Logotherapie, daß sie grundsätzlich offen ist für alle therapeutischen Methoden. Jeder Logotherapeut sollte sich deshalb bemühen, mit allen Methoden vertraut zu sein, im Einzelfall jedoch dem Patienten person- und situationsbezogen begegnen.

Die möglichst vorurteilslose, gesprächsmethodisch freie Begegnung ist insbesondere für die therapeutische Arbeit mit alten Menschen erforderlich, „denn ihm geht es“, so *N. Petrilowitsch* (1968, S. 5) in sei-

ner Rechtfertigung des logotherapeutischen Gesprächsverständnisses, „in erster Linie um innere Stimmigkeit, er möchte als ‚Herr seiner selbst‘, als ‚gefestiger Charakter‘ (*Wellek*) sein Gesamtverhalten mit seinem eigenen Selbstbildnis zur Deckung bringen; er möchte in seinem Streben nach einem hochindividuellen, personengebundenen ‚normativen Gleichgewicht‘ gerade die heteronomen, von außen herangebrachten Einflüsse eliminieren“. Diesem Wunsch des alten Menschen kommt nach Auffassung *Petrilowitschs* die Logotherapie entgegen: „Diesem Bedürfnis nach Echtheit und Eigenständigkeit in geistiger Autonomie und damit der personalen Würde des gereiften Menschen . . . trägt die Existenzanalyse (= Logotherapie, Anm. v. Verf.) grundsätzlich Rechnung, indem sie . . . sich darauf beschränkt, dem Patienten die Fülle möglicher Werthaltungen zu demonstrieren, ihn zugleich aber in persönlicher Entscheidungsfreiheit beläßt“.

Wenn nun im Folgenden von logotherapeutischer Arbeit mit alten Menschen die Rede sein soll, so wollen wir zunächst - in Konsequenz des anthropologischen Ansatzes *Frankls* - nicht nur den Problem-, sondern auch den Möglichkeitshorizont zu zeigen versuchen, den das Alter mit sich bringt bzw. anbietet.

## 2. Logotherapie mit alten Menschen

### 2.1 Zur Phänomenologie des Alters

#### 2.1.1 Das Defizit-Modell

„Ursprünglich wurden dem Menschen vom Schöpfer 30 Lebensjahre zugestanden. Mit dieser kurzen Spanne war der Mensch aber unzufrieden, und so nahm der Herrgott dem Esel, dem Hund und dem Affen einige Jahre ab und gab sie dem Menschen. Demgemäß hat nun der Mensch die ersten 30 Jahre seines Lebens zueigen, die nächsten 18 Jahre muß er sich placken wie ein Esel. Zwischen dem 48. und 60. Lebensjahr liegt er dann - dem Märchen zufolge - in der Ecke, knurrend und zahnlos wie ein alter Hund, und wenn es hochkommt, sind ihm noch weitere 10 Jahre beschieden, in denen er närrisch wird wie ein Affe“<sup>(8)</sup>).

Dieses Märchen, in dem das Alter als Verfall und Abbau, als defizienter Lebensmodus gewertet wird, bestimmt m. E. immer noch das Bewußtsein weiter Kreise unserer Bevölkerung. Wie konnte es zu dieser negativen Einschätzung des Alters kommen, die den alternden Menschen in seinem Selbstbild stark beeinflußt?

#### 2.1.2 Die Verwechslung von Leistungsveränderung und Leistungsabfall

Ein wesentlicher Grund für diese Entwicklung bestand in der Verwechslung von Leistungsveränderung mit Leistungsabfall. Diese Ver-

wechslung läßt sich für den Bereich des körperlichen Altersprozesses gut am Beispiel der Alterssichtigkeit zeigen: Im Laufe des Lebens schiebt sich der Punkt des schärfsten Sehens vom Auge fort. Ist für einen 10-jährigen die normale Sehdistanz etwa 10 cm, so liegt sie beim 30-jährigen bei 30 cm. Im Alter entwickelt sich daraus die Altersweitsichtigkeit. Dann wird eine Brille notwendig, nicht, weil sich die Sicht verschlechtert, sondern weil sie sich verändert. Daß Veränderung von Leistung mit Abfall von Leistung unzulässig identifiziert wird, sieht auch die Psychologie: Häufig fühlt der alternde Mensch sich durchaus noch leistungsfähig, doch paßt er sich den Negativ-Erwartungen der Gesellschaft an. So wird seine Leistungsbereitschaft und -fähigkeit reduziert, weil Leistung von ihm nicht mehr erwartet wird.

Wo nun tatsächlich von „Abnahme“ der Leistungen die Rede sein muß, ist sie nicht in jedem Fall negativ zu werten. Verringern sich z. B. die Möglichkeiten der Sinneswahrnehmungen und -fähigkeiten, so werden die Bilder, die der alte Mensch von der Welt gewinnt, zwar blasser und unvollständiger, zugleich aber transparenter und konzentrierter. So entdeckt man an Alterswerken bedeutender Maler zwar weniger Formbestandteile, dafür aber wird das Wesentliche eindeutiger und klarer ausgesagt. Details und Kleinigkeiten treten im Blickfeld des alternden Menschen zurück. Er wird in mancher Weise frei und kann in großen Linien denken. Dieser Gedanke führt uns weiter zur Frage nach dem Eigen-Wert und den damit verbundenen neuen Möglichkeiten des Alters.

### *2.1.3 Der Eigen-Wert des Alters*

Wir gehen davon aus, daß der Auf- und Abbau, den es in jedem Lebenslauf gibt, keineswegs geradlinig verteilt ist im Sinne eines positiv zu wertenden „Auf“ und eines negativen „Ab“, sondern vielschichtig ineinandergreifend zu stetiger Erneuerung, zum stetigen Umbau. Wohl müssen wir die Andersartigkeit der verschiedenen Entwicklungsstufen sehen, zugleich aber erkennen, daß jede neue Stufe einen Fortschritt darstellt, dem ein Eigenwert zuzumessen ist. Wie kann es nun geschehen, daß uns auch das Fortschreiten in die Lebensstufe des Alters noch als Fortschritt erscheint?

Die Offenheit für die neuen Möglichkeiten in dieser Stufe wird gewiß dort größer sein, wo Menschen sich bewußt auf das kommende Alter einstellen - innerlich und äußerlich - und Abschied nehmen von der voraufgegangenen Phase. Das, was bei jedem Übergang von einer Lebensstufe zur anderen von größter Wichtigkeit ist: das Los-lassen, wird vom alten Menschen u. U. in mehreren Bereichen seines Lebens gleichzeitig gefordert (Beruf, Partner, Familie, Wohnung, Gesundheit

etc.). Los-lassen erleben nun viele alte Menschen nicht nur als ein bitteres „Muß“, sie entdecken an sich auch die sie beglückende Fähigkeit, los-lassen zu können. Vieles einst Begehrenswerte hat sich ihnen als irrelevant, vieles vermeintlich Unentbehrliche in seiner Relativität zum tatsächlich Wichtigem erwiesen. Und oft haben sie die Erfahrung gemacht, daß Verlust nicht immer ärmer macht. In dem Maße, in dem sie loslassen können, gewinnen sie neue Freiheit. Hier nun kommt eine wichtige Aufgabe und Chance auf die alternden Menschen zu: die verbliebenen, die veränderten und die neuen Möglichkeiten und Fähigkeiten miteinander sinnvoll zu verbinden, die Freiheit zu gestalten nach eigenem Können.

Es gibt Fähigkeiten, die in jeder Phase des Lebens gebraucht werden, uns aber vor allem durch alte Menschen vermittelt werden können: So erschließen sich dem alten Menschen im Rückblick auf sein bisheriges Leben größere Zusammenhänge; manche Begebenheiten erhalten ihre Einordnung, und manchem Leid kann der ihm angemessene Stellenwert gegeben werden. Aus einer solchen Einordnung kann Weitsicht und Gelassenheit erwachsen.

#### *2.1.4 Die Not des Alters*

Die positive Wertung des Alters darf uns allerdings nicht den Blick versperren für die Schwierigkeiten, denen der alte Mensch ausgesetzt ist. In steigendem Maße wird er mit Krankheit und dem Gedanken an den Tod konfrontiert. So rückt die Frage nach dem Sinn von Leiden und Tod bedrängend in sein Bewußtsein. Nicht immer lassen sich einmal gewonnene Erfahrungen der Sinnhaftigkeit von Leid aktualisieren, und der Tod erscheint nicht immer als das gute und deshalb gelassen erwartete Ende des Lebens.

Die Erinnerungen, die für alternde Menschen einen hohen Stellenwert einnehmen, werden häufig getrübt durch Gedanken an eigenes Versagen. Das Problem unbewältigter Schuld kann angesichts des nahenden Todes außerordentlich bedrückend sein. So sind Resignation und Verzweiflung häufig die Fronten, gegen die der alte Mensch zu kämpfen hat.

Belastungen, die die von uns beschriebenen positiven Möglichkeiten des Alters sehr einschränken können, sind bestimmte altersbedingte hirnorganische und schwere psychische Erkrankungen. Hier muß verstärkte Hilfe von außen ansetzen, um das Alter zu einer erträglichen und bejahenswerten Lebensstufe zu machen und die Aufgabe, die das Altwerden stellt, zu bewältigen.

Welche Möglichkeiten hat die Logotherapie, dem alten Menschen bei der Überwindung seiner Not behilflich zu sein? Daß sie in besonde-

rer Weise dazu geeignet ist, dem alternden Menschen in seinen Problemen beizustehen, sagt N. Petrilowitsch (1968, S. 5) in seiner ausführlichen Arbeit über „Probleme der Psychotherapie alternder Menschen“: „Bei Konflikten, die in diesen späten Lebensphasen auftreten, erscheinen therapeutische Bestrebungen im Sinne der Existenzanalyse *Frankls*, die den Menschen zur Wertverwirklichung aufrufen . . . und darauf abzielen, dem Subjekt den Weg zu ebnen, damit es bewußt die Forderungen seines Gewissens . . . annimmt und erfüllt . . . , als dem Problembereich des reifen und des alternden Menschen in besonderer Weise angemessen“.

Wir werden nun in zwei größeren Abschnitten lediglich *exemplarisch* - an den Beispielen: Sinnfindung trotz Verlusterfahrungen und irreversibler Krankheiten - zu demonstrieren versuchen, wie logotherapeutische Arbeit aussieht. In einem letzten Teil soll dann gezeigt werden, daß eine Technik der Logotherapie, die sog. Paradoxe Intention, in besonderer Weise bei bestimmten neurotischen Erkrankungen alter Menschen indiziert ist.

## 2.2 Logotherapeutische Anwendungsbereiche

### 2.2.1 Sinnfindung trotz Abbruch des Berufslebens

Die Möglichkeit, „schöpferische“ Werte zu verwirklichen, ist in der Regel im Rahmen des Berufes gegeben. Welche Valenz für die Sinnhaftigkeit eines Menschen der Beruf jedoch hat, wird allerdings oft genug erst dann erkannt, wenn die Arbeit nicht oder nicht mehr möglich ist, so z. B. zur Zeit der Arbeitslosigkeit oder am Ende des Berufslebens. Die Klage vieler aus Behörden, Geschäften etc. Ausgeschiedener, ihr Leben habe keinen Sinn mehr, ist ebenso bekannt wie die Vielzahl der möglichen Folgen: Initiativlosigkeit, Apathie, Depressivität, organische Verfallserscheinungen etc. Sie fühlen sich als wertlos, weil sie keine Werte mehr schaffen, als unnützlich, weil sie für die Gesellschaft ihrer Meinung nach nicht mehr von Nutzen sind. Ihre nicht ausgefüllte Zeit erleben sie als innere Unausgefülltheit, als „existentielles Vakuum“. Sie sind in ihrem Motivationsbereich zutiefst gestört. Eine solche Störung aber kann unter bestimmten negativen Bedingungen pathogen sein. Andererseits aber kann eine positive Sinnorientierung ein Mittel der Heilung sein (*Frankl* 1971, S. 5f).

Wir wollen nun im Folgenden zeigen, in welcher Weise logotherapeutisch die Krise beim Abbruch des Berufslebens aufgefangen werden könnte, ohne daß wir näher auf die Komplexität der durch Sinnmangel ausgelösten oder verursachten psychosomatischen Störungen eingehen.

1. Gesprächsphase: Der alte Mensch sollte zunächst zu akzeptieren lernen, daß das Berufsleben abgeschlossen und damit die Möglichkeit, in diesem Bereich Sinn zu finden, nicht mehr gegeben ist. Eine Rückschau, die eine positive Bilanz seines Schaffens ergäbe, wäre ein Anlaß, ihm den Stellenwert seiner Arbeit für seine Umwelt bewußtzumachen und ihn die Erkenntnis gewinnen zu lassen, daß er in ausreichendem Maße erreicht hat, was er für sich und andere erreichen konnte. Um eine nur historisierende Betrachtungsweise einer solchen Rückschau zu vermeiden und ein affektives Nach-Erleben zu erreichen, ist es angebracht, die verschiedenen Phasen, Tief- und Höhepunkt des Berufslebens assoziativ mitteilen zu lassen.

2. Gesprächsphase: Es wird nun wichtig sein, mit dem Ratsuchenden darüber nachzudenken, daß der Wert eines Menschen nicht in seinen beruflichen Aktivitäten aufgeht, daß eine Identifizierung von Beruf und Lebensaufgabe falsch ist und der Mensch nicht zum Produktionsmittel degradiert werden darf. Das Ziel dieser Gesprächsphase ist m. a. W. die Bewußtmachung der notwendigen Einsicht, daß der Beruf zwar ein wichtiges, keinesfalls aber das einzige Lebensfeld ist, auf dem der Mensch zur Erfahrung seiner Werthaftigkeit kommen kann.

3. Gesprächsphase: Das Ausscheiden aus dem Beruf kann nun eine neue Möglichkeit eröffnen, die bisher z. B. aus Zeitgründen nicht realisiert werden konnte. Welche im Berufsleben gewonnenen Erfahrungen könnten z. B. für Institutionen, Vereine etc. wichtig und wertvoll sein? Nachdem also die Tatsache des Berufsendes akzeptiert und der Beruf in seiner Bedeutung für den Sinn und Wert eines Lebens relativiert worden wäre, könnte über den Anknüpfungspunkt zwischen Beruf und berufsverwandter Weiterbeschäftigung nachgedacht werden. (Es kann erforderlich sein, daß der Therapeut dem alten Menschen bei der Suche nach konkreten Beschäftigungsfeldern behilflich ist, damit nicht aufgrund von Informationsmangel der u. U. neu erwachte Lebens- und Sinnwille rasch wieder er stirbt und so der Resignation weiterhin Vorschub geleistet würde).

4. Gesprächsphase: Häufig jedoch läßt sich ein solcher Anknüpfungspunkt nicht finden, so daß der arbeitslose alte Mensch vor der Frage steht, wie er seine Zeit sinnvoll füllen könne. Nun ist bekannt, daß das Berufsleben oft eine Vereinseitigung der Interessen zur Folge hat, so daß sich die Frage nach den ungelebten Wünschen der Vergangenheit anbietet oder, im Sinne der Logotherapie formuliert: die Frage danach, welche „schöpferischen“ und welche „Erlebniswerte“ zu realisieren bislang nicht möglich waren (Hobbies, Bildungsinhalte, Kunst etc.). Diese ungelebten Wünsche, die zu realisieren für die Stabilisierung oder Erweiterung der Persönlichkeit u. U. wichtig gewesen wäre, sind

u. U. schon bei der assoziativ berichteten Geschichte des Berufes zur Sprache gekommen, z. B. bei der Klage über das durch die Arbeit Versäumte. Vielleicht wird es aber auch notwendig sein, durch freie Assoziationen den Ratsuchenden erinnern zu lassen, welche Wünsche der Kindheit oder der Jugend - aus welchen Ursachen auch immer - nicht erfüllt werden konnten. Schließlich wäre als ein vorzügliches Mittel auch die Traumanalyse geeignet, um das Gewünschte herausfinden zu lassen.

5. Gesprächsphase: Dieses Nach-Denken über die unwiderrufliche Beendigung des Berufslebens, über die Frage nach der Möglichkeit einer Verwertung der Erfahrungen und das neue Sich-Öffnen für Sinnfelder, die bislang nicht primäres Thema des Ratsuchenden waren, bliebe in logotherapeutischem Sinne jedoch unzureichend, wenn nicht das Gespräch auch zu einer Erhellung dessen führte, was das Alter als eigene Lebensstufe an neuen Möglichkeiten eröffnet.

### *2.2.2 Der Verlust des Partners*

Zu den einschneidendsten Ereignissen, die zu massiven Störungen eines alten Menschen führen können, gehört auch der Verlust des Partners. Die dadurch auftretenden Probleme sind vielfältig: So muß z. B. die Selbständigkeit, die sich in der Regel im Laufe langer Jahre auf eine nur in Gemeinschaft mit dem Partner verwirklichte Autonomie hin entwickelt hatte, neu gefunden werden. Die Schutzlosigkeit, der der alte Mensch preisgegeben ist und die ein Stück weit vom Partner aufgefangen wurde, kann zu einer ständigen Angstquelle werden. Das Alleinsein ohne jede Freiwilligkeit kann zur Ursache tief-deprimierender Isolationsgefühle werden. Der Verlust des Partners wird dann Verzweiflung auslösen, wenn der nun verstorbene Partner für den anderen primärer Sinngrund des Lebens war, wenn also der alte Mensch aufgrund seiner einseitigen Wertrealisierung nichts mehr hat, „woran er sein Herz hängen kann“, weil alle anderen Lebensbereiche für ihn entwertet sind.

Logotherapeutische Hilfe wird nun grundsätzlich analog der Gesprächsstruktur verlaufen, wie sie unter 2.2.1 beschrieben wurde. Das Spezifische dieser Gesprächsinhalte wird sich jedoch auf die Frage zu spitzen, ob der Tod des Partners gleichbedeutend sei mit dem „Tod“ der Beziehung zu ihm. Hat nicht die gemeinsame Geschichte in dem Zurückgebliebenen „Spuren“ hinterlassen, die „mehr“ bedeuten als „nur“ gedankliche Erinnerungen? „Spürt“ er nicht das Leben des Toten in „Blick und Gebärde“, im Denken und Entscheiden, im Wählen und Verwerfen in sich selbst? Lebt nicht der andere in ihm weiter, weil er mit ihm und seinen Prägungen weiterlebt? Dieses Thema, die Frage

nach der Möglichkeit des Weiterlebens mit dem Toten kann im Gespräch mit dem deprimierten oder verzweifelten alten Menschen zentral sein.

Ein anderer Gedanke, der m. E. in der Beratung und Therapie an alten Menschen, die den Verlust ihres Partners beklagen, bisher kaum eine Rolle gespielt hat - vermutlich aufgrund seiner Einfachheit -, ist der des „Opfers“ des Lebenden für den Toten. Ein kasuistischer Beleg aus *Frankls* Arbeit verdeutlicht, daß diese Vorstellung eine wesentliche Bewußtseinsveränderung bewirken kann:

An *Frankl* wendet sich ein alter praktischer Arzt, dessen geliebte Frau vor einem Jahr verstarb. Er ist „schwerst deprimiert“. Auf die Frage nach der möglichen Reaktion seiner Frau, wenn er selbst früher gestorben wäre, antwortet der alte Arzt: „Nicht auszudenken, meine Frau wäre verzweifelt gewesen.“ Das Gespräch darüber, was seiner Frau erspart blieb und was er ihr durch sein Weiterleben abnehmen konnte, führte zur Überwindung seiner Depression. Sein Leben hatte -einen auf seine Situation „zugeschnittenen“ neuen Sinn bekommen (*Frankl* 1975b, S. 188f).

Insgesamt wird für den alten Menschen die Möglichkeit, im Therapeuten jemanden zu finden, der mit ihm sein Leid nach-fühlt und mit ihm über neue Lebensmöglichkeiten nachdenkt, eine wesentliche Hilfe sein. Dabei darf selbstverständlich die Gefahr einer Dauerbindung des Patienten nicht verkannt werden. Deshalb ist es wichtig, ihn zu ermutigen, Kontakte mit jenen Menschen zu schaffen, die seiner Struktur und seinem Lebensstil entsprechen. Auch hier gilt, worauf bereits im letzten Abschnitt hingewiesen wurde: daß der Therapeut u. U. behilflich sein sollte, Wünsche und Einsichten in die Realität umzusetzen. Die intendierte Eigen-ständigkeit eines Menschen wird ja erst dann erreicht, wenn der Wille zum Sinn nicht nur aus seiner Latenz befreit und bewußt ist, sondern auch konkret werden kann.

### 2.2.3 Sinnfindung trotz irreversibler Krankheiten

Ein Indikationsbereich der Logotherapie, von dem ich meine, daß er in besonderer Weise unser Thema betrifft, ist der des unabwendbaren Leidens, in dem es letztlich nicht mehr um Therapie geht, sondern um „ärztliche Seelsorge“. Dabei geht es um das Bemühen, den „schicksalhaft Leidenden“ leidensfähig werden, ihn eine Einstellung zu seinem Leiden finden zu lassen, die es ihm ermöglicht, selbst in seiner extrem schwierigen Situation sich nicht aufgeben zu müssen. Der „homo patiens“ soll motiviert werden, aus dem schmal gewordenen Spektrum seiner Sinnangebote den auf seine Situation zugeschnittenen Sinn zu finden. „Ärztliche Seelsorge“ ist für *Frankl* (1975b, S. 185) mehr als

ein *donum super additum* seiner therapeutischen Arbeit, sie gehört für ihn zum „Arztum in bestem Wortsinn“. Begründet ist die Einbeziehung dieser hier keineswegs theologisch orientierten „Seelsorge“ in den Bereich der Logotherapie m. E. in der Sicht der leiblich-seelisch-geistigen Einheit und Ganzheit des Menschen, dessen Störungen und Erkrankungen nie nur einen Aspekt, eine Dimension des Menschen, sondern jeweils den ganzen Menschen betreffen.

Wer sich als Therapeut in diesen Bereich vorwagt, in dem es ja nicht mehr um äußerlich registrierbare Veränderungen des Menschen geht, muß sich nach der Verifizierbarkeit seines Ansatzes fragen lassen. Ist nicht der Versuch, in unheilbar Kranken oder hoffnungslos Leidenden Sinn evozieren zu wollen, von vornherein zum Scheitern verurteilt? Muß nicht die u. U. evozierte Sinnfindung des Leidenden häufig gesehen werden als ein punktuell Re-agieren auf die Zuwendung des Therapeuten? Vor allem aber: *Ist* Leben nicht wirklich sinnlos, wenn Leiden irreversibel ist? Sinnlos wäre es, wenn das Maß für die Beurteilung von Sinnhaftigkeit bestimmt würde von der Alternative „Erfolg oder Mißerfolg“, „Lust oder Unlust“. Diese Alternative, die in unseren Breiten zunehmend zur vorherrschenden Beurteilungsbasis für die Frage nach der Lebensqualität eines Menschen geworden ist, sieht *Frankl* qualitativ überboten von einem anderen Kategorienpaar, das er als das spezifisch humane versteht: „Erfüllung oder Verzweiflung“.

Was ist erfülltes Leben? Es ist dann erfüllt, wenn der Mensch seine Freiheit und Verantwortlichkeit realisiert. Und die Möglichkeit dazu sieht *Frankl* auch und im besonderen im Leiden gegeben. Wenn der leidende Mensch nichts mehr „schaffen“, nichts mehr „erleben“ kann, so kann er doch versuchen, „sich nicht gehen zu lassen“, nicht identisch zu werden mit dem Leiden, sondern, wie es z. B. *S. Freud* eindrucksvoll in der letzten Phase seines Lebens anschaulich machte, Abstand zu halten zur andringenden Flut der Verzweiflung, so kann er „das Beste aus sich herausbringen“ und „Zeugenschaft“ ablegen von der Fähigkeit des Menschen, selbst in Grenzsituationen ein *homo humanus* zu bleiben.

Diese Sinndeutung des Leidens entspricht in keiner Weise unserem zeitgenössischen Wertgefühl. Das weiß *Frankl* (1975b, S. 187f) sehr wohl: „Würden wir den Triumph des *homo patiens*, seine Sinnhaftigkeit und Selbsterfüllung im Leiden in die Linie der Erfolgsethik hineinprojizieren, so müßte er . . . wie ein Nichts aussehen, (sich) als eine Absurdität imponieren“. Aus der Sicht dessen, der Sinnhaftigkeit ausschließlich in äußerlich wahrnehmbaren Erfolgen oder positivem Erleben der Wirklichkeit erfährt, muß der Triumph des *homo patiens*, die Sinnfindung trotz massiven Leidens, als Torheit und Ärgernis erschei-

nen". Jene Kritiker, die *Frankls* Hymnus auf die letzte und vielleicht größte Chance zur Sinnfindung als Absurdität disqualifizieren, müßten sich fragen lassen, ob nicht gerade das utilitaristische Sinnverständnis, das in dem Kategorienpaar „Erfolg oder Mißerfolg“ zum Ausdruck kommt, den Menschen dehumanisiert und ob nicht die geringere Einschätzung seiner humanen Möglichkeiten schon immer gefährlicher war als die u. U. zu hohe Wertschätzung des *homo humanus*.

Sicher wird auch *Frankl* nicht leugnen, daß es einen Abbruch an Leben im Leben gibt, an dem auch „ärztliche Seelsorge“ scheitert. Andererseits jedoch besteht für ihn kein Zweifel daran, daß die Zahl derer groß ist, die durch „therapeutische“ Hilfe im Sinne der „ärztlichen Seelsorge“ nicht dahinsiechen müßten, sondern eine bejahende Einstellung zu ihrer Lebenssituation gewinnen, also zur Annahme eines unabänderlichen Leidens kommen könnten.

Ein Beispiel aus der Praxis *Frankls* (1971, S. 237ff) soll verdeutlichen, in welcher Weise „ärztliche Seelsorge“ hilfreich sein kann. Es handelt sich um ein Gespräch zwischen *Frankl* und einer 80-jährigen krebserkrankten Frau, das während einer seiner klinischen Vorlesungen vor Medizinstudenten in Wien geführt wurde.

1. Gesprächsphase: Der Therapeut lenkt das Gespräch zunächst auf die positiven Seiten des Lebens von Frau L. Sie erinnert sich an eine Reihe von Erlebnissen, die ihr das Leben wertvoll gemacht haben.
2. Gesprächsphase: Um eine einseitige euphorische Rückschau zu vermeiden und ihre existentielle Verzweiflung, deretwegen sie das Gespräch gesucht hatte, zur Sprache bringen zu lassen, weist der Therapeut darauf hin, daß die „so schönen Erlebnisse“ unwiederbringlich seien.
3. Gesprächsphase: Diese Erlebnisse seien zwar unwiederbringlich, sie könnten aber nicht ausgelöscht werden. Dieses Thema, die Frage nach dem bleibenden Wert des Lebens von Frau L., wird jetzt zum Zentrum des Gesprächs.
4. Gesprächsphase: Die Patientin lenkt noch einmal zurück zu dem, was sie in ihrem Leben hat erleiden müssen. Sie habe sich bemüht, die „Schläge“ als Strafe Gottes zu verstehen. Weil nun Frau L. von sich aus ihre Leiden religiös zu deuten versucht, weiß sich der Therapeut legitimiert, mit ihr den Dialog in der religiösen Dimension fortzusetzen, ohne sich dabei als Priester mißverstehen zu müssen. Seinem Deutungsangebot, daß ihre Leiden u. U. auch als Prüfung Gottes zu verstehen seien, die sie aufgrund ihrer Leidensbereitschaft bestanden ha-

be, ist sie ebenso zugänglich wie dem Gedanken, ihre Leistungen könne niemand ungeschehen machen.

Frau L. akzeptiert das Fazit des Therapeuten, daß sie das Beste aus ihrem Leben gemacht habe. -

Aufgrund dieses Gesprächs wich ihre Depressivität. Ihre letzten Tage verbrachte sie in großer Gelassenheit.

Zum Schluß sei noch insbesondere auf eine logotherapeutische Technik verwiesen, die auch in Deutschland zunehmend praktiziert wird. Ihre Struktur und ihre Möglichkeiten sind von *Frankl* (1975a, S. 17ff) vielfach beschrieben worden, so daß wir uns hier mit einer kurzen Skizze begnügen können.

### 2.3 Die Paradoxe Intention als symptomatische Psychotherapie

Bekanntlich ist die Aufarbeitung frühkindlicher Konflikte, die zur neurotischen Symptombildung führten, im Rahmen der Alterspsychotherapie schwierig, wenn nicht aussichtslos (vgl. *Petrilowitsch* 1968, S. 40f). Deshalb bietet sich für angst- und zwangsneurotische Erkrankungen alternder Menschen die paradoxe Intentionmethode an, die auf eine „Langstreckenanalyse“ verzichtet und trotzdem, wie z. B. *Eva Niebauer-Kozdera* und *Kurt Kocurek* (1959) gezeigt haben, auch für alte Patienten erfolgreich sein kann.

Die von *Frankl* entwickelte (und bereits 1939 erstmalig publizierte) Methode setzt die spezifisch humane Fähigkeit der Selbstdistanzierung voraus und den Humor als Mittel zu ihrer Mobilisierung ein. Der Patient wird vom Therapeuten dazu angeleitet, „sich das zu wünschen, wovor er sich fürchtet“, so daß „der (Erwartungs-)Angst der Wind aus den Segeln genommen wird.“ Die paradoxe Intentionmethode will damit erreichen, daß der Patient „seiner Angst ins Gesicht lacht“ und sich auf diese Weise immer mehr von ihr distanziert. „Wenn wir“, so *N. Petrilowitsch* (1968, S. 47), „unserem Patienten mit Hilfe der paradoxen Intention nahebringen, daß der Mensch zu seiner eigenen Überraschung in der Lage ist, seiner Abwehrspannung zu begegnen und seine Symptome, an deren Unbeeinflussbarkeit er glaubt, zu eliminieren, wenn er sich gleichsam in die Höhle des Löwen begibt und daran geht, sich in dieser bequem einzurichten, wenn er also den Symptomen bereitwillig entgegenkommt, bewaffnet allein mit der Waffe der Selbstironie und der humorigen Einstellung, die er, zunächst nur augenblickhaft intendierend, im Endeffekt aber bis zur humorigen Gelassenheit als Dauereinstellung einzuüben hat, dann liegt in diesem Ergebnis der

Manipulierbarkeit des Symptoms mitunter der erste Ansatz zu einem Wandel der Weltanschauung - unter Umständen vom (zumindest) praktizierenden Deterministen zum Verfechter der persönlichen Wahlfreiheit.“

#### Literatur

- Böschmeyer, U.*, Die Sinnfrage in Psychotherapie und Theologie, Berlin, New York 1977.
- Brandt, S.*, Hilfe für das Alter, Materialien des Diakonischen Werkes.
- Frankl, V.E.*, Wirtschaftskrise und Seelenleben vom Standpunkt des Jugendberaters; in: *Sozialärztliche Rundschau* 3 (1933), S. 45.
- , Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Wien 1971.
- , Der Wille zum Sinn, Bern, Stuttgart, Wien 1972.
- , Die Psychotherapie in der Praxis, Wien, 3. Aufl. 1975a.
- , Theorie und Therapie der Neurosen, Uni-Taschenbücher 457, München 1975b.
- Niebauer-Kozdera, E. und Kocurek, K.*, Ergebnisse der klinischen Anwendung der Logotherapie; in: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie III*, München, Berlin 1959.
- Petrowitsch, N.*, Probleme der Psychotherapie alternder Menschen, Basel, New York 1968<sup>2</sup>.



## II. Analytische Verfahren



# Analytische Psychotherapie bei älteren Patienten (1955)\*

*Martin Grotjahn, Beverly Hills*

## 1. Der soziologische Hintergrund des Alterns in Amerika

Für den Europäer ist Amerika das Symbol einer Neuen Welt. Die unermessliche Weite des amerikanischen Kontinentes erscheint zeitlos, ohne Vergangenheit oder Zukunft - gleich dem Ozean. Das alt erscheinende Land und seine dagegen jung erscheinenden Bewohner, die erst seit wenigen Generationen besiedeln, bilden einen seltsamen und vielleicht spezifisch amerikanischen Kontrast. Für den Fremden wird die Lage noch schwieriger; da er weder fähig ist, die Sprache der „Erwachsenen“ zu sprechen, noch sich verständlich machen kann, hat er das Gefühl, wieder Kind zu sein. In der demokratischen Tradition Amerikas werden Menschen als gleichberechtigt angesehen, und es besteht darüber hinaus sogar eine gewisse Tendenz, sie als gleichartig zu behandeln. Dies bringt auch mit sich, daß man unbewußt die gesamte Bevölkerung nur einer Altersgruppe zuordnet. Biologische Gleichartigkeit wird fälschlicherweise als weiterer Aspekt der Demokratie interpretiert. Dies führt in Amerika zu einer seltsamen Haltung jüngerer Menschen den Älteren gegenüber.

Die ehrwürdige Mutter und der weise alte Mann werden in der Alten Welt verehrt. Sie existieren nicht in dieser Form in diesem Land, dem Land der Jungen, Starken, Schönen und Gesunden. Alte Menschen scheinen die Alte Welt zu verkörpern und eine Tradition, die hätte zurückgelassen werden sollen und die nur die Anpassung an die neue amerikanische Szene erschwert. Ältere Menschen reagieren darauf, indem sie sich mehr unterwürfig als stolz fühlen. Sie betrachten es als ihre Pflicht, mit den Jungen Schritt zu halten, so wie es in den vergangenen Pionierzeiten notwendig war. Jedermann mußte aktiv sein, und jeder hatte zu arbeiten. Erst kürzlich und einfach durch ihre große Zahl begann die ältere Generation, die Tatsache ihrer Existenz in das Gewis-

---

\* Erschien zuerst in *Psychoanalytic Review* 42 (1955) 419-427, übersetzt mit freundlicher Genehmigung von *Human Sciences Press*, New York.

sen der Nation zu rufen. Es schien, als seien sie müde geworden, das Leben der „versteckten Verwandten“ zu führen.

Das verlorene Ideal der alten Eltern, der alten Welt mit ihrer Tradition berühren Alt und Jung gleichermaßen. Es bewirkt, daß sich die jüngere Generation wie Waisen fühlt, die sich nicht an ihre Eltern wenden können, wenn sie Hilfe und Rat brauchen, da diese die neue Welt nicht verstehen. Die erwachsen gewordenen Kinder verlieren das Vertrauen in ihre Eltern. Sie verlieren damit die Sicherheit, die die Tradition gewährt. Sie können sich daher nur auf sich selbst verlassen. Sie bilden ein narzißtisches Ideal, in welchem es keinen Raum für die Älteren gibt. Das Symbol des Säuglings, der stärker als seine Eltern wurde und sie verließ, bevor er zum Kind wurde, ist sehr anschaulich in der Erzählung „John Henry, the Natural Man“ dargestellt. Tradition wurde ersetzt durch eine Kultur, die sich dadurch auszeichnet, daß sie schnelle Anpassungen an schnelle Veränderungen propagiert. Das Instrument solcher Anpassungen ist Geld. Um Geld zu erlangen, muß man jung und stark bleiben. Selbst der alte Mensch muß jung bleiben, auch wenn es ihn umbringt. Er muß konkurrenzfähig bleiben und kann es sich nicht erlauben, sich auszuruhen. Dies ist eine neurotische Lösung, da sie unrealistisch ist. Sie birgt die Gefahr eines sehr plötzlichen und abrupten Erwachens.

## 2. Einige Aspekte Analytischer Psychotherapie bei älteren Patienten

Altwerden wird oft als narzißtisches Trauma empfunden, da es eine Kastrationsbedrohung repräsentiert und wiederholt. Die Neurosen im Alter sind eine Abwehr von Kastrationsängsten. Es ist erstaunlich, wie häufig normalerweise übliche Abwehrmechanismen nachgewiesen werden können, selbst bei organischen Erkrankungen, wie z.B. seniler Demenz. Ich habe versucht, dies an der Fallgeschichte eines 71 Jahre alten Mannes aufzuzeigen, der an seniler Demenz litt. Anscheinend ist die integrative Funktion des Ego im Alter vermindert, aber der Wunscherfüllungscharakter unbewußter Wünsche wird vom Altersprozeß relativ wenig betroffen. Langegehegte, seit der Kindheit bestehende Wünsche sterben weder aus noch verblassen sie. Sie warten nur darauf, wieder an die Oberfläche zu kommen.

Möglicherweise besteht ein Unterschied zwischen dem Tempo, mit dem die Intensität genitaler und prä-genitaler Wünsche abnimmt. Während die Intensität genitaler Impulse abnehmen mag, erscheinen

anale und orale Bedürfnisse nahezu erhalten zu bleiben oder zumindest relativ zuzunehmen.

Der folgende Traum, den eine über 70 Jahre alte Frau ihrer Therapeutin erzählte, zeigt unverhüllte Sexuelsymbolik.

„Ich ging mit Ihnen in meinen Garten, dorthin, wo die Erdbeeren wachsen. Sie und ich pflückten die schönsten Erdbeeren. Sie waren groß, saftig, rot, gerade reif und warteten darauf, gepflückt zu werden. Wir bewunderten sie und pflückten jede einzeln, betrachteten sie und wickelten jede einzeln in weißes Seidenpapier. Dann legten wir sie in eine kleine Schachtel, um sie später zu essen.“

Es gibt drei verschiedene mögliche Reaktionen älterer Menschen auf das existentielle Problem des Altwerdens: Das erste ist die normale Lösung: sie zielt darauf ab, das Leben, so wie es gelebt wurde, zu integrieren und zu bejahen. Als zweite Möglichkeit gibt es einen zunehmenden Konservatismus und eine Starrheit des Ichs, das versucht, Abwehrlinien, die aufgrund früherer mehr oder weniger neurotischer Verhaltensweisen aufgebaut wurden, weiter aufrechtzuerhalten. Drittens gibt es eine neurotische und oftmals sogar psychotische Regression.

Einige Aspekte in der Psychologie älter werdender Menschen, scheinen eine Psychotherapie zu erleichtern. Beispielsweise nimmt der Widerstand gegen unangenehme Einsichten im Alter anscheinend ab. Anforderungen der Realität, die von jüngeren Menschen noch als narzißtische Bedrohung empfunden werden, können dann im Alter akzeptiert werden. Manchmal haben alternde Menschen weniger Schwierigkeiten als junge Patienten, Interpretationen während der analytischen Therapie zu integrieren. Anscheinend nimmt der Widerstand mehr oder weniger rasch ab, und man gelangt zu Einsichten, weil es „höchste Zeit“ ist. Ein lebenslanges Ringen mit der Realität ist manchmal eine gute Vorbereitung für die Psychotherapie. Dieser Kampf ist Wegbereiter und schwächt die Abwehr.

Durch die Hilfe des analytischen Psychotherapeuten kann die retrospektive Haltung im Alter in eine introspektive Haltung verwandelt werden, die dann oft den Ausgangspunkt und die Basis von Verstehen und Therapie bildet.

Die Aufgabe, das eigene Leben so, wie es gelebt wurde, zu integrieren, und das Akzeptieren des eigenen Todes sind existentielle Probleme. Mit diesen Problemen ins Reine zu kommen, ist die große Aufgabe im Alter. Sie ist sehr verschieden von den Aufgaben, die sich in Säuglingsalter, Kindheit, während der Adoleszenz und des Erwachsenenalters stellen.

Psychoanalytische Psychotherapie stellt mit Sicherheit eine hilfreiche Methode dar, die Aufgabe des Sich-Selbst-Akzeptierens zu bewäl-

tigen, welches an und für sich keine neue Aufgabe während der geistigen Entwicklung eines Individuums ist. Sich selbst zu akzeptieren, ist nicht, wie im Säuglingsalter, einfach gegeben, sondern muß nun bewußt errungen werden. Den Unterschied zwischen der naiven narzißtischen „Megalomanie“ des gesunden Säuglings und des reifen, bewußt errungenen Sich-Selbst-Akzeptierens im Alter kann man am besten in Bezug auf das existentielle Problem studieren, welches für das Alter spezifisch ist, nämlich die Bewältigung des Problems der Endlichkeit des eigenen Lebens.

In unserem Unbewußten gibt es kein Wissen und kein Abbild des eigenen Todes. Dies erklärt den Mangel an Zeit, Raum und Logik im Primärprozeß des Unbewußten. Unser Unbewußtes weiß alles über den Tod, die Verstümmelung und den Mord anderer Menschen. Es kennt auch die Gefahren von Verstümmelung und Kastration, die wir mit Furcht und Angst erwarten. In der Psychotherapie älterer Menschen müssen diese Kastrationsängste analysiert werden, bevor man sich der Angst vor dem Tod zuwenden kann. Überwältigende Todesangst bei älteren Menschen verbirgt Kastrationsängste und kann zu dem Wunsch führen, zu sterben. Wenn man Psychotherapie bei älteren Menschen durchführt, ist es außerordentlich wichtig zu erkennen, daß ein großer Teil der Todesangst eine symbolische Darstellung von Kastrationsängsten bedeutet, die durch das narzißtische Trauma des Altwerdens aktiviert werden.

Durch weitere Forschung lassen sich vielleicht die theoretischen Gründe dafür finden, warum Elektroschock-Behandlung besonders erfolgreich bei Fällen von Involutionmelancholie ist. Möglicherweise bewirkt die Schockbehandlung ein tiefgehendes Todeserlebnis, gefolgt von einem glücklichen Ausgang. Es mag eine realistische Erfahrung sein, daß wir „jenseits und nach der Kastration“ leben können. In zwei Fällen, die gleichzeitig durch tägliche analytische Interviews und Elektroschocks behandelt wurden, erschien es mir, als habe die spektakuläre Genesung das Hinnehmen des bislang nicht akzeptablen, aber unvermeidbaren Endes symbolisiert.

Das Akzeptieren eines möglichen Endes unserer Existenz ist nur dann durchführbar, wenn die lebenslang gegen die Kastrationsangst bestehende Abwehr aufgelöst wird. Viele Symptome eines schweren Angstzustandes oder schwerer Depression bei alten Menschen, die dem behandelnden Psychiater auf den ersten Blick wie berechtigte Reaktionen auf den Prozeß des Altwerdens erscheinen, sind in Wahrheit direkte Symbole infantiler Kastrationsängste. Diese müssen dann auch als solche analysiert und behandelt werden.

Durch das Leben selbst wird man für die Aufgabe vorbereitet, dieses spezifische Problem des Alterns aufzuarbeiten. Wenn wir sehen, wie unsere Kinder erwachsen werden, müssen wir eine Periode von „umgekehrten Ödipusgefühlen“ durchmachen; während dieser Zeit hat der Sohn keine Furcht mehr vor dem Vater; der alternde Vater jedoch muß seine Gefühle gegenüber dem jüngeren Sohn aufarbeiten. Wenn dies einfühlsam und harmonisch getan wird, ist der Grundstein für eine erfolgreiche Integration des existentiellen Problems des Alterns gelegt. Wenn den Eltern, wie üblich, voll Überraschung und oft ganz plötzlich bewußt wird, daß ihre Kinder erwachsen geworden sind, können sie dies als Bedrohung für ihr eigenes Gefühl von Jungsein empfinden. Sie können dieser Zeit jedoch auch mit heiterer Gelassenheit entgegensehen und sie als einen weiteren Schritt auf dem Wege der Reifung nutzen.

Ein Patient, der die Beziehung zu seinem Sohn aufarbeitete, erzählte während seiner Analyse, wie er versuchte, seinen Sohn in das Schwimmbecken zu stoßen. Aber der Sohn war zu alt, als daß er ihn noch in das Becken hätte stoßen können. Später, während des Schwimmens, tauchte der Sohn unter seinen Vater und hob ihn mühelos aus dem Wasser. Der Vater kam sich lächerlich und hilflos vor, wie ein Fisch auf dem Trockenen. Diese Szene enthielt all die wesentlichen Elemente der „umgekehrten Ödipusituation“. Der Vater war nicht länger der Überlegene, sondern der hilflose, schwächere Partner.

Ein anderer Patient war eine zeitlang immer sehr verärgert, wenn er zu seinem Sohn sprach. Schließlich wurde ihm bewußt, was sich abgepielt hatte: jedesmal wenn er zu seinem Sohn sprach, mußte er aufblicken, da der Sohn während einer mehrmonatigen Abwesenheit von zu Hause wieder gewachsen und größer als sein Vater geworden war. Der Vater fühlte sich wie jemand, der Flugzeuge beobachtet.

Eine weibliche Patientin wurde sprachlos, als ein Auto vor ihr mit quietschenden Bremsen anhielt und im Autofenster das süß-lächelnde Gesicht ihrer Tochter erschien: „Dieses Mal habe ich Dich verfehlt.“ Die Kombination von jugendlicher Gewandtheit im Autofahren und Pferdestärken symbolisierte für die Mutter gleichsam den Übergang von Macht und Stärke von ihr zu ihrer Tochter.

So wie die Ödipuskonstellation für den kleinen Jungen und das kleine Mädchen verschieden sind, so ist die umgekehrte Ödipuskonstellation für die alternde Frau und den alternden Mann unterschiedlich. All die Probleme und Verschiedenheiten von „Generativität“, wie *Erik Erikson* es genannt hat, sind hierin enthalten.

### 3. Schwierigkeiten mit Gegenübertragung in der Analytischen Psychotherapie älterer Patienten

Schwierigkeiten bei der psychoanalytischen Therapie mit älteren Patienten sind nicht nur in den Patienten begründet, sondern können auch in der Persönlichkeit des Therapeuten liegen. Ein jüngerer Therapeut mag sich befangen und unterlegen fühlen, während ein älterer Therapeut sich überlegen fühlen mag und sich daher gerne als leuchtendes Beispiel darstellt. Ob ein Therapeut Erfolg bei der Behandlung älterer Patienten hat, hängt davon ab, wieweit er seine Haltung gegenüber seinen Eltern und seinen Großeltern oder deren Abbildern in seinem Unbewußten analysiert hat. Solange der Therapeut nicht-analytisierte und unverarbeitete Rachegefühle, die von jahrelanger Unterdrückung während seiner Kindheit herrühren, in sich trägt und solange er dann eine Chance sieht, über den alternden *Laios* zu triumphieren, können zahlreiche Gegenübertragungsprobleme die therapeutische Situation komplizieren und eine recht unangenehme Verwirrung hervorrufen.

Der Therapeut braucht seine älteren Patienten nicht zu idealisieren. Dies wäre unrealistisch und im Grunde eine Abwehr und Kompensation für tieferliegende Feindseligkeit. Solch ein Therapeut erscheint dann als das unterwürfige Kind, das zu seinen Patienten gleichsam wie zu Elternfiguren aufblickt. Er möchte in ihnen starke und mächtige Elternfiguren sehen, was sie weder sind noch sein sollen. Eine therapeutische Haltung, die dermaßen auf solchen unbewußten Erwartungen basiert, bietet keine Hilfe für einen verwirrten und unsicheren alten Patienten, der auf den stärkeren, jüngeren und gesünderen Therapeuten wie auf jemanden blickt, mit dem er sich identifizieren kann und der in der Lage ist, Abhängigkeitsbedürfnisse zu befriedigen.

Man kann viele verschiedene Schwierigkeiten bei der Gegenübertragung beobachten. Ein Therapeut, der älter sein möchte als er ist, mag ungelöste Sexualkonflikte hinter einem solchen Wunsch verbergen. Er hofft - ziemlich unrealistisch -, daß alte Menschen wie kleine Engel jenseits von Sex und Schuld leben. Solch ein Therapeut wird dann nicht tolerant und realistisch genug sein, um eine der wichtigsten Konfliktquellen bei älteren Patienten zu verstehen, nämlich Schuld und Depression.

Die günstigste Übertragungssituation in der analytischen Behandlung älterer Patienten nenne ich die „umgekehrte Ödipuskonstellation“. Nach meiner Ansicht muß man die Entwicklung einer solchen Übertragungssituation zulassen, um sie voll zu erleben, sie zu benutzen, sie zu interpretieren und sie schließlich wieder aufzulösen

und um dann die ganze Erfahrung zu integrieren. Möglicherweise muß das Erfahren dieser Übertragungsneurose sehr viel stärker und intensiver sein als in der Psychoanalyse von jüngeren Neurotikern. Das mag der prinzipielle Unterschied zwischen der Psychoanalyse einer Psychose und einer Alterspsychose sein. Anders ausgedrückt: man könnte dies als einen wesentlichen Unterschied zwischen Erarbeiten und Erleben ansehen.

Dem Patienten wird erlaubt, im Therapeuten die jüngere Person zu sehen. Später wird er dann vielleicht im Therapeuten den Repräsentanten der jüngeren Generation und vielleicht sogar der Zukunft sehen. Es ist zunächst die Aufgabe des Sohnes, die bewußte und unbewußte Beziehung zu seinen Eltern auszuarbeiten. Jetzt ist es für den Vater Zeit, noch einmal, aber in umgekehrter Weise, seine unbewußte Beziehung zu einem anderen Mann aufzuarbeiten. Durch die Beziehung zum Therapeuten hat er noch einmal die Chance und Aufgabe, den Ödipuskomplex in der Übertragungsbeziehung zu analysieren, aber dieses Mal unter umgekehrtem Vorzeichen. Der Vater sollte sich nicht dem Sohn unterwerfen; er sollte ihn auch nicht umbringen, wie es Ödipus' Vater Laios versuchte. Er sollte sich bewußt werden, daß sein Leben durch den Sohn fortgesetzt wird.

Der gute Sohn-Therapeut sollte keine Schuldgefühle wegen seiner Jugend haben. Wenn es notwendig ist, kann er eine nahezu väterliche Haltung entwickeln. Er muß sich jedoch sicher genug fühlen, um dem Ansturm von Feindseligkeit seitens der älteren Patienten standzuhalten sowie ihrem Versuch, in ihm Schuld- und Abwehrgefühle zu erzeugen, weil er jünger ist.

Während ich Gegenübertragung in jüngeren Therapeuten analysierte, die mit älteren Patienten arbeiteten und zudem bei mir in Analyse waren, fand ich, daß deren Assoziationen oft ihre eigenen Großeltern miteinbezogen. Nahezu alle Gefühle, die im Ödipuskomplex und in gewissen präödiptalen Phasen ihren Ursprung nehmen, können von den Eltern auf die Großeltern übertragen werden. Die Großeltern spielen eine bedeutsame Rolle in der Kindheit, und eine Analyse, die aus Ausbildungsgründen tiefer gehen muß, muß sich mit diesen Beziehungen auseinandersetzen. Dies gilt gleichermaßen für männliche und weibliche Therapeuten. Frauen können einen großen Teil der Schwierigkeiten mit ihren Müttern dadurch aufarbeiten, daß sie diese komplizierten Beziehungen auf die weniger aktiven und vielleicht weniger ambivalenten Beziehungen zu ihren Großmüttern übertragen. Die Liebe einer Tochter zu ihrem alternden Vater oder Großvater scheint die reinste und sublimste menschliche Beziehung zu sein, die wir beobachten kön-

nen. Sie entspricht in mancher Hinsicht der liebevollen Beziehung einer Mutter zu ihrem Sohn.

Antigone und Cordelia sind literarische Darstellungen einer solchen Beziehung. In der Liebe zu ihren ergebenen Töchtern akzeptierten König Ödipus und König Lear den Tod. *Freud* wies darauf hin, daß die jüngste und oft dritte Tochter, die treu, loyal, ergeben und geduldig ist, die Wiederkehr der Mutter symbolisiert und somit als das Zeichen des unausweichlichen Endes erscheinen mag. Symbolisch ist dies manchmal in der Ähnlichkeit von Wiege und Grab ausgedrückt.

Für den männlichen Therapeuten ist die Situation anders. Er mag sich wohl daran erinnern, in seinem Großvater einen starken Mann erlebt zu haben, der Macht über jeden ausübte, den Vater mit eingeschlossen. Er kann dann mit Furcht oder mit Idealisierung reagieren. Darauf folgt später oft eine religiöse Phase, in der der Vater zum Großvater erhoben wird und der Großvater dann in die Rolle des allmächtigen Gottes gehoben wird. Solch ein Prozeß bringt als gewünschtes Ergebnis, den Vater von der Mutter zu entfernen, die auf diese Weise frei für die Phantasien und Wünsche des Jungen wird. *Freud* und *Ferenczi* haben solches Assoziationsmaterial beschrieben.

Eine nicht übertriebene Idealisierung der Großmutter wurde in die analytische Technik übernommen. Kaum ein Analytiker wird je seine eigenen Eltern erwähnen. Gelegentlich mag ein Analytiker eine Interpretation mit den Worten einleiten: „Meine Großmutter pflegte zu sagen . . .“, und dann wird eine Volkswisheit zitiert, die so oft tiefe Einsicht in das Unbewußte erkennen läßt. Würde ein Analytiker seinen Vater zitieren, dann nähme er den Platz des Sohnes ein. Hingegen bleibt sein Status unangetastet, wenn er seine Großeltern zitiert.

Wenn der Therapeut in seiner eigenen Kindheit durch heftige Auseinandersetzungen zwischen seinem Vater und Großvater traumatisiert wurde, dann kann er das Alter als eine realistische Warnung vor der am Ende stehenden Kastration verstehen. Solche Erlebnisse können ihre Narben im Unbewußten des Kindes hinterlassen und beträchtliche Schwierigkeiten in der Analyse von Gegenübertragungen schaffen.

Ein Arzt, der ungewöhnlich begabt und interessiert an der Psychotherapie älterer Patienten war, berichtete zu einem Zeitpunkt, zu dem er mit einer Gruppe älterer Patienten arbeitete, in seiner eigenen Analyse folgenden Traum:

„Ich war in einer Drogerie. Es war hell, aber es war ein fahles Licht, das alles kalt erschienen ließ. Ich sah, wie eine meiner älteren Patienten versuchte, ein halbes Glas Essig zu kaufen. Sie hielt es schon in ihrer Hand. Es war ein grüner Zahnputzbecher aus Plastik, halb gefüllt mit

Essig. So sehr sie sich auch bemühte, schaffte sie es nicht, zum Kassierer zu gelangen, um für den Essig zu bezahlen. So gab sie letztlich ihr Bemühen auf und stellte den Essig resigniert auf das Regal zurück.

Ich sah sie dann wieder auf der Straße, und sie lud uns zögernd zum Abendessen ein. Ich antwortete ihr lächelnd, daß wir zusammen drei Personen seien. Sie wurde daraufhin etwas verlegen und beinahe scheu und gab mir zu verstehen, daß dies nicht ginge und ich alleine kommen solle.“

Assoziationen: „Ich fühlte mich wie mein eigener Vater, der seine Mutter besuchte. Ich erinnere mich ganz deutlich, als sei es gestern gewesen, wie er einmal seine Mutter, meine Großmutter besuchte. Es war Neujahrstag, als ich bei ihr ahnungslos zu einem Morgenbesuch vorbeikam, nicht wissend, daß mein Vater schon dort war. Er bekam einen Wutanfall, und meine Mutter sagte mir später, daß dies der einzige Besuch war, den er jährlich seiner Mutter abstattete, und daß er keine andere Person dabei haben wollte. Es war eine intensivere umgekehrte Ödipus-Reaktion, als ich sie jemals hinsichtlich der Beziehungen zu meiner Mutter erlebt habe.

Der Essig bezieht sich auf die Kreuzigungsgeschichte: ‚Und einer lief und füllte einen Schwamm mit Essig und steckte ihn auf ein Rohr und gab ihm zu trinken‘. Darauf folgte die Assoziation an eine andere Bibelstelle: ‚Stecke Dein Schwert in die Scheide! Soll ich den Kelch nicht trinken, den mir mein Vater gegeben hat?‘ “

Dieser Traum ereignete sich am Ende einer langen Analyse und könnte als ein anderer Versuch interpretiert werden, den Ödipuskonflikt aufzuarbeiten. Der alte Patient verkörperte die Großmutter und die Mutter, während der Träumer da weitermachte, wo der Vater aufgehört hatte. Das Symbol des Bechers verspricht die Lösung des Ödipuskonfliktes zwischen Vater und Sohn dadurch, daß der Sohn in den Vater verwandelt wird, indem dieser selbst näher an das Ende seines Lebensweges gelangt. Die religiösen Symbole sind Sinnbilder der Schuld, aber gleichzeitig deuten sie auf eine „post-ambivalente“ Beziehung zwischen allen drei Generationen.

#### 4. Zusammenfassung

1. Der Soziologische Hintergrund des Alterns: Amerika repräsentiert die Neue Welt, in der Jugend, Gesundheit und Schönheit idealisiert werden. Alte Menschen dagegen scheinen die Alte Welt der Vergangenheit zu verkörpern. Sie müssen jung bleiben, selbst wenn es sie umbringt.

2. Psychoanalytische Therapie mit älteren Menschen: Das Unbewußte kennt weder Altern noch Tod; daher ist die Erfahrung, alt zu werden, ein unerwarteter, narzistischer Schlag, der die unbewußte Illusion von ewiger Jugend zunichte macht. Dieses Trauma kann häufiger zu depressiver Psychose als zu neurotischen Störungen führen. -Anpassung an das unvermeidbare Altern schließt ein, daß man das eigene Leben zu akzeptieren lernt, so wie es gelebt wurde. - Obwohl sich *Sigmund Freud* pessimistisch über psychoanalytische Therapie bei älteren Menschen äußerte, weiß man seit kurzem, daß diese erfolgreich ist. Retrospektion kann in Introspektion umgewandelt werden. Depression und Schuldgefühle können damit beseitigt werden, indem man falsche Konzepte und Erwartungen korrigiert, wie z.B. den Glauben, alte Menschen lebten wie kleine Kinder jenseits von Schuld und Sexualität. Die normale Lebenserfahrung ermöglicht die therapeutische Erfahrung, die umgekehrte Ödipussituation aufzuarbeiten. In dieser umgekehrten Situation fürchtet der Sohn nicht den Vater, sondern der alternde Vater muß nun seine unbewußte Beziehung zu seinem Sohn aufarbeiten und dessen Stellung und Zukunft anerkennen. Hier hat sich die Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie durch Interpretation und Einsicht gezeigt.

3. Die Gegenübertragung des Therapeuten gegenüber den älteren Patienten ist ein wichtiger Faktor in der Behandlung. Der Therapeut kann jünger als seine Patienten sein, aber er muß seine unbewußten Schuld- oder Ambivalenzgefühle gegenüber seinen Eltern oder Großeltern gelöst haben. Der Therapeut sollte nicht idealisieren und auch nicht patronisieren, und er sollte sich auch nicht für die Unterdrückung in seiner Kindheit rächen und sich so verhalten, als könnte er bald über die Älteren triumphieren. Der Therapeut sollte sich ruhig und gelassen geben, um die „umgekehrte Ödipussituation“ als eine therapeutische Erfahrung zu wiederholen und zu analysieren.

#### Literatur

- Abraham, K.*, Einige Bemerkungen über die Rolle der Großeltern in der Psychologie der Neurosen, *Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse*, Vol. I, No. 3, Mai, 1913, pp. 224-227.
- , The Applicability of Psycho-Analytic Treatment to Patients at an Advanced Age, (1919) *Selected Papers*, p. 312, Hogarth Press, London 1927.
- Atkin, S.*, Old Age and Aging: The Psychoanalytic Point of View (Discussion), *Am. J. Orthopsychiat.*, 10: 79-83, 1940.
- Benedek, Th.*, Climacterium: A Developmental Phase, *Psychoanalyt. Quart.*, 19: 1-27, 1950.
- Bowman, K.*, Types and Special Factors of Mental Illness of Old Age, pp. 32-38. *Mental Hygiene in Old Age*, New York: Family Welfare Association of America, 1937.

- Cameron, N., Neuroses of Later Maturity, Chapter VII; in: *Mental Disorders in Later Life*, by O.J. Kaplan, Stanford University Press, 1945.
- Cicero, On Old Age, in: *The Basic Works of Cicero*, edited by Moses Hadas, Columbia University. The Modern Library, Random House, New York 1951.
- Enright, E., One for the Collection, pp. 36-42. Harper's Magazine, Mai, 1953.
- Ferenczi, S., Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis, Second Edition, Chapter XLVII „The ‚Grandfather Complex‘ “ (1913), The Hogarth Press, London 1950.
- , Beitrag zum Verständnis der Psychoneurosen des Rückbildungsalters, Bausteine zur Psychoanalyse, III: Bern, 1939.
- Freud, S., Sexuality in the Etiology of the Neuroses, 1898.
- , Die Disposition zur Zwangneurose, Gesammelte Schriften, Vol. V, 1913, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien 1924.
- , Ein Religiöses Erlebnis (1928), Gesammelte Schriften, Vol XI, pp. 467-470, Wien.
- Gitelson, M., Emotional Problems of Elderly People, *Geriatrics*, 3:135, 1948.
- Gorer, G., *The American People*, W.W. Norton, New York 1948.
- Greenleigh, L.F., Changing Psychological Concepts of Aging, National Institute of Mental Health, 1953; Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Institute of Health. Mimeographed manuscript.
- Grotjahn, M., Psychiatrie Observations in a Case of Involutional Melancholia treated with Metrazol, *Bull. Menninger Clin.*, 3:4, 1939.
- , Psychoanalytic Investigation of a Seventy-One-Year-Old-Man with Senile Dementia, *Psychoanalyt. Quart.*, 9:1, 1940.
- , About the Representation of Death in the Art of Antiquity and in the Unconscious of Modern Men, Chapter VI, pp. 410-424, with one illustration, *Psychoanalysis and Culture*, published in honor of Geza Roheim's 60th Birthday, ed. by G.B. Wilbur and W. Muensterberger, International Universities Press, Inc., New York 1951.
- , Some Analytic Observations about the Process of Growing Old, Part V. Psychoanalysis and the Social Sciences, Vol. III, pp. 301-312. G. Roheim (Ed.), International Universities Press, New York 1951.
- Hamilton, G., Changes in Personality and Psychosexual Phenomena with Age, in: E. V. Cowdry, *Problems of Ageing*, 2d edition, pp. 810-831, The Williams & Wilkins Co., Baltimore 1942.
- Jelliffe, S. E., The Old Age Factor in Psychoanalytical Therapy, *Med. J. and Rec.*, January, 1925.
- Jones, E., Die Bedeutung des Großvaters für das Schicksal des Einzelnen, *Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse*, Vol. I, No. 3, Mai, 1913, pp. 219-223.
- , The Importance of the Grandfather for the Fate of the Individual, Chapt. XXXVI-II. *Papers on Psycho-Analysis*. Zeitschrift, 1913, Bd. I. S. 219.
- Kardiner, A., Psychological Factors in Old Age, *Mental Hygiene in Old Age* pp. 14-26, Family Welfare Association of America, New York 1937.
- Kaufman, M., Old Age and Aging: The Psychoanalytic Point of View, *Am. J. Orthopsychiat.*, 10:73-79, 1940.
- Kaufman, M. R., Psychoanalysis in Late-Life Depressions, *Psychoanalyt. Quart.*, 6:308, 1937.
- LaBarre, W., Social Cynsure and Social Structure, *J. Psychiat.*, 14:1946.
- Lewis, N.D.C., Mental Hygiene in Later Maturity, Chapter XVI; in: *Mental Disorders in Later Life*, ed. by O.J. Kaplan, Stanford University Press, 1945.
- Mittelman, B., Psychosomatic Medicine and the Older Patient, Chapter XIV; in: *Mental Disorders in Later Life*, p. 349, ed. by O.J. Kaplan, Stanford University Press, 1945.

- Russell, Lord B.*, Reflections at 80; in: Growing with the Years, New York State Joint Legislative Committee on Problems of the Aging.
- Schilder, P.*, Psychiatric Aspects of Old Age and Aging, *Am. J. Orthopsychiat.*, 10:62-72, 1940.
- Sharpe, E.F.*, Dream Analysis, Hogarth Press, London 1949.
- Wayne, G.J.*, Modified Psychoanalytic Therapy in Senescence, *The Psychoanalyt. Rev.*, 40:99-116, 1953.
- Wright, F.L.*, Young is a Circumstance; in: Growing with the Years, New York State Joint Legislative Committee on Problems of the Aging.  
Growing with the Years, New York State Joint Legislative Committee on Problems of the Aging, Legislative Document No. 32, 1954.

Übersetzt aus dem Englischen von Dr. Peter Heinl.

# Der psychoanalytische Zugang zu dem älteren und alten Menschen

*Hartmut Radebold, Kassel*

Entsprechend den verschiedenen Bedeutungen der von *S. Freud* begründeten Disziplin „Psychoanalyse“ (*Laplanche, Pontalis 1972*) soll nach einem kurzen Überblick über den bisherigen Interessen- und Forschungsstand versucht werden darzustellen, welcher psychoanalytische Verstehenszugang zur Situation des Alterns und Altseins besteht. Anschließend soll diskutiert werden, in welcher Art und Weise und in welchem Umfang einige wichtige psychoanalytische Konzepte, z.B. der Regression, für diesen Lebensabschnitt Bedeutung haben. Anschließend werden mehrere entscheidende Aspekte der Behandlung von älteren und alten Patienten dargestellt und eine Übersicht über die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten gegeben.

Dabei wird bewußt auf ein Eingehen auf vorliegende psychoanalytische Erkenntnisse und theoretische Vorstellungen über Sterben und Tod verzichtet, obwohl das im Alter in absehbarer Zeit bevorstehende Lebensende immer eine entscheidende Determinante darstellt, im Sinne einer Beunruhigung und Bedrohung im Erleben dieses Zeitabschnitts des Lebenszyklus und damit auch jeden therapeutischen Prozesses. Der Versuch einer umfassenden Darstellung würde einerseits den vorliegenden Rahmen sprengen, und andererseits geht es um die Darstellung der Lebensphase vor dem Lebensende (außerdem beziehen sich viele vorliegende Forschungsarbeiten mehr auf die Psychodynamik und Problematik des Sterbens im jüngeren und mittleren, anstatt im höheren und hohen Lebensalter).

## 1. Interesse und Forschungsstand der Psychoanalyse an Altersfragen

Interesse und Einstellung der Psychoanalyse gegenüber älteren und alten Patienten und damit gegenüber dem Prozeß des Alterns und Altseins wurden offenbar lange Zeit durch die gegenüber therapeutischen Möglichkeiten in dieser Lebensphase sehr skeptische Ansicht von *S. Freud* beeinflusst, welche er sein Leben lang auffallend unverändert beibehielt (1905, 1937). Er zählte speziell drei Kontraindikationen ge-

gen eine Behandlungsfähigkeit in diesem Alter auf. Zur ersten rechnete er die Begrenzung des alternden Ichs oder des Intellekts; so bei „Personen nahe an oder über 50 Jahren pflegt die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen, auf welche die Therapie rechnet, alte Leute sind nicht mehr erziehbar“ (1905). Dazu trat, daß „Material, welches durchzuarbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert“ (1905). Hierbei ging er offensichtlich von der Annahme aus, daß in einer erfolgreichen Analyse eine mehr oder weniger vollständige Rekonstruktion der bisherigen Biographie und eine Lösung - wenn nicht aller, so doch - der wichtigsten Konflikte zu erfolgen habe. Schließlich wurde eine dritte Kontraindikation von ihm darin gesehen, daß „man bis zur Beendigung der Kur in einen Lebensabschnitt geraten würde, für welche auf nervöse Gesundheit nicht mehr Wert gelegt wird“ (1898). In „Die endliche und unendliche Analyse“ bekräftigte er noch einmal seine Ansicht: „es erweisen sich alle Abläufe, Beziehungen und Kraftverteilung so unabänderlich fixiert und erstarrt. Es ist so, wie man es bei sehr alten Leuten findet, durch die sogenannte Macht der Gewohnheit die Erschöpfung der Aufnahmefähigkeit hervorgerufen“ (1937).

Diese Argumente haben offensichtlich die Ansichten mehrere Generationen von Psychoanalytikern beeinflußt. Verschiedene Gründe lassen sich für die Haltung *S. Freud's* vermuten:

- Die mittlere Lebenserwartung lag um die Jahrhundertwende bei 45-50 Jahren, so daß Patienten in diesem Altersabschnitt damals wirklich „alt“ waren.
- Psychische Veränderungen und psychiatrische Erkrankungen im höheren und hohen Lebensalter wurden damals gemäß den wissenschaftlichen Vorstellungen - die allerdings bis heute sehr aktuell geblieben sind - als durch einen unabänderlich fortschreitenden hirnorganischen Abbauprozess bedingt angesehen.
- *S. Freud* begann erst mit 41 Jahren (also 1897) mit seiner Selbstanalyse und lernte dabei in den nachfolgenden Jahren den mühevollen Weg zu psychischen Veränderungen und Fortschritten in diesem Lebensabschnitt kennen. Gleichzeitig erfolgte damit die Auseinandersetzung mit den Eltern und Verwandten, die er jetzt in ihrer Alterssituation und damit in ihrer Unveränderbarkeit erlebte.
- Die Erfahrungen mit älteren Patienten (zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr), auf die sich *Freud* mehrfach in seinen Briefen bezieht (s.d.) und die wohl insgesamt unbefriedigend verliefen, dürften zu dieser Ansicht weiter beigetragen haben.

*Abraham* (1919), *Ferenczi* (1921, 1922) und *Jelliffe* (1925) berichteten dann erstmals über Behandlungserfolge mit Patienten der zweiten

Lebenshälfte zwischen 50 und 55 Jahren. Mehrfach wurde schon damals versucht, Altersvorgänge unter psychoanalytischen Gesichtspunkten zu verstehen. Dabei interessierten sich *Ferenczi* (1921), *Schilder* (1925) und *Grotjahn* (1940) speziell für die Psychodynamik bei senil Dementen und bei der progressiven Paralyse. *Atkin* und *Kaufmann* faßten 1940 Rigidität und Unbeweglichkeit der Alten als Abwehrmechanismen gegen drohende Störungen des libidinösen Gleichgewichtes auf.

In den nachfolgenden Jahren bis ca. 1965 wurde neben einer mehr systematischen Übertragung von psychodynamischen und psychoanalytischen Gesetzmäßigkeiten auf die Phase des höheren und hohen Lebensalters versucht, den Bedürfnissen älterer und alter Patienten durch entsprechende Therapiemodifikationen gerecht zu werden, (z.B. *Goldfarb* 1956; *Meerlo* 1953 und *Wolff* 1963). Dabei handelt es sich jedoch insgesamt um relativ wenige und dazu nicht fortgesetzte Forschungsarbeiten. Dies wird auch dadurch belegt, daß im Grinstein-Index bis 1956 unter fast 50.000 psychoanalytischen Forschungsarbeiten lediglich 50 über das höhere Lebensalter aufgeführt sind.

Seit 1963 befassen sich die Mitglieder der „Boston Society for Gerontologic Psychiatry“ - eine Arbeitsgruppe aus Psychoanalytikern und Psychotherapeuten - in ihren Symposien (1963, 1965, 1967) mit entsprechenden Fragestellungen, die seit 1967 in „Journal of Geriatric Psychiatry“ referiert werden. Dabei stammt die überwältigende Mehrheit aller Forschungsarbeiten vorwiegend aus den USA, während sich im deutschsprachigen Raum bisher nur wenige Autoren mit diesbezüglichen Fragestellungen befaßt haben. Insgesamt muß das Interesse jedoch weiterhin als gering angesehen werden, denn noch 1973 wurden in der „Bibliographia Gerontopsychiatria“ (*Müller*) lediglich 215 Arbeiten aus dem Bereich Psychoanalyse/Psychotherapie unter insgesamt 6.000 Publikationen aufgeführt.

Weitgehend unbeeinflusst durch die vorliegenden Forschungs- und Behandlungsergebnisse scheinen jedoch die meisten Psychoanalytiker resp. Psychotherapeuten in der Praxis Schwierigkeiten beim Zugang zu älteren und alten Patienten zu erleben. Eine Befragung von *Malzahn* (1974) belegt, daß die Hälfte der befragten Mitglieder der DGPPT eine Altersgrenze bei ca. 50 Jahren für psychoanalytische Behandlungen annehmen, aber ebenso auch Psychotherapeuten anderer Schulen (bei den Mitgliedern der AÄGP fand sich ein fast identisches Ergebnis). Diese zurückhaltende Einstellung läßt sich m.E. auf folgende Gründe zurückführen:

- unverändertes Fortbestehen der Einstellung von *S. Freud*, die entspre-

chend an den psychoanalytischen Weiterbildungsinstituten vertreten wird;

- fehlende Kenntnisvermittlung während der medizinischen und psychologischen Ausbildung und der psychiatrischen und psychotherapeutischen Weiterbildung über Alternsprozesse und Behandlungsmöglichkeiten (lediglich auf der Lindauer Psychotherapiewoche besteht seit 3 Jahren ein entsprechendes Angebot);
  - unverändert große Nachfrage nach Therapiemöglichkeiten für Patienten im jüngeren und mittleren Lebensalter, bei
  - inhaltlich und zeitlich begrenzten Therapieerfolgen im höheren und hohen Lebensalter, und aufgrund
  - spezifischer Probleme bei Übertragung und Gegenübertragung (s.d.).
- Ebenso bieten auch in der Regel psychotherapeutische Ambulanzen, Kliniken und Beratungsstellen jenseits des 50. Lebensjahres kaum Behandlungsmöglichkeiten an. Dagegen übernehmen die Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Regelung bei nachweisbarem akuten abgrenzbarem Konflikt bis über das 70. Lebensjahr hinaus entsprechende Behandlungskosten.

## 2. Zur Psychodynamik des Alterns und Altseins

### 2.1 Die Situation im Lebenszyklus

Aus der Sicht der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie (Erikson 1963; Neugarten 1968; Lidz 1971 u.a.) sind Altern und Alter nicht als statische Zeitabschnitte, sondern als eigenständige Phasen des Lebenszyklus anzusehen. In ihnen begegnet jedes Individuum wie in den Phasen der Kindheit, des jüngeren und mittleren Lebensalters bestimmten innerpsychischen Konflikten und psychosozialen Aufgaben, die allerdings auch in Form entsprechender Krisen erlebt werden können. Erikson (1963) sieht bei der Untersuchung der Entwicklung der Identität im Lebenszyklus als Hauptproblem im mittleren Lebensalter „Generativität versus Stagnation“ an. Dabei ist Generativität „in erster Linie das Interesse an der Zeugung und Erziehung der nächsten Generation, wenn es auch Menschen gibt, die wegen unglücklicher Umstände oder aufgrund besonderer Gaben diesen Trieb nicht auf Kinder, sondern auf eine andere schöpferische Leistung richten, die ihren Teil an elterlicher Verantwortung absorbieren kann“. Oder es kommt im Sinne der Stagnation zu „einem übermächtigen Gefühl von Stillstand und Verarmung in zwischenmenschlichen Beziehungen“. Nach Erfüllung dieser biologischen und psychosozialen Aufgaben stellt sich dann im höheren Lebensalter das Problem der Integrität, d.h. „Annahme

seines eigenen einen und einzigen Lebenszyklus und der Menschen, die in ihm notwendig da sein mußten und durch keine anderen ersetzt werden können". Dagegen signalisieren Verzweiflung und Ekel, daß der „eine und einzige Lebenszyklus nicht als das Leben schlechthin bejaht wird, und in der Verzweiflung drückt sich das Gefühl aus, daß die Zeit zu kurz für den Versuch ist, ein neues Leben zu beginnen, andere Wege zur Integrität einzuschlagen. Eine solche Verzweiflung versteckt sich oft hinter einer Kulisse von Ekel, Lebensüberdruß oder einer chronischen Verächtlichmachung bestimmter Institutionen oder bestimmter Leute". Lidz (1970), aufbauend auf den Arbeiten von Erikson, Sullivan und Piaget, unterscheidet nach dem mittleren Lebensalter das „Alter“ mit einer Dreiteilung in „Altsein“, „seneszent werden“ und „senil sein“ mit dem letzten Abschnitt „Sterben/Tod“. Damit ergeben sich für das höhere und hohe Lebensalter folgende psychosoziale Aufgaben:

1. Phase: Übergang vom mittleren Lebensalter bis zum Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß (50./55. - 60./65. Lebensjahr):

Auseinandersetzung mit dem Erleben und der Situation des Älterwerdens (und der damit zum Teil verbundenen narzißtischen Kränkung) mit beginnender Einschränkung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, mit den Verlusten von Eltern und älteren Verwandten und den ersten Verlusten von Gleichaltrigen;

Beendigung der bisherigen biologischen und psychosozialen Aufgabenstellungen früherer Lebensphasen (Gründung und Aufbau einer Familie und ihre soziale und materielle Absicherung, berufliche Weiterentwicklung, Ablösung von den Kindern, Verarbeitung der Menopause usw.);

Neudefinition der Zweierbeziehung in der alternden Ehe nach Ablösung der Kinder mit dem Versuch einer Abstimmung der eigenen und gegenseitigen Wünsche, Bedürfnisse und Triebimpulse;

Einstellung auf das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß und Vorbereitung desselben (auch zusammen mit dem Partner) mit Erstellung eines realistischen Planes für den folgenden weiteren Lebensabschnitt und der Bearbeitung der bisherigen, eher illusionären Wunschvorstellungen über die zukünftige Lebensgestaltung, und in Verbindung damit Umlenkung der beruflichen Aktivitäten auf andere Interessenbereiche.

2. Phase: Altern und „Ruhestand“ (60./65. bis 75. Lebensjahr):

Realisierung der vorgesehenen Pläne für die Zeit des Ruhestandes und individuell befriedigende Gestaltung dieses Zeitabschnittes mit dem Partner;

fortwährende adaptative Einstellung auf und Akzeptieren des Altwerden;

Auseinandersetzung (einschl. des Versuchs einer Bewältigung) mit den eintretenden sozialen Einschränkungen (Einkommensminderung, Verlust an sozialem Status und Aufgaben, Wohnbeschränkungen usw.), den zunehmenden Krankheiten (Multimorbidität), den Verlusten an Objektbeziehungen und Bedrohung der Selbständigkeit;

Auseinandersetzung mit der zunehmenden Möglichkeit des Sterbens und Todes.

3. Phase: Altsein im hohen Lebensalter (nach dem 75. Lebensjahr):

Fortsetzung der Auseinandersetzung mit den zunehmenden Einschränkungen, Bedrohungen und Verlusten;

Akzeptieren des Altgewordenseins mit Krankheit, Vereinsamung und Isolierung;

Auseinandersetzung mit der weiteren Bedrohung der Selbständigkeit und der zunehmenden Abhängigkeit;

Vertrautwerden mit Sterben und Tod.

Im Gegensatz zu Kindheit und jüngerem Erwachsenenalter lassen sich die Phasen des mittleren, höheren und hohen Lebensalters bei weitem nicht so eindeutig bestimmten Lebensjahren zuordnen. Bisherige Entwicklung im Lebenszyklus, soziale Veränderungen (z.B. Weggang der Kinder aus der Familie), gesellschaftliche Festlegungen (z.B. Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Arbeitsprozeß), biologische und Krankheitseinflüsse müssen mit berücksichtigt werden. Weiterhin sind das innerpsychische Erleben des Alterns und Altseins und die subjektive Festlegung des Termins des Eintrittes ins Alter entscheidend. Ebenso wichtig ist, wie weit auftretende Veränderungen den Erwartungen an den Lebenszyklus entsprechen oder ihm entgegenlaufen, z.B. Verlust eines Kindes anstatt des älteren Partners (Neugarten 1970).

## 2.2 Fremdbestimmung durch die Alterssituation

Jüngerer und mittlerer Lebensalter werden oft als Zeitraum des zur Verfügungstehens der umfassendsten Möglichkeiten im physischen, psychischen und sozialen Bereich mit weitgehender Selbstbestimmung nach der Ablösung aus der Kindheitsfamilie angesehen. Diese spiegelt sich auch in den Vorstellungen über die Entwicklungsmöglichkeiten unserer Patienten in diesem Lebensalter wider. Dagegen kann das höhere und besonders hohe Lebensalter - entsprechend der Kindheitssituation - durch Einschränkung, Abhängigkeit und damit Fremdbestimmung gekennzeichnet sein.

Das Spektrum dieser negativen und einschneidenden Veränderungen kann viele Bereiche umfassen. Dazu rechnen Zunahme von Krankheitshäufigkeit und -dauer (Schettler 1974), Multimorbidität und gehäuftes Auftreten chronischer organischer Erkrankungen (Zimmermann 1977) sowie eine Zunahme psychischer Störungen/Krankheiten bei geschätzten mindestens 25-30% der über 65jährigen (Psychiatrie-Enquête 1975). Zusätzlich treten verstärkt Verluste an wichtigen Objektbeziehungen, besonders von Partnern, Verwandten und Freunden auf. Materielle Sorgen (erheblich gemindertes Renteneinkommen, schlechtere Wohnungsausstattung usw., s. z.B. Tismer 1975) verschlechtern ebenfalls die Alternssituation; dazu erfolgt in der leistungs- und jugendlichkeitsorientierten Gesellschaft eine zusätzliche Entwertung durch das vorgeschriebene Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß und die allgemeinen Ansichten und Vorurteile über das Altern. Durch die Kumulation dieser Einflüsse kann es mit zunehmendem Lebensalter zu einer entsprechenden Abhängigkeit und Fremdbestimmung kommen, die sich bei institutioneller Unterbringung (z.B. leben in Heimen ca. 3,6% aller über 65jährigen) noch einmal erheblich verstärken kann.

Diese möglichen negativen Veränderungen gehen jedoch nicht mit einer - wie früher vermuteten - Minderung entsprechender Bedürfnisse oder z.B. einer Triebinvolution (Berezin 1963; Zinberg 1963) einher. Ebenso wie für psychosoziale und materielle Bedürfnisse wurde überzeugend für den Bereich der genitalen libidinösen Triebimpulse anhand von Wunschvorstellungen, Phantasien und Träumen nachgewiesen, daß diese zumindestens bis in das höhere und hohe Lebensalter (75. Lebensjahr) fortbestehen. Wobei nicht verkannt werden darf, daß der Bedürfnisbefriedigung größere Schwierigkeiten (Gewöhnung, fehlender Partner, gesellschaftliche Normen usw.) entgegenstehen.

### 2.3 Bedrohungen der Ich-Stabilität

Auftreten, Umfang, Erleben und Besetzung der unter 2.2 dargestellten Einschränkungen und Veränderungen, die vom Ich als beunruhigende Bedrohung erlebt werden, entscheiden über eine fortbestehende Ich-Stabilität und damit das Erhaltenbleiben der Ich-Identität. Dabei werden Trennung und Verlust als entscheidende Bedrohung der seelischen Gesundheit für Kindheit und Alter angesehen (u.a. Stenback 1965; Schmale 1972; Parkes 1974). Gerade höheres und hohes Lebensalter sind durch Zunahme und Häufigkeit an Objektverlusten charakterisiert, die dabei in verschiedener Form erlebt werden:

- als aktueller Verlust in Form einer Trennung von dem libidinös besetzten Objekt, z.B. durch den im Alter häufiger werdenden Tod von Partnern, Geschwistern, langjährigen Freunden, aber auch schon von eigenen Kindern ebenso wie durch Verlegung ins Heim, Aufnahme ins Krankenhaus u.a.m.;

- als drohender Verlust bei einer eingreifenden Veränderung einer bestehenden Beziehung, die eine Bedrohung der Beziehung oder eine Antizipation eines Verlustes signalisiert, z.B. in Form schwerwiegender Gesundheits- und Verhaltensveränderungen bei wichtigen Beziehungspersonen, und

- als symbolischer Objektverlust durch Wiederbelebung kürzlicher oder früherer phantasierter und erlebter Verluste durch eine äußerlich unspezifische, individuell jedoch sehr entscheidende Situation.

Neben dem Verlust einer Objektbeziehung werden auch zahlreiche andere Bedrohungen und Einschränkungen je nach ihrer innerpsychischen Besetzung als Verluste erlebt. *Levin* (1963, 1965) unterscheidet dabei die „Attacke“ z.B. durch Krankheit und Verlust physischer und psychischer Fähigkeiten und trennt davon die „Drohung“, z.B. durch drohende oder phantasierte Verluste und weist auf die Wichtigkeit ihrer Bedeutung bei der Auslösung von Altersdepressionen hin. Zu den Kränkungen zählen auch die narzißtische Kränkung durch das Erleben des Alterns und Alters im „Blick in den Spiegel“. Schließlich wird durch jeden Verlust die Angst des Individuums vor seinem eigenen Lebensende immer wieder reaktiviert und verstärkt.

Mehrere Aspekte müssen berücksichtigt werden, um die innerpsychische Bedeutung einer derartigen Bedrohung bzw. eines Verlustes abschätzen zu können:

- welche innerpsychische Bedeutung hat der Verlust (d.h., wie hoch ist er besetzt), z.B. von Beziehungspersonen, beim Arbeitsprozeß, bei körperlichen und psychischen Fähigkeiten und welche Vorstellungen, Phantasien und Ängste sind mit ihm verknüpft?

- treten diese Verluste im physischen, psychischen und sozialen Bereich nur vereinzelt und außerdem über einen langen Zeitraum verteilt auf oder kumuliert innerhalb eines kurzen Zeitabschnittes, z.B. innerhalb eines halben Jahres?

- entsprechen sie den Erwartungen des Lebenszyklus?

- wie geht die Umwelt - gerade bei schon bestehender Anhängigkeit - mit dieser Bedrohung um?

## 2.4 Zur Gültigkeit psychoanalytischer Konzepte für diese Lebensphase

Bei der Durchsicht früherer psychoanalytischer Arbeiten und auch noch heute bei Diskussionen über Psychodynamik und psychotherapeutische Möglichkeiten entsteht manchmal der Eindruck, als ob nach dabei vertretenen Ansichten psychoanalytische Gesetzmäßigkeiten und Konzepte ausgerechnet für die Lebensphase des höheren und hohen Alters nicht mehr zutreffen. Demgegenüber wurde schon sehr früh auf die Notwendigkeit der Übertragung erworbener Kenntnisse aus Kindheit (ohne damit Alter als zweite Kindheit anzusehen) und jüngerer Erwachsenenzeit auf die ältere Erwachsenenzeit hingewiesen. Grundsätzlich muß entsprechend der Sicht der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie davon ausgegangen werden, daß die entscheidenden psychoanalytischen Gesetzmäßigkeiten für alle Lebensphasen des Erwachsenenlebens zutreffen. *Zetzel* hat schon 1965 nachdrücklich bei der Diskussion um eine mögliche Triebinvolution auf diesen Tatbestand hingewiesen.

Möglicherweise liegt eine Verstehensschwierigkeit darin, daß einerseits theoretisch z.B. dem Postulat der Zeitlosigkeit des Es als psychischem Ausdruck der Triebe zugestimmt wird, aber andererseits Umsetzung und Anerkennung dieses Sachverhalts aufgrund der eigenen Übertragung - und Gegenübertragung schwerfällt oder entsprechende Erscheinungen falsch eingeordnet werden. So ändern sich z.B. Wünsche nach mütterlicher Versorgung und Abhängigkeit oder Geschwisterrivalität in der Form zwischen Kindheit und hohem Lebensalter beträchtlich, bleiben aber inhaltlich weitgehend identisch. Nach Mutter und Ehefrau zeigen sie sich jetzt bei der Pflegekraft oder Heimleiterin. Drückte sich die Konkurrenz zwischen Geschwistern früher in dem Wettstreit um Schulnoten, körperliche Stärke und Spielzeug und später um Examensabschlüsse, berufliches Fortkommen, Aussehen der Ehefrau und Entwicklung der Kinder aus, so erfolgt sie jetzt im Alter über die noch verbliebenen Kräfte, die Enkelkinder, die geringere Krankheitshäufigkeit, die Anerkennung der Umwelt und zuletzt durch das Überleben gegenüber dem Geschwisterteil.

Andererseits ist zu fragen, ob Alternsprozesse sich durch bestehende psychoanalytische Konzepte, z.B. das der Regression, befriedigend und umfassend erklären lassen. Schließlich wird man im Bereich der Therapie mit völlig neuen Aspekten eines bestehenden Konzeptes, wie z.B. bei der Übertragung - Gegenübertragung konfrontiert.

## 2.5 Zu Abwehrzwecken benutzte Verhaltensweisen und Abwehrmechanismen

Bei der Kennzeichnung des Alterns und Altseins einerseits durch Fortbestehen von libidinösen und aggressiven Triebimpulsen und entsprechenden Bedürfnissen und andererseits durch Zunahme von Bedrohungen und Verlusten und damit von deutlich abnehmenden oder schon weitgehend eingeschränkten Befriedigungsmöglichkeiten stellt sich die Frage nach der Arbeit des Ich unter diesen Bedingungen und damit besonders nach seinen Abwehroperationen. Aus dieser Sicht können viele „typische“ Charakteristika und Verhaltensweisen in diesem Lebensabschnitt - trotz möglicherweise mehrfacher Determinierung, z.B. durch hirnorganische Prozesse - als Abwehroperationen des Ich aufgefaßt werden.

Dazu zählen offenbar das zunehmend starrere und rigidere Verhalten mit Pedanterie, konservativer Einstellung und entsprechend strukturiertem Tagesablauf, ebenso wie die Zuspitzung und Karikierung bestimmter Charakterzüge, d.h. also Veränderungen von der Ordnung zur Pedanterie, von Sparsamkeit zum Geiz oder von der Vorsicht zum Mißtrauen (u.a. Müller 1967; Ciompi 1970). Hierbei wird Charakter selbst bei vorherrschenden Reaktionsbildungen als Abwehrbildung angesehen, dazu bestimmt, das Individuum nicht nur gegen die fortbestehenden Triebbedrohungen, sondern gegen das erstmalige Auftreten von Symptomen zu schützen.

Weiterhin können bestimmte körperliche, speziell hirnorganische Ausfälle und Veränderungen zu Abwehrzwecken benutzt werden. Bekannt sind das nicht nur symbolisch zu verstehende „Nicht hören“- und „Nicht sehen“- Wollen, das beharrliche Beschäftigen mit bestimmten schwierigen und nicht verarbeitbaren Ereignissen, fast im Form eines Perseverierens und die Rückkehr und das Verweilen in den Kindheits-erlebnissen (im Sinne eines deutlichen Hinweises auf das Unbefriedigtsein und die Schwierigkeiten in der jetzigen Lebenssituation). Ebenso scheinen sich Ältere mit ihren stetigen Hinweisen auf die bisherigen reichlichen Lebenserfahrungen vor neuen Erfahrungen, d.h. auch Verführungen, Enttäuschungen und Sehnsüchten zu schützen. (Außerdem vermeiden sie es dabei zu untersuchen, wieweit die bisherigen Erfahrungen neurotische Anteile beinhalten.)

Auch die klassischen Abwehrmechanismen scheinen aufgrund ihrer eher ungewohnten Form eher auf hirnorganische Ausfälle bezogen, statt als solche erkannt zu werden. Das in den Lehrbüchern oft beschriebene starre unbeteiligte Verhalten von älteren und alten Menschen bei Trauerfällen ist als Trennung von Inhalt und Affekt oder als

Verdrängung aufzufassen. Außerdem treten in gehäuftem Umfang, genetisch gesehen, frühere Abwehrmechanismen auf, wie z.B. die Identifizierung mit dem Aggressor im Sinne einer unbewußten Unterwerfung an die Normen und Vorschriften der Umwelt, wie es besonders bei zunehmender Abhängigkeit von Älteren zu beobachten ist, ebenso wie die Projektion, wie sie sich häufig im Rahmen paranoider Entwicklungen zeigt.

## 2.6 Altern gleich Regression?

Progression und Regression stellen aus der Sicht des Lebenszykluskonzeptes normale und entscheidende Determinanten der Entwicklung dar bei Überwiegen von Progressionsschritten in Kindheit, Adoleszenz und jüngerem/mittleren Erwachsenenalter. In der früheren psychoanalytischen Literatur wurden Regressionsvorgänge als normale und charakteristische Begleiterscheinungen des Alternsprozesses diskutiert unter der Annahme unabänderlich und zunehmend nachlassender physischer und psychischer Fähigkeiten. Aufgrund dieser postulierten gesetzmäßig fortschreitenden Veränderungen wurde parallel dazu eine Triebinvolution, bis hin zu teilweise völligem Verschwinden von Triebimpulsen im hohen Alter, angenommen. Daraus wurde die damalige Vorstellung der naturgemäßen Abnahme des Genitalprimats (Berezin 1963; Zinberg 1963) als Ursache klinisch wohlbekannter regressiver Altersphänomene abgeleitet.

Ergebnisse aus den gerontologischen Längsschnittstudien über „normales Altern“ und Untersuchungen mit dem Nachweis des langfristigen Fortbestehens libidinöser Triebimpulse und Aktivitäten neben der Erkenntnis, daß die beobachteten ausgeprägten regressiven Phänomene weitgehend nur bei altersveränderten und sehr abhängigen Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen und bei Patienten mit schweren hirnrorganischen und psychotischen Erkrankungen auftraten, führten zu einer differenzierteren Betrachtung von Regressionsprozessen im Alter (Berezin 1972). Während des Älterwerdens scheint es zu einem allmählichen Rückzug von der Außen- in die Innenwelt mit größerer Distanz zur Umwelt (Harvighurst 1963; Neugarten 1970 u.a.) zu kommen, psychoanalytisch als verstärkte Abwehr zu interpretieren. Bei weiteren Verlusten an Objektbeziehungen, mit entsprechender Abnahme von Befriedigungsmöglichkeiten in der Außenwelt bei gleichzeitiger stärkerer Besetzung von Körperfunktionen und Wichtigkeit der Integrität des Körpers, kann sich dieser Rückzug als Ausdruck einer narzißtischen Regression (Levin 1965) verstärken.

Die Aufrechterhaltung der Ich-Stabilität scheint zunächst durch eine verstärkte Abwehr erreicht zu werden. Dabei hängt die Fähigkeit des Ich, Einschränkungen, Bedrohungen und langanhaltende Depressionen während des Alters ertragen zu können, nicht nur von der Qualität früherer Objektbeziehungen, sondern ebenso von der bisher erreichten Autonomie, den bisherigen Befriedigungsmöglichkeiten in Übereinstimmung mit dem Ich-Ideal zusammen (*Modell 1970; Zetzel 1970*). Dabei wird auch beim Älterwerden zuwenig die Möglichkeit von Progressionsschritten nach entsprechender Stabilisierung oder Adaptation, nach Lösung von innerpsychischen Konflikten und Schaffung neuer Befriedigungsmöglichkeiten oder Reaktivierung alter Objektbeziehungen berücksichtigt (*Modell 1970; Zetzel 1970 und Weisman 1970*).

Erst bei nicht mehr ausreichenden Abwehrmöglichkeiten infolge mehrfacher Bedrohung im physischen, psychischen und sozialen Bereich und/oder entsprechender neurotischer Vorschädigung sind Regressionsschritte zu beobachten. In der Regel übernimmt dabei die Regression zunächst adaptative Aufgaben im Dienste des Ich. Bei dem langsam verlaufenden Alternsprözeß mit allmählichen Einschränkungen, zunehmenden Schwierigkeiten und Verlusten an Objektbeziehungen scheint durch eine über viele Jahre sich hinziehende und allmählich verlaufende Adaptation mit entsprechenden Regressionsschritten die Stabilität und Integrität des Ichs erhalten zu bleiben.

Bei nur mühsam aufrechterhaltener Stabilität des Ich infolge von oder in Verbindung mit fortgeschrittenen schweren oder chronischen Alterserkrankungen, bei Isolierung oder Vereinsamung kann es durch einen zusätzlichen Verlust an Objektbeziehungen oder bei einer weiteren Einschränkung im physischen, psychischen oder sozialen Bereich zu einer pathologischen Regression im Sinne einer Auflösung der Ich-Integrität kommen, welche sich klinisch häufig als akuter Verwirrheitszustand manifestiert. Typisch für die Situation sind tiefgreifende Veränderungen der bisher stabilen Umwelt, wie z.B. Umzug, Verlegung ins Heim oder Aufnahme ins Krankenhaus. Entsprechende Verwirrheitszustände wurden auch nach den früher üblichen tagelangen vollständigen Abdunklungen nach Star-Operationen (*Weisman 1958*) beobachtet.

Bei gleichzeitigen oder kurz hintereinander erfolgenden Bedrohungen, Einschränkungen und Verlusten in mehreren Bereichen, im Sinne einer für das Alter nicht seltenen Kumulation als „Omnikonvergenz mehrerer Ereignisse“, ist auch bei relativ gesunden Älteren eine weitgehende psychische Erstarrung mit Erschöpfung bei völligem Rückzug und Sich-Aufgeben zu beobachten, was *Cath (1965)* als „Depletion“

beschrieben hat. Die Übereinstimmung mit der Deprivation bei Kleinkindern oder den Apathie-Syndromen bei KZ-Häftlingen ist auffällig. Sie scheint durch langjährige, sich im Alter nicht abschwächende, neurotische Erkrankung, eine symbiotische Partnerbeziehung oder eine umfassende altruistische Abtretung eigener Bedürfnisse an die Umwelt gefördert zu werden. Da nach einzelnen klinischen Beobachtungen diese „Depletion“ auch bei relativ stabilen und gesunden älteren und alten Menschen auftritt, wenn sie einer vielfältigen und sehr intensiven Bedrohung ausgesetzt sind, muß man umgekehrt fragen, wieviele Verluste im Alter ohne entsprechende schwerwiegende Auswirkungen zu ertragen sind. Bei anhaltendem Einfluß der beschriebenen Faktoren im Sinne einer fortbestehenden Bedrohung können diese pathologischen Regressionsformen auch mit dem Tode, häufiger in Form eines „Erlöschens“, enden.

Außerdem wurde mehrfach versucht, von den beschriebenen Regressionsformen diejenigen Prozesse abzugrenzen, die offenbar mehr den systematisch organisch fortschreitenden, umgekehrt verlaufenden Reifungsprozessen der frühen Kindheit entsprechen und besonders bei bestimmten Alterspsychosen, ausgeprägten hirnrorganischen Prozessen und bei seniler Demenz zu finden sind. *Linden* (1963) charakterisierte diesen Prozeß als „Rezession“, *Weisman* (1970) als „biodynamische Regression“.

Altern und Altsein ist damit keinesfalls von vornherein mit einer entsprechenden Regression gleichzusetzen. Deutlich ist aber auch, daß dieser Lebensabschnitt von zahlreichen Regressionserscheinungen begleitet wird, die u.a. auch für das sich Abschwächen oder Verschwinden bestimmter Neurosen, besonders des hysterieformen Typs, verantwortlich sind bei häufigerem Auftreten zwanghafter, depressiver Bilder und psychosomatischer Erkrankungen.

### 3. Möglichkeiten der psychoanalytischen Psychotherapie

#### 3.1 *Veränderte Zielsetzungen*

Eine Durchsicht von in der Literatur (zum Teil im „*Journal of Geriatric Psychiatry*“) wiedergegebenen und eigenen Behandlungsberichten zeigt einerseits, daß psychoanalytische Psychotherapien mindestens bis zum 75./80. Lebensjahr möglich sind, daß sich andererseits aber die Zielsetzungen dieser Behandlungen deutlich geändert haben. Während im jüngeren und mittleren Lebensalter vorwiegend die kausale Behandlung von Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen durch einen langfristigen psychoanalytischen Prozeß mit entsprechenden Veränderungen von Persönlichkeitsanteilen angestrebt wird, zielt die

Hilfestellung im höheren und hohen Lebensalter eher auf die Bearbeitung von abgegrenzten Konflikten und Problembereichen ab.

Dazu zählen folgende:

- Akute, reaktive Konflikte bei der Anpassung (bzw. Verarbeitung) an Altern und Altsein (z.B. Verlust von wichtigen Beziehungspersonen oder Fähigkeiten, Selbständigkeit nach langjähriger schwieriger Ehe usw.);
- Klärung der augenblicklichen Lebenssituation im Altern und Altsein im Sinne einer Bilanzziehung mit Erkundung noch bestehender Möglichkeiten an Objektbeziehungen, Befriedigungen und Interessen (z.B. nach Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß, Verlust oder Trennung vom Partner);
- reaktivierte (u.U. auch für das bewußte Erleben erstmalig auftretende) phasenspezifische Konflikte (Abwehr von Abhängigkeitswünschen, narzißtische Kränkung durch die Alterssituation, „Nutzlosigkeit nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß“, Angst vor dem Sterben bei Partnerverlust);
- Aktualisierung bestimmter Konflikte im Rahmen langjähriger neurotischer Erkrankungen durch die Alternssituation, (z.B. Möglichkeit einer langjährig abgewehrten Triebbefriedigung anläßlich der Pensionierung oder durch engeres Zusammenleben von zwei Partnern).

Langfristige chronifizierte neurotische Erkrankungen mit ausgeprägtem sekundärem Krankheitsgewinn lassen sich nach vorliegenden Erfahrungen ebenso wie psychosomatische Erkrankungen in dieser Altersphase kaum behandeln (*Radebold 1979*). Dazu muß man sich vergegenwärtigen, daß therapeutische Erfolge im Gegensatz zu den davorliegenden Lebensabschnitten zeitlich und inhaltlich beschränkt sind. Zunehmende weitere Bedrohungen, Erkrankungen und Verluste können immer wieder eine neugewonnene Ich-Stabilität in Frage stellen. Dazu kann der Therapeut auch nicht abschätzen, wie lange sein Patient noch lebt.

Ein relativ großer Teil der älteren und alten Patienten sucht nach eigenen Erfahrungen aufgrund einer ausgeprägten Motivation eine Therapie, sobald er von entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten hört. Dabei fallen Äußerungen, wie „endlich vor dem Altsein oder dem Lebensende noch einiges in Ordnung bringen zu müssen“, „endlich Zeit zu haben, sich selbst kennenzulernen und die letzten Lebensjahre anders zu verbringen“. Andere Patienten stehen plötzlich nach bisher selbständig und erfolgreichem Lebensverlauf vor aktuellen, nicht zu bewältigenden Schwierigkeiten. Schließlich bemühen sich Patienten, die aufgrund einer lange zurückliegenden psychotherapeutischen Behand-

lung um die entsprechenden Hilfsmöglichkeiten wissen, bei neuen Konflikten im Alter um eine Fortsetzung ihrer Therapie.

### 3.2 Spezifische Schwierigkeiten bei Indikationsstellung und Therapie

Die multifaktoriellen Bedingungen des Alternsprozesses und die Kumulation von physischen, psychischen, sozialen Einflüssen bei der Entstehung von reaktiven Störungen und Krankheiten fordern noch mehr als in früheren Lebensphasen eine umfassende, mehrdimensionale Diagnose, die folgende Aspekte berücksichtigen muß:

- Im Rahmen der bisherigen Entwicklung im Lebenszyklus interessiert, welche Entwicklungsphasen als Krisen erlebt, wieweit sie zu neurotischen und psychosomatischen Symptomen führten und welche innerpsychischen Konfliktlösungen bisher gefunden wurden;
- im klinischen Bereich muß der Umfang schon erfolgter organischer Veränderungen (u.a. von Mobilität, Hören und Sehen) und das Ausmaß bestehender Multimorbidität beurteilt werden. Im sozialen Bereich stellt sich die Frage nach drohenden, bevorstehenden, eingetretenen Veränderungen und Verlusten (Vorhandensein bzw. Fehlen von Partnern, Familienangehörigen, weiteren Kontakten, Veränderungen im Bereich des Einkommens, des sozialen Status, der Wohnungssituation u.a.m.);
- psychodynamisch ist dann entscheidend, welche innerpsychische Bedeutung diesen Veränderungen und Verlusten zukommt und wie sie von dem Patienten und seiner Umwelt (von der er oft abhängig ist) verarbeitet wurden;
- dabei müssen differentialdiagnostisch im psychiatrischen Bereich diffuse körperliche Beschwerden und/oder hypochondrische Klagen als Ausdruck einer alterstypischen depressiven Symptomatik oder als Anzeichen diffuser oder lokaler hirngorganischer Altersveränderungen abgegrenzt werden.

Gleichzeitig konfrontiert die Erhebung einer Anamnese im Alter mit der Fülle und Vielfalt einer biographischen Entwicklung über einen Zeitraum von 60-70 Jahren mit einem langen zeitlichen Abstand zu den entscheidenden Kindheits- und Jugendzeiteinflüssen. Häufig sind dabei die relevanten Ereignisse verdrängt, in einem mehrschrittigen langwierigen Abwehrprozeß modifiziert oder in einem für das Individuum günstigen Sinn (Ernst 1959) korrigiert.

Auch bei älteren und alten Patienten müssen ausreichend gesunde Ich-Funktionen vorhanden sein, die den Aufbau eines Arbeitsbündnisses erlauben, genügend konfliktfreie Bereiche bereitstellen und keine

allzu ausgeprägten Ausfälle und Einschränkungen aufweisen. Unter relativ sicheren und stabilen sozialen Verhältnissen sollte die Möglichkeit zu weiteren Objektbeziehungen (entweder Wiederbelebung alter oder Anknüpfung von neuen) gegeben sein, damit nicht der Therapeut die einzige Beziehungsperson mit allen auf ihn übertragenen Wünschen darstellen muß. Sonst erscheint eine Ablösung nach der Therapie kaum noch möglich. Wichtig erscheint dabei, wieweit der Patient selbst noch Veränderungsmöglichkeiten und neue Lösungen für den zukünftigen Lebensabschnitt sieht und welche Veränderungsmöglichkeiten real - aber auch in der Phantasie des Therapeuten - noch gegeben sind.

In der Regel können nur so in mehreren Gesprächen Wiederholungscharakter und Spezifität des innerpsychischen Konfliktes und damit eine positive Konflikt diagnose, das Ausmaß der jetzt bevorstehenden oder eingetretenen Veränderungen und Verluste, der Umfang depressiver/hirnorganischer Symptomatik und die bestehende Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation geklärt werden, ebenso die Mitarbeit auf seiten des Patienten, z.B. in der Verarbeitung von Deutungen.

Schon frühzeitig wurde in der Literatur auf die Besonderheiten und Schwierigkeiten der Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation bei der Behandlung älterer und alter Patienten hingewiesen (z.B. Stern 1953; Goldfarb 1955; Grotjahn 1955; Meerloo 1955). Besonders in der Anfangsphase einer Behandlung wird der in der Regel jüngere Psychotherapeut mit zusätzlichen Schwierigkeiten infolge der Umkehr der klassischen Übertragungskonstellation konfrontiert. Der ältere Patient erlebt den jüngeren Therapeuten als sein reales oder phantasiertes Kind oder Enkelkind, auf welches alle Ängste, Befürchtungen, Phantasien, Erwartungen und Hoffnungen projiziert werden, denen „dieses Kind als letztes Kind“ wiederum nicht gerecht werden kann. Umgekehrt erfährt der jüngere Therapeut hier - diesmal nicht in Form eines wohlwollenden Lehranalytikers - noch einmal seine eigenen Schwierigkeiten mit den Älteren, d.h. den eigenen Eltern und ihren Ersatzpersonen. Viele infantile Konflikte werden so in der Interaktion mit dem Älteren reaktiviert und von seiten des Therapeuten u.U. mit entsprechendem Abwehrverhalten, Ambivalenz und Schuldgefühlen beantwortet. Dazu wird er zusätzlich mit zum Teil sehr beunruhigenden und beängstigenden neuen Erfahrungen, wie Veränderungen und Abfall im sozialen Status, Auftreten von schweren und langfristigen Krankheiten, Verlust von Angehörigen seines Patienten und mit Sterben und Tod konfrontiert. Ebenso können die zeitlich und inhaltlich eingeschränk-

ten therapeutischen Erfolge zu erheblichen narzißtischen Kränkungen führen.

Lehranalyse, positive Kindheitserlebnisse und Erfahrungen mit den eigenen Eltern und anderen Älteren und Kennen der bedrohlichen Verlustsituationen im Alter stellen einen gewissen Schutz und Hilfestellung für die therapeutische Arbeit mit älteren und alten Menschen dar (Radebold 1974, 1976).

### 3.3 *Behandlungsverfahren*

#### 3.3.1 *Einzelbehandlung*

Wiedergegebene Behandlungsberichte weisen übereinstimmend darauf hin, daß in der Regel eine Einzelbehandlung in Form einer mittel- oder längerfristigen psychoanalytischen Psychotherapie (von mehreren Monaten bis hin zu zwei Jahren) erfolgt. Behandlungsberichte über Langzeitanalysen (3-4 Wochenstunden über mehrere Jahre) liegen bisher kaum vor. Nach entsprechender Diagnosen- und Indikationsstellung weisen die Behandlungsberichte auf entsprechende Erfolge hin, besonders bei der Bearbeitung von aktuellen abgrenzbaren Konflikten mit zum Teil noch erheblichen Veränderungen in der Alterssituation bis hin zur Symptomverringering oder Symptomlosigkeit.

Oft wird dabei eine endgültige Auflösung der Übertragungsbeziehung von seiten der älteren und alten Patienten nicht möglich und das Erhaltenbleiben einer „milden positiven Übertragung“ notwendig sein mit der Möglichkeit, sich bei neuen Schwierigkeiten oder sich verschlechterndem Zustand wieder an seinen Therapeuten wenden zu können. Diese Aussicht trägt oft entscheidend zur Stabilität und zur Abwehr von neuauftretenden Ängsten und Bedrohungen bei.

#### 3.3.2 *Gruppenpsychotherapie*

Seit ca. 1960 wird in der Literatur eine Bevorzugung von gruppenpsychotherapeutischen Verfahren auf psychoanalytischer oder psychodynamischer Grundlage deutlich (s. Berichte in „Journal of Group-Psychotherapy“ und Radebold 1972, 1976, 1979).

Die Gruppe bietet offensichtlich gerade für Ältere mit ihrer häufigen Vereinsamung und den Kontaktstörungen Möglichkeit für neue Kontakte, Austausch von Erfahrungen, gegenseitiger Hilfestellung und Verständnisfindung. Dabei bietet sie bei ausgeprägten regressiven Ercheinungen Schutz gegen steigende Angst, Isolierung und ein besseres Ertragen von Übertragung und Gegenübertragung i.S. einer Aufspaltung der aggressiven oder libidinösen Impulse auf einzelne Gruppenmitglieder und den Therapeuten. Zudem fällt eine Identifizierung mit

der Gruppe häufig leichter als mit dem Einzelnen. Eine Klärung oder Bearbeitung tieferliegender individueller innerpsychischer Konflikte ist oft nur teilweise möglich, Bewährt hat sich die Form der Durchführung als geschlossene oder „*slow-open*“-Gruppen bewährt, die über andert-halb- bis zweieinhalb Jahre laufen. Über Gruppenpsychoanalysen im engeren Sinne wurde bisher nur selten berichtet (Krasner 1971; Ohlmeier; Radebold 1972, 1976).

### 3.3.3 Familientherapie

Familientherapeutische Behandlungsberichte liegen bisher nur in geringem Umfang vor. Dabei werden in der Regel die Älteren, z.B. die Großeltern, in die Familientherapie von Jüngeren einbezogen. Sehr viel seltener erfolgt die Einbeziehung von Jüngeren in die Therapie von Älteren. Nach Erfahrungsberichten von Kaufmann (1977) hat sich eine akute Krisenintervention in Form einer Familientherapie als erfolgreich erwiesen.

### 3.3.4 Therapiemodifikationen für bestimmte Gruppen von Alterspatienten

Frühere psychoanalytische Publikationen (z.B. Goldfarb 1953, 1955, Meerloo 1955; Rechtschaffen 1959) haben immer wieder die Frage der Notwendigkeit von Modifikationen des therapeutischen Vorgehens aufgrund der Alterssituation diskutiert. Sie bezogen sich dabei allerdings weitgehend auf hirnanorganisch veränderte, abhängig und regredierte Patienten, teilweise mit ausgeprägten zusätzlichen körperlichen Erkrankungen. Verständlich ist, daß diese Patientengruppen neben einem psychoanalytischen Verstehenszugang zu ihrer Lebenssituation einer andersgearteten therapeutischen Hilfestellung benötigen, wie z.B. einer stärkeren Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen (Goldfarb 1953, 1955, 1969). Möglicherweise muß als Voraussetzung für die Rehabilitation dieser Patienten zunächst eine psychoanalytisch orientierte Gruppenarbeit mit dem Personal durchgeführt werden, um eine Veränderung der Einstellung derselben und eine gewisse Bearbeitung von eigenen Konflikten mit Älteren zu ermöglichen.

### Literatur

- Abraham, K., Zur Prognose psychoanalytischer Behandlungen in fortgeschrittenem Lebensalter, *Internat. Z. Psychoanal.* 6 (1919) 113-117.
- Atkin, S., Discussion of old age and aging: The psychoanalytic point of view, *Amer. J. Orthopsychiat.* 10 (1940) 79-84.
- Berezin, M.A., Some intrapsychic aspects of aging, in: Zinberg, N.E., Kaufmann, I., Normal psychology of the aging process, Intern.Univ.Press, New York (1963) 93-117.

- , Psychodynamic considerations of aging and the aged: overview, *Amer.J.Psychiat.* 128 (1972) 1483-1491.
- Bundestag*, Bericht zur Lage in der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Deutscher Bundestag, 7.Wahlper.,Drucks. 7/4200, 1975.
- Cath, St.*, Some Dynamics of Middle and Later Years: A Study in Depletion and Restitution, in: *Berezin, M., Cath, St.* (ed.), *Geriatric Psychiatry*, Intern.Univ.Press, New York 1965.
- Ciampi, L.*, Allgemeine Psychopathologie des Alters, in: *Psychiatrie der Gegenwart*, Vol.II/2, p.977, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1970.
- Erikson, E.H.*, *Kindheit und Gesellschaft*, Ernst Klett, Stuttgart 1968.
- Ernst, K.*, *Die Prognose der Neurosen*, Springer Verlag, Berlin, Stuttgart, Heidelberg 1959.
- Ferenczi, S.*, A contribution to the understanding of the psychoneurosis of the age of involution (Final contributions to psychoanalysis), Basic Books, New York 1921, S. 205-211.
- , Beitrag zum Verständnis der Psychoneurosen des Rückbildungsalters (1922), in: *Bausteine zur Psychoanalyse*, Bd.III pp. 180-188 Huber, Bern 1939.
- Freud, S.*, *Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen*, 1898, GW I.
- , Über Psychotherapie, 1905, GW V.
- , Die endliche und unendliche Analyse, 1937, WG XVI.
- Goldfarb, A.I.*, Psychotherapy of the aged, *Psychoanal.Rev.*43, Nr. 1 (1956) 68-81.
- , Psychotherapy of aged persons, IV: One aspect of the psychodynamics of the therapeutic situation with aged patients, *Psychoanal.Rev.*42 (1955) 180-187.
- , The Psychodynamics of Dependency and the Search for Aid, in: *Kalish, R.* (ed), *The Dependencies Of Old People*, Ann Arbor, Univ.of Michigan, 1969.
- Grotjahn, M.*, Psychoanalytic investigation of a 71 year old man with senile dementia, *Psychoanalyt. Quart.* 9 2(1940) 80.
- , Analytic psychotherapy with the elderly, *Psychoanalyt.Rev.* 42 (1955) 419-427.
- Havighurst, R.*, Successful Aging in: *C. Tibbitts and W. Donahue* (ed), *Processes of Aging*, Williams, New York 1963.
- Jelliffec, S.E.*, The old age factor in psychoanalytical therapy, *Med.J.Rec.* 121 (1925) 7-12.
- Kaufmann, M.R.*, Old age and aging: the psychoanalytic point of view, *Amer.J.of Orthopsychiatry* 10 (1940) 73-79.
- Kaufmann, R.*, Arbeitsgruppe „Familientherapie mit Älteren“, Kongreß „Analytische Familientherapie und Gesellschaft“, Gießen 1977.
- Krasner, J.D.*, Analytische Gruppenpsychotherapie mit älteren Menschen, in: *Psychoanalytische Therapie in Gruppen*, Hrs. *Stefan de Schill*, Stuttgart 1971, S. 340-381.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B.*, *Das Vokabular der Psychoanalyse*, Frankfurt/M. 1972.
- Levin, S.*, Libido equilibrium, in: *Zinberg, N.E. and Kaufmann, I.* (ed.), *Normal psychology of the aging process*, Intern.Univ.Press, New York 1963, 160-168.
- , Depression in the aged, in: *Bereczin, M.A. and Cath, S.* (ed.), *Grief, Loss and Emotional Disorders in the Aging Process*, Int.Univ.Press, New York 1965, 203-225.
- Lidz, Th.*, *Das menschliche Leben*, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1970.
- Linden, M.E.*, Repression and recession in the psychoses of the aging, in: *Zinberg, N.E. and Kaufman, I.* (ed.), *Normal Psychology of the Aging Process*, Intern.Univ.Press, Inc., New York 1963, 125-142.
- Malzahn, B.*, *Psychotherapie im Alter? Ein empirischer Beitrag zu medizinisch-soziologischen Aspekten der Gerontologie*, Inaugural-Dissertation, Ulm 1974.

- Meerloo, J.A.M., Transference and resistance in geriatric psychotherapy, *Psychoanalyt.Rev.* 42 (1955).
- , Modes of psychotherapy in the aged, *J.amer. Geriat.Soc.* 9 (1961) 225-234.
- Modell, A., Aging and Psychoanalytic Theories of Regression, *J.Geriat.Psychiat.* 3 (1970) 139-146.
- Müller, Ch., Alterspsychiatrie, Georg Thieme, Stuttgart 1967.
- Müller, Ch. (Hrsg.), *Bibliographia Gerontopsychiatria*, Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1973.
- Neugarten, B. L., Middle Age and Aging, Univ. Chic. Press, Chicago 1968.
- , Adaptation and the Life Cycle, *J. geriat. Psychiat.* 4 (1970) 71-87.
- Ohlmeier, D., Radebold, H., Übertragungs- und Abwehrprozesse in der Initialphase einer Gruppenanalyse mit Patienten im höheren Lebensalter, *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 5 (1972) 289-302.
- Parkes, C. W., Vereinsamung, Rowohlt, Hamburg 1974.
- Radebold, H. Zur Indikation direkter und indirekter psychotherapeutischer Verfahren im Bereich der Geriatrie, *akt. gerontol.* 4 (1974) 479-483.
- , Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie mit älteren und alten Patienten (II. Mitteilung über spezifische Aspekte), *Z. Gerontologie* 9 (1976) 128-142.
- , Psychosomatische Probleme in der Geriatrie, in: Uexküll, Th. (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, Urban & Schwarzenberg, München 1979.
- Rechtschaffen, A. Psychotherapy with geriatric patients, a review of the literature, *J. Gerontol.* 14 (1959) 73.
- Schettler, G. Interne Aspekte des Leistungsabfalles, in: Fellingner, K. (Hrsg.), *Aktivitätsprobleme des Alternden*, Editiones Roche, Basel 1974.
- Schmale, A., Giving up as a Final Common Pathway to Changes in Health, *Adv. psychosom. Med.* Vo 18 pp. 20-40, Karger, Basel 1972.
- Stenback, A., Object Loss and Depression, *Arch. Gen. Psychiat.* 12 (1965) 144-151.
- Schilder, Pl. Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage, Wien 1925.
- Stern, K. et al., Mechanism of transference and countertransference in psychotherapeutic and social work with the aged, *J. Gerontol.* 8 (1953) 328-332.
- Tismer, K.-G. u. a., Psychosoziale Aspekte der Situation älterer Menschen, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Kohlhammer, Stuttgart 1975.
- Weisman, A., Hackett, T., Psychosis after Eye Surgery, *New Engl. J. Med.* 258 (1958) 1284-89.
- Weisman, A., Discussion: Modell, A. Aging and Psychoanalytic Theories of Regression, *J. Geriat. Psychiat.* 3 (1970) 147-152.
- Wolff, K., Individual psychotherapy with geriatric patients, *Dis. Nerv. Syst.* 24 (1963) 688-691.
- Zetzel, E. R., Dynamics of the metapsychology of the aging process, in: Berezin, M. A. and Cath, S. h., *Grief, Loss and Emotional Disorders in the Aging Process*, Int. Univ. Press, New York 1965, 109-119.
- Zetzel, E., Discussion: Modell, A. Aging and Psychoanalytic Theories of Regression, *J. Geriat. Psychiat.* 3 (1970) 152-159.
- Zimmermann, R. Alter und Hilfsbedürftigkeit, Enke, Stuttgart 1977.
- Zinberg, N. E., The relationship of regressive phenomena to the aging process, in: Zinberg, N. E. and Kaufmann, I., *Normal Psychology of the Aging Process*, Int. Univ. Press Inc., New York 1963, 143.-159.

# Das Alter und die Behandlung alter Menschen aus der Sicht der Individualpsychologie Alfred Adlers

*Lucy K. Ackerknecht, Berkeley*

In den westlichen Ländern ist in den letzten Jahren ein zunehmendes Interesse an den bisher vernachlässigten alten Menschen erwacht. Ja, sie selbst beginnen, sich auch wieder zu behaupten. *Dreikurs* (1969, S. 95) schreibt: „Die Kinder verlangen ihre Rechte, wie alle vorher unterwürfigen Gruppen, Frauen, Arbeiter, farbige und Arme. Sie alle verlangen ihre Rechte und fügen sich nicht mehr dem Diktat ihrer alten Meister.“ Der Liste der unterwürfigen Gruppen möchte ich die der alten Menschen hinzufügen. Sei es Selbstbehauptung der Alten, Sozialgefühl der Jungen, oder beides, das erwachte Interesse hat sich auch auf das Gebiet der Seelsorge, der Beratung und der Psychotherapie der über-sechzig-Jährigen ausgedehnt.

Es stellen sich die folgenden Fragen: Was kann bei alten Menschen überhaupt noch erreicht werden, und wie arbeitet man mit alten Menschen aus der Sicht der Individualpsychologie? Ich werde versuchen, sie in Fallbesprechungen und in der Darstellung der mir am wichtigsten scheinenden Prinzipien der Individualpsychologie zu beantworten.

## Adler über das Alter

Zunächst soll *Alfred Adler* selbst (zitiert in *Ansbacher* 1972) sprechen. Er sagt: „In unserem Kulturkreis wird nicht viel für alte Leute getan. Sie haben viel freie Zeit und wissen nichts damit anzufangen; junge Leute verstehen sie nicht und meiden sie, sie erleben oft Enttäuschungen. Viele Menschen scheinen, wenn sie älter werden, wie verwandelt zu sein, und dies ist hauptsächlich der Tatsache zuzuschreiben, daß sie sich überflüssig und hilflos vorkommen. Sie versuchen, ihren Wert wieder so zu beweisen, wie es die Jugendlichen tun. Sie mischen sich ein und wollen in mannigfacher Weise zeigen, daß sie nicht alt sind und nicht übersehen werden können, oder sie werden enttäuscht und deprimiert.“ (*Adler* 1941, S. 8)

An anderer Stelle fährt er fort: „Nach unseren Voraussetzungen ergibt sich folgerichtig, daß die Zeit des Alterns wie eine dauernde Her-

absetzung ein starkes Minderwertigkeitsgefühl auslöst. Insbesondere werden alle diejenigen darunter leiden, bei denen eine neurotische Disposition vorliegt. Zuweilen bringt erst das Altern mit dem Klimakterium bei Frauen, mit Gefühlen der Insuffizienz geistiger oder physischer Art, mit Anzeichen von Impotenz, Auflösung der Familie, Verheiratung eines Sohnes oder einer Tochter, auch mit Geldverlusten oder Enthebungen von Ämtern und Würden, den Zusammenbruch. Das Alter mit seinen Einbußen wirkt wie andere Herabsetzungen des Persönlichkeitsgefühls.“ (Adler 1913, 1928, S. 80)

Während Adler das eben Zitierte schon 1913 klar sah, empfahl er gegen Ende seines Lebens (Adler 1930) Folgendes: „Wenn Menschen älter werden, sollten sie mehr Raum haben, um sich auszubreiten, und mehr Beschäftigungen und Interessen. Aber genau das Gegenteil ist in unserer Gesellschaft der Fall: Wir geben älteren Menschen keine Gelegenheit zu selbständiger Selbstbetätigung. Deshalb fühlen sie sich zurückgesetzt und sozusagen in die Ecke gestellt. Dies ist bedauerlich, weil sie viel mehr leisten könnten und unendlich glücklicher wären, wenn sie mehr Gelegenheit hätten zu arbeiten und zu streben. Infolge unserer falschen gesellschaftlichen Bräuche schieben wir alte Menschen aufs Abstellgleis, wenn sie oft noch voller Aktivität sind. Man sollte niemals einem Mann von sechzig, siebzig oder achtzig Jahren raten, sich zurückzuziehen, weil es leichter ist, seiner Beschäftigung weiter nachzugehen als seine ganze Lebensschablone zu ändern.“ (Adler 1930, S. 207)

Zum Thema Alter und Tod sagte er: „Die Furcht vor dem Alter und die Furcht vor dem Tod werden den Menschen nicht beunruhigen, der sich seiner Unsterblichkeit in der Form seiner Kinder gewiß ist, und der im Bewußtsein lebt, seinen Beitrag zur immer wachsenden Kultur geleistet zu haben.“ (Adler 1933, S. 43/44)

## Historische Notiz

Nach einer, durch die politische Situation in den dreißiger und vierziger Jahren erzwungenen, relativen Inaktivität der individualpsychologischen Forschung und Praxis erwachte die Individualpsychologie in fast allen westlichen Ländern zu neuem Leben. Sie wird sogar seit mehr als einem Jahrzehnt auch in der Sowjetunion und in einigen osteuropäischen Ländern objektiver und positiver als früher gesehen. Seit den fünfziger Jahren kann man von der modernen Individualpsychologie sprechen. In Zeitschriften: *Journal of Individual Psychology* (1952 bis zur Gegenwart), und *The Individual Psychologist* (1963 bis zur Gegenwart) und dem der Individualpsychologie nahestehenden *Journal of*

*Social Psychiatry* (herausgegeben von Joshua Bierer, London), sowie in den zwei Hauptwerken von Heinz und Rowena Ansbacher: *Alfred Adlers Individualpsychologie* (1972, in engl. Sprache: 1956), und: *Superiority and Social Interest* (1964) ist die Individualpsychologie weiten Interessenskreisen international zugänglich gemacht worden. Seit kurzem erscheinen auch individualpsychologische Zeitschriften in einigen europäischen Ländern, wie z.B. in Deutschland *Die Zeitschrift für Individualpsychologie* (München 1976). Heute macht eine von Harold H. und Birdie Mosak herausgegebene *Bibliography for Adlerian Psychology* (1975) individualpsychologisches Gedankengut leicht zugänglich.

## Vorstellung der Fälle

Da hier theoretische Grundprinzipien der Adlerschen Psychologie und ihrer Anwendung in der Behandlung alter Menschen an Hand von Fällen beleuchtet werden sollen, stellen wir die konkreten Fälle an dieser Stelle kurz vor<sup>1)</sup>.

Klara ist 74 Jahre alt. Ihr Mann ist herzkrank und benötigt viel Pflege. Sie selbst fühlt sich eingeengt, kann ihren Interessen wie Kunst und Tanz nicht nachgehen. Sie muß heimlich zur Therapie kommen, da sich sonst Arthur, ihr Mann, zu sehr aufregen würde. Das Ehepaar hat einen verheirateten Sohn Jim. Die Mutter meint, sie werde von Jim, ihrem Sohn, völlig vernachlässigt, abgelehnt und rücksichtslos, fast sadistisch behandelt. Mit der Schwiegertochter geht es besser. Klara ist vereinsamt, weil Arthur geselliges Leben ablehnt und sie selten gegen seinen Willen handelt. Sie wünscht sich einen Freundeskreis, möchte ihren intellektuellen und künstlerischen Interessen nachgehen können, und wünscht sich, daß ihr Sohn versteht, daß sie nicht eine herzlose Mutter sein wollte. Sie möchte also vom Sohn verstanden und respektiert werden.

Mary, eine 65 Jahre alte pensionierte Lehrerin, lebt mit ihrer jüngeren Schwester Ella zusammen. Ella macht den Haushalt. Obwohl auch sie ausgebildete Lehrerin ist, hat sie nie in ihrem Beruf gearbeitet. Sie betrachtet sich als dumm und unselbständig. Sie hat nie geheiratet. Mary hingegen war dreimal verheiratet. Aus der ersten Ehe hat sie eine Tochter mit drei Kindern. Zwei Ehen wurden geschieden. Die dritte wird von Mary als glücklich bezeichnet, endete jedoch nach kurzer Dauer durch den Tod des Partners. Danach verfiel sie in eine schwere

---

<sup>1</sup> Die Fälle sind, bis auf Mrs. F., von der Autorin selbst behandelt worden. Namen und andere Identifikationsmöglichkeiten wurden geändert.

Depression, ist suizidal und glaubt, mehrere unheilbare Krankheiten zu haben.

Auch Jacks Ehe wurde nach 40 Jahren durch den Tod des Ehepartners beendet. Er selbst ist 64 Jahre alt und nach einer militärischen Laufbahn pensioniert worden. Jack hat einen unverheirateten Sohn, mit dem er zusammenzuleben versucht. Es gibt nichts, worüber Vater und Sohn sprechen können. Durch eine Annonce findet Jack eine Frau, zieht mit ihr zusammen, fühlt sich von ihr beherrscht und eingeengt, verläßt sie, hat andere erfolglose Beziehungen, ist depressiv und zeitweise suizidal.

Mrs. F., beschrieben von *Sten* (1976), ist eine weit über achtzigjährige Frau und lebt senil dahindämmernd in einem Altersheim. Sie spricht seit drei Jahren nicht mehr. Seit einem Jahr besucht die Therapeutin sie drei Abende die Woche, 15-20 Minuten. Sie beobachtet sie auch einmal wöchentlich in einer Gruppensitzung.

Die Patientin Susie hat bei Beginn der Therapie ihr 84. Lebensjahr erreicht. Vor 20 Jahren starb ihr Mann. Seit dieser Zeit fürchtet die physisch gesunde Frau ihren eigenen Tod und fühlt sich vereinsamt. Eine Tochter lebt mit Familie in einem anderen Erdteil. Die andere ist der Mutter entfremdet. Ihr Gedächtnis läßt sehr nach. Sie wird in einem Altersheim versorgt.

Auch Ruth ist einsam, obwohl sie sieben erwachsene Kinder hat, von denen jedoch keines in ihrer Nähe lebt. Sie ist 64 Jahre alt und hat ihr Vermögen verloren. Ruth versorgt ihren eigenen Haushalt in einer kleinen Mietwohnung und bekommt Altersrente. Sie ist von ihrem dritten Mann, wie von den zwei ersten, geschieden. Ruth glaubt, nicht ohne Mann leben zu können. Sie leidet an großen Ängsten und Depressionen.

Ein individualpsychologisch geschulter, 35-jähriger Mann leitet mit seiner Frau zusammen ein kleines Altersheim. Es leben dort 8 alte Frauen, die nur noch vegetieren. Sie klagen, und leben ihren Krankheiten und Depressionen. Was kann der Individualpsychologe an dieser Situation ändern?

## Gemeinschaftsgefühl als individualpsychologisches Grundprinzip

Die in diesem und im nächsten Abschnitt behandelten Grundprinzipien<sup>2</sup> der Individualpsychologie werden darauffolgend im Behandlungsverlauf Anwendung finden. Gemeinschaftsgefühl als

<sup>2</sup> Für weitere Grundprinzipien der IP siehe *Ansbacher* 1972, S. 20-23.

unumgängliche Voraussetzung menschlichen Zusammenlebens und Überlebens wurde von *Adler* als Maßstab seelischer Gesundheit gesehen. Dieses, von all seinen Schülern übernommene Prinzip besagt, daß ein Mensch mit genügend entwickeltem Gemeinschaftsgefühl mit den Problemen fertig werden kann, daß hingegen jemand mit unterentwickeltem Gemeinschaftsgefühl sich leidend in die Neurose, Psychose, Delinquenz oder in den Selbstmord flüchtet. Das Individuum befindet sich auf der nutzlosen Seite des Lebens. Im Allgemeinen hilft dann nur noch Psychotherapie.

„Das Ziel der Psychotherapie ist, einer Person von der nutzlosen zur nützlichen Seite des Lebens wechseln zu helfen. Dies geschieht erstens durch Einsichtgewinnen und zweitens durch Erlernen vernachlässigter Fähigkeiten, die zu Involvement und Kooperation mit anderen führen.“ (*Ackerknecht 1972a*).

Gemeinschaftsgefühl (*social interest*) und das Mit- und Füreinander Agieren ist der Ausgleich des Menschen für seine physische Unzulänglichkeit. Er kann nicht, wie viele Tierarten, als Einzelwesen überleben. Er schließt sich mit seinen Artgenossen zusammen und fühlt sich mit ihnen verbunden. Auf diese Weise bildet er die primäre Einheit der Familie und sekundäre Einheiten, wie Gruppen, Gemeinden und Nationen.

Die Individualpsychologie geht von der Annahme aus, daß Gemeinschaftsgefühl nicht angeboren oder natürlich vorhanden, sondern nur als Anlage beim Menschen zu finden ist und im Kleinkind von Bezugspersonen und durch gesellschaftlichen Einfluß entwickelt wird. Diese Annahme ist als Basis frühkindlicher Erziehung von entscheidender Bedeutung.

Der Begriff „Gemeinschaft“ setzt im *Adlerschen* Sinne eine soziale Gleichwertigkeit voraus. Er unterscheidet sich wesentlich von national-sozialistischen oder ähnlichen autokratischen Volksgemeinschaften, die durch Gruppenelitismus und Unterdrückung anderer Gruppen gekennzeichnet sind.

Soziale Gleichwertigkeit, was nicht Gleichfähigkeit bedeutet, wiederum basiert auf einem subjektiven humanistischen Wertsystem. So ist die Individualpsychologie nicht nur eine Sozialpsychologie sondern eine Psychologie der Werte. Neben den kultur- und zeitgebundenen Wertsystemen, die vom Kleinkind absorbiert werden, gibt es gewisse transzendente oder universale Werte, die im *Adlerschen* Sinn für Wachstum und Entfaltung aller menschlichen Gesellschaften notwendig sind, und die dem Individuum helfen, sich in die Gruppe einzubetten und zu integrieren. Es handelt sich dabei um eine zukunftsorientier-

te Integration und nicht um eine bloße Anpassung an eine gegebene Gesellschaftsordnung.

Das Idealmenschenbild der Individualpsychologie (der Psychologie des ungeteilten, holistischen „in-dividuums“ der Körper-Seele-Geist-Einheit) ist der kooperierende, sich gleichwertig und dazugehörig führende, die Menschenwürde aufrechterhaltende, andere und sich selbst respektierende und sich füreinander einsetzende, verantwortungsvolle und schaffensfreudige Mensch.

Ein solcher Mensch hat gelernt, mit Schwierigkeiten im Leben fertig zu werden, und kann sich positiv mit dem Alter und mit dem nahen Tod auseinandersetzen.

## Zielgerichtetes Verhalten

Ein zweites Grundprinzip der Individualpsychologie, das auch in der Altenarbeit von wesentlicher Bedeutung ist, sagt aus, daß schon das Kleinkind im Alter unter 5 Jahren sich einen Lebensplan schafft, dessen Hauptmotivator ein ihm selbst gar nicht oder nur halb bewußtes Ziel ist. Diesen Lebensplan nannte Adler den Lebensstil. Durch das Ziel, vorausgesetzt daß es ein kooperatives ist, wird das Leben sinnvoll. Handelt es sich jedoch um ein Ziel der neurotischen Superperfektion und der persönlichen Überlegenheit, ist das Leben arm an Sinn und Bedeutung und reich an Leid und neurotischen Symptomen. Ähnliche Denkanstöße findet man auch bei *Talcott Parsons* (1937) in seiner „Theory of Action“ (Handlungstheorie). Auch bei *Max Scheler* (1933) und *Max Weber* (1946) ist der einheitliche Lebensplan als Konzept vorhanden. Bei Weber findet man sogar den Ausdruck: Lebensstil. - In neuerer Zeit stieß *Williams* auf den Begriff Lebensstil, als er in Kansas City (1965) eine Untersuchung von 168 alten Menschen unternahm und empirisch feststellte, daß alle ihrem eigenen psychodynamischen Plan gemäß lebten.

Bei *Adler* spielt der Begriff Lebensstil eine weitaus dynamischere Rolle. Adler leitet menschliches Streben im Zusammenhang mit dem Lebensstilkonzept von einem allgemeinen Naturgesetz ab, nach dem alles Leben, ob bei Tier oder Pflanze, zur Selbstentfaltung und zur Selbst-und-Artverwirklichung strebt. So beobachtet man auch bei allen menschlichen Aktivitäten das Wirken einer fundamentalen dynamischen Kraft, die nach *Adler* von einer empfundenen Minus- nach einer empfundenen Plus-situation und nach Perfektion strebt. Dieses Streben erhält seine Richtung vom persönlichen Ziel oder Selbstideal.

Obwohl dieses nur vage geahnte Ziele unter biologischem Einfluß und Umwelteinflüssen steht, ist es letztendlich eine individuelle Schöp-

fung. Dieses Ziel nun oder die Rolle, die der Mensch glaubt, in seinem sozialen Feld spielen zu müssen, wird zur finalen Ursache seines Verhaltens, Denkens und Fühlens. Somit ist das Ziel der Schlüssel zur dynamischen Persönlichkeitsstruktur. Durch Aufdeckung dieses Zieles können individuelle dynamische Prozesse und Strebungen in ihren inneren Zusammenhängen verstanden und, wenn nötig, abgeändert werden. Wenn das Ziel oder Selbstideal ein kooperatives, auf demokratischer Gleichwertigkeit basierendes ist, kann man annehmen, daß der Mensch mit seinen Problemen relativ gut umgehen kann. Handelt es sich hingegen um ein Ziel der persönlichen Überlegenheit und der neurotischen göttlichen Superperfektion, versagt der Mensch, denn sein unerreichbares Ziel führt zu Konflikten und Entmutigung, zum Minderwertigkeitsgefühl, zu neurotischen und psychotischen Selbstschutzmechanismen und zu psychosomatischen oder kriminellen Auswegen, dies alles, um falschen Stolz und um das überlegene Selbstideal aufrechtzuerhalten.

Heilung wird durch Aufgabe der Ziele der persönlichen Überlegenheit erreicht. Der erfolgreiche Patient lernt sich selbst seinem Ziel entsprechend zu sagen: Ich *muß* nicht immer der Wichtigste und Beste sein, *muß* nicht immer im Mittelpunkt stehen, von anderen um- und versorgt werden, solange ich selbst für mich sorgen kann, *muß nicht von allen geliebt werden, sollte nicht unbedingt die beste Mutter, der beste Vater, Großmutter etc. sein, muß nicht der intelligenteste, der moralischste, der künstlerisch oder technisch Begabteste sein.* Er akzeptiert sich als Mensch mit Fehlern und Schwächen und kann sich trotzdem als einzigartig erleben. Erst dann „hat“ der Mensch sich selbst und kann „sich selbst vergessen,“ sich anderen liebevoll zuwenden und seinen selbstzentrierten Lebensstil aufgeben.

Dies fällt alten Menschen besonders schwer. Dennoch versucht man in der Altenarbeit, „die Meinung der Person über sich selbst und seine Welt genügend zu ändern, um sie zu veranlassen, in einer neuen Richtung eine neue Rolle zu spielen, eine Rolle, die ihr die Möglichkeit gibt, sich als Teil einer Sache außerhalb ihrer selbst zu fühlen, und die ihr Selbstwertgefühl wieder herstellt, indem sie ändern nützlich ist.“ (*Spitzer* 1966, S. 105)

## Der therapeutische Prozeß

Der individualpsychologische Seelsorger, Berater oder Therapeut geht in der Altenarbeit, wie in jeder anderen therapeutischen Arbeit, gemeinsam mit dem Patienten mindestens durch vier Prozesse.

I. Das Herstellen eines Vertrauensverhältnisses basiert auf gegenseitiger Achtung und demokratischer Gleichwertigkeit. „Eine starke unterstützende Beziehung von Seiten des Therapeuten ist noch wichtiger in der Altenarbeit als in der Arbeit mit anderen Altersgruppen. Entmutigung, Apathie und Depression sind außergewöhnlich häufig, sogar bei organischen Fällen.“ (Shulmann 1977)

Individualpsychologische Gruppen und Marathons (Ackerknecht 1971, S. 176-180) legen besonderen Wert darauf, daß sich Gruppenmitglieder gegenseitig unterstützen und daß die Rolle des Gruppenleiters eine warme, ermutigende ist. Darum ist es der Autorin auch möglich, in ihren Gruppen (Ackerknecht 1972b, S. 183-187) 17-74jährige gleichzeitig therapeutisch zu behandeln.

II. Das Verstehen des Patienten. Dieses Stadium umfaßt eine Lebensstilanalyse, welche ein Verstehen der spezifischen Ziele der persönlichen Überlegenheit einschließt. Diese Lebensstilanalyse besteht u. a. aus den Aufzeichnungen und Interpretationen von Ersten Erinnerungen, d. h. von spezifischen Ereignissen, die vom Patienten erinnert werden, weil sie die gegenwärtige Lebenshaltung widerspiegeln und verstärken (Ackerknecht 1976, S. 44-54). Wiederholungs- und andere Träume werden als weiteres projektives Material ausgewertet, ebenso wie die Familienkonstellation, das Familienklima, Krankheiten, Kindheitsschwierigkeiten und anderes mehr.

III. Diskussion des Lebensstils. Zur gegebenen Zeit wird eine vorsichtige, nicht verletzende Aufklärung des Patienten über seinen Lebensstil und seine spezifischen Ziele gemeinsam mit ihm erarbeitet.

IV. Neudefinition von Lebenszielen. Der Therapeut gibt Hilfestellung beim Umfinalisieren und bei der Einübung neuer Haltungen, Verhaltensmuster und Lebensweisen.

Durchgängiges Element im therapeutischen Prozeß ist Ermutigung und Förderung des unterentwickelten Gemeinschaftsgefühles.

Ziele und Lebensstil alter Menschen sind oft so eingefahren verfestigt, daß es schwer ist, Änderungen herbeizuführen. Zu diesem Thema haben Friedman, Kaplan und Sadock (1975) innovative Vorschläge gemacht. Auch Bortz (in Karp, Ed. 1972) hält es für wichtig, daß der Therapeut bei seinen älteren Patienten Beweglichkeit in Haltungen und Gewohnheiten entwickelt. Er fördert die Bereitwilligkeit des Patienten, Fehler zu riskieren, um zu lernen und um eigene Potentiale zu erschaffen.

Im Sinne der Individualpsychologie kann man fast allen Menschen helfen. Für seelsorgerische, liebevolle und ermutigende Zuwendung ist im Allgemeinen auch der Älteste körperlich, seelisch und sozialgeschä-

digte Mensch am Ende seines Lebens noch zugänglich. Zu dieser seelsorgerischen Arbeit trägt die Individualpsychologie durch ihre fundamental positive und optimistische Haltung bei.

## Fallbesprechungen

In keinem der im Folgenden zu besprechenden Fälle bleibt die Altenarbeit auf das nur Seelsorgerische beschränkt. Allerdings ist liebevolle Zuwendung in jeder Form von Altenarbeit ein elementarer Bestandteil.

Mrs. F. ist ein Übergangsfall von Seelsorge und Beratung. Wir wissen von ihrer Therapeutin, *Dr. Anna Sten* (1976), daß Mrs. F. seit Jahren nicht mehr spricht und darum alle Kommunikation nicht-verbal ist. Die Therapeutin sieht als Ziel ihrer seelsorgerischen Altenarbeit, ihre Patientin bis an ihr nahes Lebensende glücklich zu machen. Alte Patienten, so sagte sie, erzählen aus ihrer Vergangenheit, aus glücklicheren Zeiten, verbunden mit Arbeit, Reisen und Freunden.

Sie erzählen auch gerne ihre alten Liebesgeschichten. Die Patientin Mrs. F. hingegen schweigt. Nach einem Jahr der seelsorgerischen Beratung entdeckt Mrs. F. einen Achatring an *Dr. Stens* Hand. Sie wird sehr erregt beim Anblick dieses Ringes und spricht die ersten Worte: „Ah,“ „aga,“ „agate,“ „real,“ „antiqui,“ „beautiful.“ Ein echter antiker schöner Achatring. Mrs. F. kennt sich also sehr gut mit Schmuck aus. Die Therapeutin benutzt diesen glücklichen Umstand, um Mrs. F. zu reaktivieren. Die Patientin kann noch für andere Schmuck einschätzen und damit hilfreich sein. *Dr. Sten* bringt ihr nun Schmuckgegenstände von ihren eigenen Freunden. Von nun an wartet Mrs. F. ungeduldig auf den Besuch ihrer Therapeutin, die ihr Schmuck zum Beurteilen und Bewerten mitbringt. Mrs. F.s Leben hat wieder einen Sinn bekommen. Sie kann selbst in ihrem Zustand noch etwas für andere tun. Ihr Gemeinschaftsgefühl ist neu erwacht. Sie fängt wieder an zu sprechen und vergißt dabei, zumindest vorübergehend, ihr Leid und den nahenden Tod.

Wir sehen daraus, daß der schöpferische individualpsychologische Berater oder Therapeut, wenn möglich, über das nur Seelsorgerische trostbringende Gespräch hinausgeht. Er versucht, wie Mrs. Sten, gemeinsam mit dem Patienten ein Gebiet zu finden, auf dem noch ein Beitrag geleistet werden kann und der Patient noch selbst hilfreich ist. Oft ist er in der Lage, denen zu helfen, die noch schlechter dran sind als er selbst.

Auch *Susie* ist der Beratung zugänglich. Sie ist mit ihren 84 Jahren recht rüstig, muß aber wegen Arteriosklerose in einem kleinen Alters-

heim leben. Über Susies Lebensstil und Lebensgang ist mehr bekannt als über Mrs. F.s. Sie wird als jüngste Tochter einer prominenten Familie geboren. Eltern und Kindermädchen versorgen und verwöhnen sie, obwohl die Familienethik eine streng-kalvinistische ist. Man wird zwar betreut und versorgt, muß aber, um Anerkennung zu finden, brav und gehorsam sein. Sie hat die Wahl, sich dieser Ehtik zu fügen oder als kleiner Teufel dagegen zu rebellieren, oder auch sich andere Modelle zu suchen. Als Kleinkind schon wählt Susie ihr Ziel der persönlichen Überlegenheit: sie glaubt, um sich akzeptiert fühlen zu können, noch gehorsamer, korrekter und moralischer sein zu müssen als alle anderen Menschen. Sie hätte auch einfach Kooperation statt Überlegenheit als Ziel wählen können.

Im 14. Lebensjahr verwaist die Patientin und wird in den lebhaften großzügigen Haushalt einer nichtkalvinistischen Tante aufgenommen. Sie hat noch einmal eine geringe Chance, ihr Ziel und ihren Lebensstil zu ändern, entscheidet sich aber, den alten beizubehalten. Sie strebt weiter, durch außerordentliche Korrektheit auch den neuen Familienmitgliedern gegenüber ihr fiktives Ziel oder Selbstideal der persönlichen Überlegenheit wie zuvor zu verfolgen. Dadurch mißlingt eine kooperative Integration in die neue Familie. Susie bleibt am Rande. Sie fühlt sich nicht wirklich angenommen.

Ihre Ehe zeigt dasselbe Bild. Ihr intelligenter, sehr großzügiger Mann, erst durch Susies jugendliche Schönheit und moralische Haltung angezogen, ist bald enttäuscht von seiner distanzierteren, unnahbaren Gattin und bringt 40 Jahre lang Geliebte als Sekretärinnen ins Haus. Susies Ziel oder Selbstideal erlaubt ihr nicht, sich demgegenüber zu behaupten. Ihr Ziel: ich muß die Moralischste, die Dulderichste sein, hält sie 40 Jahre lang im Leid gefangen. Die Kinder werden erwachsen. Susie erlebt nur noch durch ihren Mann und opfert sich. Die Selbstausslöschung geht so weit, daß sie seit 20 Jahren des Witwenseins fürchtet, an demselben Leiden zu sterben wie ihr Mann. Durch ihre Hypochondrie und Selbstzentriertheit entfremdet sie noch die letzten Bekannten und Verwandten.

Susie braucht und bekommt vom Therapeuten liebevolle Zuwendung und akzeptiert sie auch. Wegen des schon fortgeschrittenen geistigen Abbauprozesses ist nicht anzunehmen, daß eine Umfinalisierung und Lebensstiländerung noch möglich ist. Hingegen gelingt es, Susie so zu motivieren, daß sie anderen noch helfen kann. Sie hat jetzt selbst einige „Patienten,“ zu denen sie regelmäßig geht, darunter eine alte blinde Frau, der sie täglich vorliest.

Im individualpsychologischen Sinne wird mit Susie ein Vertrauensverhältnis hergestellt. Ihre subjektive und objektive Lebensgeschichte

wird so weit wie möglich erniert, und es wird ihr Mut gemacht. Mit dem langsam erwachenden Gemeinschaftsgefühl erhält auch Susies Leben einen Sinn. Ihr Klagen nimmt ab, und selbst ihr Erinnerungsvermögen wird etwas besser. Wir sehen also, daß Susie auch im hohen Alter seelsorgerisch und beraterisch noch geholfen werden kann.

Auch mit *Mary* ist wegen Alter und Verfestigung des Zieles und des Lebensstils trotz viel intensiverer Behandlung, nur noch eine seelsorge- und beraterische Arbeit des Therapeuten möglich. (Es gelingt *Mary*, durch ihr in früher Kindheit gewähltes Ziel der persönlichen Überlegenheit und mit Hilfe ihrer großen Ambition, in einer der renommiertesten Universitäten des Landes zu promovieren und in ihrem Lehrerinnenberuf die Fiktion der persönlichen Überlegenheit aufrecht zu erhalten. Eine echte Kooperation und Hilfsbereitschaft liegt ihr fern.) Während Susie durch demonstrierte Schwäche und Unterwürfigkeit ihre Mitmenschen zu beherrschen sucht, herrscht *Mary* durch ihre starke autoritäre Persönlichkeit. Nachdem diese offen dominierende Haltung versagt, versucht *Mary* eine Notlösung, nämlich Herrschaft durch Krankheit.

Auch in ihren Ehen und ihrer Tochter und jüngeren Schwester gegenüber kann sie diese Fiktion aufrecht erhalten. Sie dominiert alle.

Dann kommt der neurotische Zusammenbruch. Als Lehrerin wird sie pensioniert. Die Tochter hat ihre eigene Familie mit drei Kindern, und wenig Zeit für die Mutter. Der exogene Faktor, der zum Ausbruch einer schweren Neurose führt, ist der plötzliche Tod ihres dritten Ehepartners. Sie leidet sehr, ist suizidal und muß in einem Sanatorium stationär behandelt werden. Danach zieht sie zur Schwester, die sich vollständig beherrschen läßt. Die Überlegenheit der entwicklungsmäßig zurückgebliebenen Schwester gegenüber genügt nicht. *Mary* verlangt von allen, und ganz besonders von der Tochter, verwöhnt zu werden. Die Tochter zieht sich mehr und mehr zurück, arrangiert aber für die schwer psychosomatisch leidende Mutter eine psychotherapeutische Behandlung.

*Mary*, die mit der ganzen ihr zugänglichen Welt im Machtkampf steht, ist bereit, ihre Therapeutin zu akzeptieren, interessiert sich für Theorie und Praxis der Individualpsychologie, ist aber weder bereit, ihre „Krankheiten“ aufzugeben noch Einsicht in ihren eigenen Lebensstil zu gewinnen. Die unterstützende Therapie geht mit viel Geduld und Einfühlung weiter. Eines Tages entdeckt man eine kirchliche Organisation, die bereit ist, für *Mary* Vortragstouren zu organisieren. Das Thema ist „Psychologie und Seelsorge.“ Nun kann sie anderen helfen. Sie ist wieder oben, aber ihr Ziel und Lebensstil sind nicht verändert. Sie hat jedoch noch einmal Zugang zu ihren Mitmenschen gefunden, ist weniger „krank“ und ist zufriedener. Da sich *Mary* besser fühlt,

bricht sie die Therapie ab. Wäre diese intelligente Frau in Therapie geblieben, wäre wahrscheinlich auch in ihrem Alter noch eine Umfinalisierung gelungen, und zukünftige Zusammenbrüche hätten vermieden werden können.

Die Arbeit mit *Clara*, der 74-jährigen, geht über die individualpsychologische Seelsorge und Beratung hinaus. Clara, eine etwas zarte und zerbrechliche Person, mit relativ wenig Alterszerfallserscheinungen, ist motiviert, an ihrem Lebensstil zu arbeiten. Sie kommt von sich aus in die Therapie und zu zehnstündigen therapeutischen Marathons. Niemand hat sie geschickt. Sie glaubt sogar, ihre Behandlung vor ihrem Mann verheimlichen zu müssen. Clara wünscht eine Lebensstilanalyse.

Einer der wichtigsten Teile der systematischen individualpsychologischen Lebensstilanalyse dieser Patientin, wie auch aller anderen, sind frühkindliche Erinnerungen (FE), die in ihren spezifischen Ereignissen den jetzigen Lebensstil, die Allgemeinhaltungen, Motivationen, Meinungen und Ziele des Patienten widerspiegeln. Da der Mensch ein einheitliches Ganzes in seinem sozialen und ökologischen Feld darstellt, erinnert er aus Trillionen von möglichen Erinnerungen diejenigen, die seinen Lebensstil am prägnantesten widerspiegeln. Im Folgenden werden Claras sieben früheste Erinnerungen berichtet und interpretiert. Die Interpretationen werden dann durch die subjektive und objektive Lebensgeschichte, durch gegenwärtige Aussagen und Handlungen und durch anderes mehr geprüft.

*Erste FE:* Clara ist 4 Jahre alt. Vater und Mutter sind zusammen bei ihr, „Sie haben mir eine Geschichte vorgelesen. Ich schaue Mutter an und sage 'ich liebe Vater so sehr.' Dann schaue ich Vater an und sage 'ich liebe Mutter so sehr.'“ Das begleitende Gefühl ist: Spaßmachen.

Clara manipuliert, kann aber über sich selbst lachen. Diese leichte humoristische Art ist auch heute bei ihr zu beobachten.

*Zweite FE:* Die Patientin ist 4-5 Jahre alt und erinnert: „Mein Vater kommt von der Arbeit nach Hause, setzt sich auf einen Stuhl, und ich soll ihm seine Pantoffeln anziehen. Ich will nicht. Er wird ganz böse und erschreckt mich, und ich bin ganz unglücklich.“ Zwei Männer in ihrem jetzigen Leben erschrecken sie, wenn sie nicht tut, was diese wollen. Es handelt sich um ihren Mann und um ihren Sohn. Es ist besser, Dinge heimlich zu tun und sich nicht dem Zorn auszusetzen.

*Dritte FE:* „Ich bin im selben Alter. Meine Eltern kennen einen Magiker. Er gibt meinen Eltern einen Hahn. Es macht Spaß, ihn dazuhaben.“ Es wäre schön, wenn es einem durch einen Magiker doch noch gegeben wäre, mit Mann und vielleicht auch Sohn Spaß zu haben.

*Vierte FE:* Im Alter von 5 Jahren kommt eine Freundin der Mutter mit ihrer sanften und netten Tochter, die älter als Clara ist, zu Besuch. „Ich bin sehr ungezogen. Mutter sagt: ‘Die Freundin hat viel Geduld mit Dir.’ Dies ist eine unangenehme Erinnerung.“ Clara macht sich selbst Vorwürfe. Sie hat nicht richtig gehandelt, war böse, hat Schuldgefühle. Diese Erinnerung reflektiert wahrscheinlich die Schuldgefühle, die sie ihrem Sohn gegenüber produziert. „Ich sollte die beste Mutter sein, weiß aber, daß ich nicht genügend Liebe gezeigt habe. Wenn ich nur genügend Schuld- und Reuegefühle produziere, erhebe ich mich auf Umwegen über andere Mütter, die ihre Sünden nicht einmal einsehen.“ Wir können vermuten, daß „die beste Mutter zu sein“ eines ihrer Ziele der persönlichen Überlegenheit ist.

*Fünfte FE:* „Um dieselbe Zeit sitze ich in Spielhöschen auf der Terrasse. Ich bin so ein launenhaftes unansehnliches kleines Ding.“ Das Thema der 4. FE, des sich Erhebens durch Kleinmachen oder durch Schuldgefühle wird weitergeführt und verallgemeinert.

*Sechste FE:* Mit 7 oder 8 Jahren werden Clara die Mandeln herausgenommen. „Vater bringt mich ins Spital. Ich weiß nicht, wo die Mutter ist. Mein Hals tut weh, aber alle sind sie nett zu mir.“ Nur wenn ich krank bin und leide, sind die Männer nett zu mir.

*Siebente FE:* „Mit 7 Jahren besuche ich die Mutter und die Schwester meines Vaters. Sie geben mir gute Dinge zu essen. Dann kommt Vater dazu und spielt sich auf und benimmt sich selbst seiner Mutter gegenüber überlegen.“ Diese Erinnerung könnte sich auf die Therapie beziehen. Wenn ich schon mal etwas Gutes für mich tue oder eine gute therapeutische Beziehung habe, regt der Vater (Ehemann und/oder Sohn) sich auf und zeigt sich überlegen, d.h. wüßte er von der Therapie, würde er sich so zeigen. Clara verstärkt sich selbst durch diese Erinnerung in ihrem Vorsatz, nichts von ihrer Therapie zu sagen.

Diese Früherinnerungen zeigen uns, wie die fast 75jährige vor mehr als 70 Jahren ihren Lebensstil entwickelt hat und wie sie bis zum heutigen Tage daran festhält. Er bestimmt ihre Meinungen über sich selbst: Ich sollte die Beste sein, bin aber gar nichts wert, bin ungezogen, launenhaft und unansehnlich. Er bestimmt ihre Meinungen über andere: Männer herrschen, sind ungerecht und gefährlich, wenn man nicht tut, was sie wollen. Mütter sind, außer wenn man mit ihnen spaßt, kritisch. Die Welt ist magisch-geheimnisvoll. Ich möchte sie gern entdecken. Dieses bestätigt die These von Bortz (1972), der sagt: „Ein neues Leben von Abenteuer und Entdeckungen steht dem Individuum zur Verfügung, das nicht bereit ist, vor schöpferischer Aktivität zu resignieren.“

Sollte es in der Therapie gelingen, gemeinsam mit Clara zu erarbeiten, daß sie nicht die beste Mutter, Ehefrau, oder was noch für spezifische Ziele der persönlichen Überlegenheit zutagetreten werden, sein muß, um ein gleich- und vollwertiger Mensch zu sein, dann ist es auch in diesem Alter noch möglich, eine tiefenpsychologische Behandlung zu unternehmen und erfolgreich abzuschließen. Es wäre zu diesem Zweck auch notwendig, mit Clara gemeinsam zu erarbeiten, daß nicht alle Männer zu fürchten und nicht alle Frauen überkritisch sind, und daß sie nicht „ungehorsam“ ist, wenn sie sich in manchen Situationen den Wünschen anderer widersetzt. Sie würde auch einsehen, daß sie gar nicht so unansehnlich und launenhaft ist. Clara ist nun auf dem besten Wege, all das zu erarbeiten. Sie kann noch ein positiver, heiterer und schöpferischer Mensch werden und ihren Mitmenschen viel Gutes tun.

Sie hat bereits begonnen, ihre Memoiren zuschreiben, und möchte, daß sie ihrem Sohn und dessen Kindern später etwas bedeuten werden. In diesem Sinne argumentiert auch *Butler (1972)*, der allerdings nur auf in der Öffentlichkeit bekannte Personen bezogen sagt, daß man sie im Alter ermutigen soll, zum Gewinn späterer Generationen Autobiographien zu verfassen.

Claras Selbstentfaltung findet gewisse menschlich-ökologische Grenzen. Die Öko-Systeme der eigenen Person, der sozialen Umwelt und der Welt der Dinge überschneiden und begrenzen sich gegenseitig. Dies bedeutet für diese Patientin Folgendes: Ihr Mann ist schwerkrank und sollte nach ärztlicher Voraussage schon seit zwei Jahren tot sein. Trotz jahrzehntelanger Differenzen in ihren Interessen und trotz Disharmonie in der persönlichen Beziehung kann Clara sich nicht auf Kosten eines Partners, der vielleicht nur noch Wochen oder Tage zu leben hat, entfalten. Sie wird hingegen seine Wünsche weitestmöglich erfüllen und durch Sicheinfügen versuchen, ihre Liebesfähigkeit neu zu erwecken. Dies entspricht auch *Adlers* Prinzip: „Wir behandeln nie einen isolierten Menschen. Wir betrachten ihn immer in seiner gesellschaftlichen Eingebettetheit.“ Eine weitere altersbedingte Einschränkung erlebt Clara durch ihren eigenen Körper. Sie wird ihren lebenslangen Wunsch, Tänzerin zu werden, in ihrem Alter nur noch beschränkt in der Form von musik- und bewegungstherapeutischer Arbeit durchführen können. Sie wird auch die Beziehung zu ihrem verheirateten Sohn nicht wesentlich verändern, solange er ablehnt, mit seiner Mutter in engere Beziehung zu treten. Was Clara tun kann, ist, ihre Haltung dem Sohn gegenüber zu ändern, Schuldgefühle aufzugeben und ein besseres Einfühlungsvermögen und damit Verständnis zu entwickeln.

Neben diesen relativ wenigen Einschränkungen steht der alten Frau noch ein neues Leben bevor. Sie gehört zu den Fällen, in denen an Altenarbeit vom *Adlerschen* Standpunkt tiefenpsychologisch erfolgreich herangegangen werden kann.

*Ruth*: Eine belesene, energische Frau lebt, nachdem sie ihr Vermögen an der Börse verloren hat, von Altersrente. Ihre erwachsenen Kinder helfen etwas aus. Sie hat ihre eigene Wohnung, in der sie sich nach ihrer letzten Scheidung vereinsamt fühlt. Sie kommt zu Marathons und schreibt sich für die paraprofessionelle Ausbildung an dem von der Autorin geleiteten Institut ein. Sie glaubt, ein ausgefülltes und erfülltes Leben gehabt zu haben, befindet sich aber zur Zeit in einer tiefen Depression. Sie erklärt: „Ich kann nicht ohne Mann leben, und ich brauche Beschäftigung.“ Daß ihre schwere Depression mit ihrem Lebensstil zusammenhängt, sieht sie nicht. Sie stellt Forderungen ans Leben und ist schwer gekränkt, wenn das Leben ihr nicht das zur Verfügung stellt, was sie zu brauchen glaubt, nämlich einen männlichen Partner, der sich so verhält, daß sie ihn lieben kann. Nicht klar ist, ob sie in die Gruppe kommt, um einen Mann zu finden, oder ob sie lernen will, mit ihrer Depression fertig zu werden, wahrscheinlich beides.

Die Gruppe nimmt die 64-jährige Ruth freundlich, tolerant und akzeptierend auf. Andere Gruppenmitglieder wissen, daß zwischen ihnen und Ruth ein Vertrauensverhältnis hergestellt werden muß. Dies geschieht. Fast vom ersten Tag an, noch ehe man bei Ruth eine individualpsychologische Lebensstilanalyse gemacht hat, ist es der Therapeutin und einigen Gruppenmitgliedern klar, daß Ruth dominieren will. Ihre Ziele der persönlichen Überlegenheit sind wahrscheinlich: klüger zu sein als andere, das heißt, alles besser zu wissen, und hilfreicher als andere zu sein. Diese ersten Beobachtungen werden auch später durch Früherinnerungen und andere Aspekte der Lebensstilanalyse bestätigt. Ruth irritiert zum Teil andere Gruppenmitglieder, indem sie ihnen im Predigerton und voreilig mitteilt, was sie zu tun und zu lassen haben.

Nur durch ein geduldiges miteinander Suchen und Sorgen gelingt es schrittweise, der Patientin zu Teileinsichten zu verhelfen.

Inzwischen tritt Ruth einer Senioren-Organisation bei, wo sie das theoretisch und praktisch neu erlernte Gedankengut weitergeben kann. Sie beginnt auch selbst, unter Supervision mit der Beratung einer jungen Familie. Da sie viel Erfahrung mit Kindern hat, sich eine zulangliche Portion gesunden Menschenverstandes erhält, viel liest und Dinge schnell erlernt, beginnt sie auch, den Unterschied zwischen echtem Gemeinschaftsgefühl und der Pseudovariante, bei der Hilfe nur geleistet wird, um dominieren zu können und sein Prestige zu erhöhen,

zu erfassen. Nach acht Monaten Gruppenarbeit hat Ruth ihre Forderung, einen männlichen Partner haben zu „müssen“, aufgegeben, wenngleich sie weiter den berechtigten Wunsch hegt, doch noch einen Partner zu finden. Ihre Depression ist weitgehend verschwunden. Sie führt auf Grund ihres neu erwachten sozialen Interesses und echten mitmenschlichen Gefühls ein befriedigenderes und ausgefüllteres Leben. Sie bekommt nach und nach Einsicht in die Nutzlosigkeit ihres dominierenden Lebensstil und entwickelt nun auch langsam echte Mitmenschlichkeit.

Der letzte der vorgestellten individuellen Fälle ist *Jack*. Nach mehreren mißglückten Versuchen, mit Frauen zusammenzuleben, hat dieser 64 Jahre alte, noch rüstige Witwer eine eigene Wohnung. Er ist verzweifelt, suizidal und weiß nicht, was er mit seiner Zeit anfangen soll. Von einer seiner vergangenen Partnerinnen wird er in die Therapie geschickt. Er kommt vier Monate lang einmal wöchentlich zu Einzel- und Gruppentherapiestunden. Sein eigenes Therapieziel ist, besser mit Streß fertig zu werden und sein Lebensglück nicht mehr nur von Frauen abhängig zu machen.

Jack verwaiste früh, fühlte sich einsam und von seiner Pflegemutter ungerecht behandelt. Mit dem Pflegevater ging es besser. Aber dieser hatte nicht viel zu sagen und war selten zu Hause. Jack geht später zur Armee, wo er einen gewissen Halt findet, aber auch nicht glücklich wird. Von der Armee läßt er sich frühzeitig pensionieren, weil seine Arbeit keinen Spaß macht, und weil seine Frau - er hat eine entfernte Verwandte geheiratet - Alkoholikerin wird. Kontakt mit anderen Menschen hat diese Kleinfamilie (ein Sohn gehört dazu) fast nicht. Jack versorgt seinen Garten. Die Frau versorgt ihn. Man spricht fast nicht miteinander. Das Leben spielt sich innerhalb dieser engen Struktur ab, die einen gewissen Grad von Sicherheit bietet. Dann stirbt die Frau. Der von Kindheit an gehegte neurotische Lebensstil Jacks führt zum Ausbruch einer Neurose.

Jacks Früherinnerungen spiegeln diesen Lebensstil wider:

*Erste FE:* „Im Alter von fünf Jahren komme ich zu meinen Pflegeeltern. Ich setze mich in die Ecke, weine und weigere mich zu essen. Ich bin untröstlich.“ Diese Passivität, das Nichtmachen, das Untröstlichsein, spiegelt Jacks ganze Lebenshaltung wider. Er erwartet, getröstet und versorgt zu werden. Dies zeigt einen „verwöhnten Lebensstil,“ wobei nicht sicher ist, ob Jack wirklich als Kleinkind verwöhnt wurde, oder ob man ihn vernachlässigte. Aber sicher ist, daß er gewählt hat, auf eine frühkindliche Situation mit einer Verwöhnungshaltung zu reagieren.

*Zweite FE:* Mit neun Jahren wird er von seiner Pflegemutter des Diebstahls beschuldigt. Er fühlt sich ungerecht behandelt und unerwünscht. So ist es auch noch heute. „Ich kann keinen Platz finden, weiß nicht, zu welcher Frau, in welcher Stadt, ich gehen soll. Die Welt ist ungerecht. Habt Mitleid und sorgt dafür, daß es anders wird.“

*Dritte FE:* Mit acht Jahren bekomme ich vom Pflegevater tüchtige Prügel, weil sein ein Jahr älterer Sohn mich verpetzt hat. Er ist Mamas Liebling. Ich fühle mich sehr ungerecht behandelt.“ Diese Früherinnerung wiederholt und zeigt noch verstärkt dieselbe Lebenshaltung. Außerdem läßt sie eine Tendenz zum Machtkampf mit angeblich Bevorzugten ahnen.

*Vierte FE:* Jack erinnert, daß er mit 13 Jahren eine wichtige Besprechung hat. Er will eine bessere Ausbildung, will aufs College gehen, aber seine Pflegeeltern machen mit ihm keine Ausnahme. Aus dieser Erinnerung entnehmen wir, daß Jack möglicherweise eine Tendenz hat, andere überflügeln zu wollen. Er ist ehrgeizig und will der Beste und Klügste von den sechs Kindern sein. Er meint auch heute noch, seinen Mitmenschen überlegen sein zu müssen. Einen Mittelweg gibt es nicht. Wenn ich nicht etwas Besonders sein kann, bin ich ganz entmutigt. Der Bericht über Jacks Militärlaufbahn bestätigt diese Vermutung. In der Armee wird einerseits für alles gesorgt, aber wenn ich nicht höherer Offizier werden kann, resigniere ich. Die zu große Ambition mit der daraus resultierenden Entmutigung hindert ihn ein Leben lang, kooperativ und echt mitmenschlich zu sein und sich persönlich wie beruflich zu engagieren.

*Fünfte FE:* Im Alter von drei oder vier Jahren kommt Jacks leibliche Mutter (sie lebt also noch, obwohl sich Jack als Waisenkind ausgibt, und dies wahrscheinlich, um noch mehr Mitleid zu erregen) und bringt ihm ein Schaukelpferd. Er ist ganz glücklich über das Geschenk. Eine Emotionsarmut ist reflektiert. Wichtig ist das Geschenk. Emotionen produziert man besser nicht, weil man dann verletzt wird.

*Sechste FE:* Genau so glücklich fühlt sich der Knabe, als er vom Pflegevater im Alter von 13 Jahren ein Fahrrad bekommt. Dies ist eine Wiederholung des Themas in FE fünf.

*Siebente FE:* Im selben Alter erinnert Jack, beim Fallenstellen von einem Stinktief bespritzt zu werden. Wieder wird er, nach seiner Meinung, ungerecht von seiner Pflegemutter bestraft. Damit wird gesagt, wenn ich schon mal im Leben etwas unternehme und aktiv werde, wie z. B. einem Verein beizutreten, um eine Frau zu finden, werde ich von einer, sprich: „Stinktief“, „bespritzt“ und bestraft, so daß ich mich noch mehr als vorher als ewiger Versager fühle und mich am liebsten umbringen möchte.

Jacks Lebensstilanalyse kann hier nicht an allen Einzelheiten beschrieben werden. Die Früherinnerungen sind jedoch der beste Schlüssel zum Lebensstil dieses verzweifelten Menschen. Weitere Elemente von Jacks subjektiver und objektiver Lebensgeschichte und andere diagnostische Fakten bestätigen viele unserer oben aufgeführten Hypothesen.

Es fällt Jack sehr schwer, trotz größter Bemühungen, seinen so fest eingefahrenen Lebensstil zu ändern. Er macht jedoch Versuche in dieser Richtung und beginnt, anderen, noch älteren Menschen, hilfreich zu sein, indem er sie zum Einkaufen und zu Ärzten chauffiert; und er beginnt, sich für Geragogik (*Petzold 1976*) - oder Altenbildungsarbeit - zu interessieren. Seine Therapie erfordert sehr viel Geduld.

Die Arbeit mit Jack ist besonders langwierig und schwierig, weil er sein Leben lang Distanz zwischen sich und seinen Mitmenschen geschaffen hat. Er betätigt sich auf der von *Adler* als „nutzlos“ bezeichneten Seite des Lebens mit neurotischen Abwehrmechanismen. Er ist kein aktiver Partizipant. Langsam jedoch findet eine Umfinalisierung statt.

## Der Fall eines kleinen Altersheims

In diesem Altersheim sitzen und liegen acht Senioren im Dämmerzustand herum. Sie warten auf Besuch, der selten kommt, klagen über ihre Gebrechen und beschimpfen sich gegenseitig.

Ein neuer Leiter übernimmt dieses Heim. Er ist individualpsychologisch geschult und wird in der Arbeit von seiner Frau unterstützt. Die Beiden richten einen „Familienrat“ ein. Alle Hausbewohner und Angestellten sollen daran gleichwertig, mit gleicher Stimme, teilnehmen, über Heimangelegenheiten und über zwischenmenschliche Beziehungen sprechen und Beschlüsse fassen.

Das Heim erwacht zu neuem Leben. Eine Köchin muß eingestellt werden, und Kandidaten stellen sich im „Familienrat“ vor. Über Farbe und Qualität eines neuen Teppichbodens wird wochenlang eifrig diskutiert, bis man sich endlich einigt. Mahlzeiten werden gemeinsam geplant.

Als Resultat dieser neuen Aktivitäten und Teilverantwortungen der Heimbewohner gehen einige von ihnen wieder spazieren. Eine Rollstuhlpatientin entdeckt, daß sie sich, wenn auch mühsam, wieder ohne Rollstuhl fortbewegen kann. Die Leiden sind nicht mehr ganz so wichtig, und man streitet und beschimpft sich weniger. Der Leitung ist es

gelingen, in acht alten Menschen Reste von Gemeinschaftsgefühl zu erwecken und sie wenigstens teilweise freudig am Leben teilnehmen zu lassen.

## Zusammenfassung und Ausblick

An Hand von Fällen und einer kurzen Darstellung der zwei wesentlichsten modernen *Adlerschen* Grundprinzipien wurde versucht, die Altenarbeit aus der Sicht der Individualpsychologie zu schildern.

Altenarbeit kann in drei Kategorien unterteilt werden: Seelsorge (auch im nicht-religiösen Sinn), Beratung und Psychotherapie. Seelsorge ist bei allen alten Menschen möglich. Der Seelsorger besucht den meist stark physisch und psychisch behinderten alten Menschen in regelmäßigen Abständen, spricht oder lächelt ihm Mut zu, ist akzeptierend, freundlich, mitfühlend und offeriert gelegentlich körperlichen Kontakt, wie z.B. die Hand des Patienten halten oder streicheln. Manchmal spricht er auch mit ihm über den Tod und versucht ihn als natürliches, in den Gesamtplan des Kosmos harmonisch eingegliedertes Ereignis darzustellen. Wenn der Patient Gedanken und Gefühle noch verbal äußern kann, hört ihm der Seelsorger interessiert und beteiligt zu.

Beratung kann in fast allen Fällen vorgenommen werden, vorausgesetzt, daß der Patient realistisch seine abnehmende physische Kraft ohne zu viel Protest akzeptiert (*Bowman* 1959, S. 70) und reif genug ist, ein im Kern vorhandenes Gemeinschaftsgefühl weiter zu entwickeln. Die Beratung besteht meist darin, dem Patienten zu helfen, einem realistischen Lebensplan nachzugehen und Entscheidungen zu treffen, die ihm helfen, seine äußeren Lebensbedingungen seinen noch vorhandenen Kräften anzupassen. Der Berater ist, wie jeder psychisch Behandelnde, freundlich, warm, unterstützend und nicht diktatorisch dominierend. Er versucht, im Zusammenwirken mit dem Patienten Aufgaben zu finden, die dieser noch ohne zu große Anstrengung bewältigen kann. Dabei bringt der Berater den alten Menschen aus seiner selbstzentrierten Erwartungshaltung und Isolierung heraus und verhilft ihm, wenigstens etwas weiter auf dem Wege der Selbstrealisation und Mitmenschlichkeit zu kommen. Tiefenpsychologische oder therapeutische Behandlung, die fundamentale Lebensstiländerung und Umfinalisierung voraussetzt, ist bei alten Menschen seltener durchführbar.

Dennoch sollte die therapeutische Arbeit versucht, jedoch nie erzwungen werden. Eine starke Motivation von Seiten des Patienten ist Voraussetzung dieser Arbeit. Es gelingt leichter, den alten Patienten zur Einsicht seiner ursprünglichen Misinterpretation bezüglich seiner

sozialen „sollte“-Stellung und Erwartungshaltung zu bringen, als ihm zu helfen, die damit in Zusammenhang stehenden tief eingepprägten Verhaltensmuster zu ändern. Gelingt es jedoch, wird noch im fortgeschrittenen Alter nicht nur seelischer und körperlicher Schmerz gelindert, sondern Glück, Gelassenheit, Tatenfreude und echte Mitmenschlichkeit erwachen im alternden Menschen.

Nach *Knopf* (1975) ist ein guter Altentherapeut ein verständnisvoller und warmer, aber nicht sentimentaler Mensch. Dem möchte ich zustimmen und hinzufügen, daß der Altentherapeut noch mehr Geduld und Bereitwilligkeit zum Zuhören haben sollte, als jemand, der mit jüngeren Menschen arbeitet. *Knopf* sagt auch, daß jeder Mensch wenigstens zeitweise deprimiert ist. Tatsache ist, daß bei allen alten Patienten noch häufiger mit zeitweisen Depressionen zu rechnen ist. Trotzdem haben auch alte Menschen die Möglichkeit, ihr Selbstwertgefühl wieder zu erwecken und dem Leben noch einen Sinn zu geben, wie z.B. Clara, oder es zumindest positiver auszurichten, wie unsere anderen Patienten. Wesentlich ist, wieder aktiv zu werden, und wenn möglich, Dinge zu tun, die niemand anders tun kann oder tun will. Es gibt fast immer Menschen, die noch schlechter dran sind als der Patient selbst und denen ein alter Mensch helfen kann. Noch benötigt zu werden, gibt dem Leben Sinn und Inhalt.

„Auswertung des eigenen Lebens zusammen mit anderen, die vor der gleichen Aufgabe stehen, kann Thema von Gesprächs- und Selbsterfahrungsgruppen werden.“ (*Petzold* 1976) Alte Menschen sollten sich jedoch nicht als Subkultur etablieren, sondern bemüht sein, mit anderen Altersgruppen in Kontakt zu bleiben.

Lernen ist ein lebenslanger Prozeß. Neben anderen Aktivitäten ist Bildungsarbeit auch beim alten Menschen von großer Bedeutung. Alte Interessen können wieder aufgenommen, neuen kann nachgegangen werden. Viel kann die Gesellschaft tun, um das sozialökonomische Los der Alten durch Schaffung menschenwürdiger Wohn- und Pflegebedingungen zu erleichtern. Auf diese Weise kann die Stellung alter Menschen in der Gesellschaft verbessert werden.

Die verbesserten äußeren Faktoren sind letzten Endes seelisch nur dann gewinnbringend, wenn alte Menschen in autonomen Rollen handeln können und sinnvolle Entfaltungsmöglichkeiten wahrzunehmen bereit sind. Dabei hilft ihnen der Seelsorger, Berater oder Therapeut.

## Literatur

- Ackerknecht, Lucy K. (1971): Marathon, Adlerian Style. *Journal of Individual Psychology*, 27.
- (1972a): Involvement as Leitmotif of a Psychotherapeutic Practice. *The Individual Psychologist*, 9. S. 8-12.
  - (1972b): Marathons als Beitrag zur Individualpsychologischen Behandlung. *Praktische Psychologie*, 26.
  - (1976): New Aspects of Earl Recollections (ER) as a Diagnostic and Therapeutic Device. *The Individual Psychologist*, 13.
- Adler, Alfred (1913): Der Nervöse Charakter. *Sozial. Mschr.*, 19, neu herausgegeben in: Heilen und Bilden, (1914), München (Ernst Reinhardt).
- (1930): The Education of Children. New York. Verlag Greenberg, Publisher Inc.
  - (1933): Der Sinn des Lebens. Wien, Leipzig: Rolf Passer.
  - (1941): Failures of Personality. *Indiv. Psychol. Bull. (News)* 1, Nr. 8-9, 2-8.
- Ansbacher, Heinz & Rowena (Herausg.) (1956): The Individualpsychology of Alfred Adler. New York. Basic Books, Inc.
- (1964): Superiority and Social Interest. Evanston, Ill., Northwestern University Press.
  - (1972): Alfred Adlers Individualpsychologie. München, Basel, Ernst Reinhardt Verlag.
- Bortz, Edward, in: Frances Carp (Ed) (1972): Retirement. New York, Behavioral Publications, S. XIV u. 409.
- Bowmann, Garda, in: Kurt Adler, Danica Deutsch (Hrsg.) (1959): Essays in Individual Psychology. New York. Grove Press, Inc.
- Butler, Robert, in: Frances Carp. (Ed) (1972): Retirement. New York, Behavioral Publications.
- Dreikurs, Rudolf (1969): Grundbegriffe der Individualpsychologie. Stuttgart, Ernst Klett Verlag.
- Friedman, Kaplan & Sadock (Ed) (1975): The Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams & Wilkins, Publ.
- Knopf, Olga (1975): Successful Aging. New York. Viking.
- Mosak, Harold & Birdie (1975): Bibliography for Adlerian Psychology. New York, John Wiley & Sons.
- Parsons, Talcott (1937): The Structure of Social Action. New York. McGraw-Hill.
- Petzold, Hilarion & Bubolz, Elisabeth (Hrsg.) (1976): Bildungsarbeit mit alten Menschen. Stuttgart. Klett Verlag.
- Scheler, Max (1933): Schriften aus dem Nachlaß. Berlin. Der Neue Geist Verlag.
- Shulman, Bernhard (1977): Persönliche Kommunikation
- Spitzer, Esther (1966): Counseling Aging Persons with Self-Bounded Life Styles. *Journal of Individual Psychology*, 22, S. 104-111.
- Sten, Anna (1976): Case Book. Creative Therapy with Geriatric Patients. *The Individual Psychologist*, 13, S. 12, 13.
- Weber, Max (1946): Essays in Sociology. Trans. & ed. by H.H. Gerth & C.W. Mills, New York. Oxford University Press.
- Weinberg, Jack, in: Friedman, Kaplan & Sadock (Ed) (1975): The Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams & Wilkins, Publ.
- Williams, Richard & Wirths, Claudine (1965): Lives Through the Years: Styles of Life and Successful Aging. New York. Atherton Press.



# C. G. Jungs Auffassung von Alter und Tod und ihre Bedeutung für die analytische Therapie alter Menschen

*Marie-Louise von Franz, Zürich*

Im Gegensatz zu den meisten psychologischen Richtungen seiner Zeit hat C. G. Jung sich immer für die Probleme des alternden Menschen interessiert. Die Tatsache, daß der Mensch, im Gegensatz zur Tierwelt, nach der Erfüllung seiner biologischen Aufgaben noch relativ lange weiterlebt, schien ihm einen speziellen Sinn zu enthalten. Die Probleme des Alters können jedoch nicht verstanden werden, wenn man nicht auf die Entwicklungstendenzen zurückgreift, welche sich schon in der Lebensmitte zu konstellieren beginnen. Jung hat diese in seinem Aufsatz: Die Lebenswende (Ges. Werke 8, 425 ff.) beschrieben.

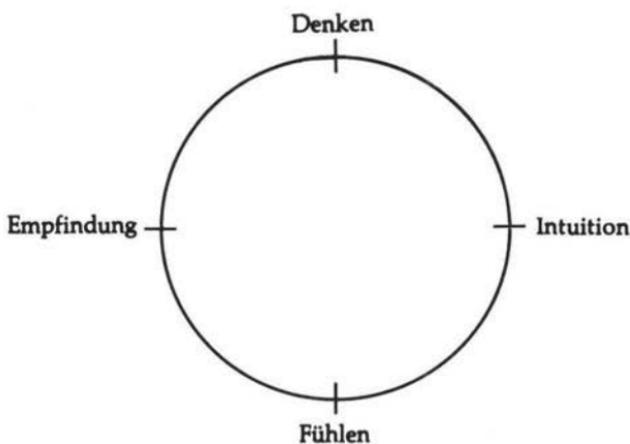
Bei der Behandlung junger Neurotiker (bis zu etwa 35 - 40 Jahren) geht es meistens darum, ein zu langes Festhalten an einer kindlichen Lebenseinstellung zu lösen. Es geht meistens um Ablösung von den Eltern oder von Prägungen, die von den Eltern herkommen, um das Finden eines Partners und um soziale Anpassung. Sind diese Probleme gelöst, so „steht der Mensch im vollen Leben“ und darf als normal oder angepaßt bezeichnet werden. In der Lebensmitte jedoch ändern sich bei den meisten Menschen die Ziele. Alles, was man gut kann, verliert oftmals an Faszination. Fast unmerklich drängt sich eine neue Fragestellung auf: die Frage nach der Sinnfindung des Lebens. Wenn dann die Kinder beginnen, „das Nest zu verlassen“, und wenn die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit merkbar werden, stellt sich die Frage: „Soll alles einfach nur noch so im alten Geleise weitergehen?“ Versteift sich ein Mensch in dieser Phase darauf, möglichst lange jung zu bleiben und allein seiner Karriere nachzugehen, so kommt Rastlosigkeit als erstes Anzeichen einer Neurose auf. Hinter vielen Manager-Erkrankungen, wie Herzinfarkt, plötzliche Depression usw. findet sich eine derartige Situation. Manche suchen ihr Leben dadurch zu „erneuern“, daß sie die Beziehung zu einem neuen Partner suchen oder sich scheiden lassen, um noch einmal in einer jungen Ehe mit neuen Kindern zu leben.

Beobachtet man jedoch in solchen Fällen die Träume eines in dieser Phase stehenden Menschen, so kommen, in seltsame symbolische Bil-

der verhüllt, ganz andere Inhalte zum Wort. Die Sonne hat ihren Zenith erreicht - nun strebt sie ihrem eigenen Untergang entgegen. Es tauchen z.B. bereits im Alter zwischen 35 - 40, sicher aber zwischen 40 und 45 die ersten Träume auf, die auf den Tod hinweisen. Das Ziel des Lebens ändert sich. Es geht nicht mehr um äußere Erfolge als dem letztlich Erstrebenswerten, sondern um ein Reifen und Vollständigerwerden der Persönlichkeit - um einen Prozeß, den *Jung* (GW 9, S. 291ff; 309ff) bekanntlich als *Individuation* bezeichnet hat. Es handelt sich um einen Entwicklungsprozeß, der auf Selbstverwirklichung hin tendiert, d.h. auf eine Abrundung und ein Vollständigerwerden der Persönlichkeit. Im Lauf dieser Entwicklung drängt sich ein dem Ich übergeordnetes Seelenzentrum, das *Jung* als Selbst bezeichnet, in den Vordergrund des Bewußtseins. Dieses Selbst scheint so etwas wie die bewußt-unbewußte Ganzheit der Persönlichkeit darzustellen.

Um sich in der ersten Lebenshälfte durchzusetzen, müssen die meisten Menschen Vieles in sich vernachlässigen oder unterdrücken: Spielerisches, Nebentalente, kurz alles, was die „Tüchtigkeit“ behindert. Diese beiseite geschobenen psychischen Seiten kommen nun wieder hoch.

Nach *Jung* besitzt der Mensch vier Bewußtseinsfunktionen, welche je nach seinem Typus verschieden gut entwickelt werden:



Die *Empfindung* ist die Funktion, welche die von den Sinneswahrnehmungen gegebenen Reize als eine Tatsachenfeststellung bewußt werden läßt. Ich sehe: dies ist ein Baum (außen), oder: ich merke, daß ich verärgert bin (innen). Das *Denken* bringt das Festgestellte in einen logischen Zusammenhang. Das *Fühlen* bewertet das Erlebte als annehmbar oder verwerflich, angenehm oder widrig oder sogar gut und

böse mit allen Zwischennuancen. Die *Intuition* endlich ist eine Art von unmittelbarem Ahnungswissen, wozu und wohin das Erlebte führen wird und woher es kam (vgl. *Jung*, GW 6). Die im obigen Schema einander gegenüber liegenden Funktionen sind einander „feindlich“, man kann nicht zugleich klar denken *und* fühlen, oder scharf Tatsachen beobachten und träumerisch ahnen, wohin diese führen könnten.

Die Leute in freien Berufen haben es mehr oder weniger in der Hand, aber in den abhängigen Berufen sollte m.E. der Mensch nach 45 mehr Zeit erhalten, *ohne seinen Beruf aufgeben zu müssen*. (Das schüfe Platz für arbeitslose junge Menschen und würde die Älteren jung und bei besserer Laune erhalten, so daß auch die Spannungen zwischen den Generationen erträglicher wären.) Die Aufgabe der zweiten Lebenshälfte ist also nach *Jung*, um es zusammenzufassen, die Individuation, die Sinnfindung des Lebens, und deren Ziel ist der Tod.

Um dies besser zu verstehen, müssen wir allerdings versuchen, uns eine andere Vorstellung vom Tod zu machen, als es der wissenschaftliche Materialismus des 19ten Jahrhunderts lehrte und noch heute von Vielen geglaubt wird. Danach ist all unser Leben mit dem Zerfall des Körpers definitiv zu Ende. Es bleibt uns nichts, als in das schwarze Loch zu starren, in das wir unabdingbar versinken werden. Interessanterweise denkt aber unsere *unbewußte* Psyche nicht so. *Jung* hat bei seinen alternden Patienten entdeckt, und ich kann es aus meiner Erfahrung ebenfalls bestätigen, daß die *Träume* den Tod nicht als ein definitives Ende darstellen, sondern als eine Wandlung. Darum betonte *Jung* in einem BBC-Interview (GW 18), daß es offensichtlich besser für den alternden Menschen sei, auf den Tod als ein großes Abenteuer, das noch vor ihm liegt, zu blicken und in der Zwischenzeit sein Leben so zu leben, als ob er Ewigkeiten zu verschwenden hätte.

Natürlich lautet der rationalistische Einwand, daß solche Träume, die auf ein Weiterleben nach dem Tode zu ~~weisen~~ scheinen, bloß Wunschträume seien. Dagegen sprechen jedoch zwei Gründe: Erstens stellen die Träume einem Menschen oft, wenn es nötig ist, das kommende Ende mitleidlos vor Augen. Eine jüngere Frau, die an einer unheilbaren Krankheit litt, der aber die Ärzte wie üblich Heilung in Aussicht stellten, träumte z.B., ihre Uhr sei unreparierbar zerbrochen, und in einem folgenden Traum sah sie ihren „Lebensbaum“ umgehauen am Boden liegen. Diese Träume waren sicherlich keine Wunschträume. Sie bezweckten, wenn überhaupt etwas, wohl eher, daß sich die Patientin nicht vergeblich für eine Rückkehr zur früheren Lebenseinstellung bemühte und sich statt dessen eher auf den kommenden Tod vorbereite. Als sie diese Botschaft angenommen hatte, träumte sie nicht

mehr solche brutalen Träume, sondern ihre Träume begannen von einer Reise in ein anderes Reich und von Verwandlung zu handeln.

Ein weiterer Aspekt im Konzept *Jungs* ist, daß die Menschen habituell eher nach den äußeren Objekten hin orientiert sind, d.h. *extravertiert*, oder nach den Innenvorgängen hin, d.h. *introvertiert* sind. Diese Funktionen und Einstellungsmodi (Intro- und Extraversion) finden sich beim Einzelnen in verschiedener Intensität und Differenzierung vor. Bei einem Individuum mit vorwiegend introvertiertem Denken ist das Gefühl eher extravertiert und unentwickelt primitiv, bei einem Intuitiven die Empfindung schwach ausgeprägt usw. In der ersten Lebenshälfte passen sich die meisten Menschen mit *der* Funktion an das Leben an, die anlagemäßig besonders entwicklungsfähig ist, und wählen auch ihren Beruf nach dieser Begabung. In der zweiten Lebenshälfte meldet sich nun unweigerlich ein Bedürfnis, die weniger entwickelten Funktionen hochkommen zu lassen und zu differenzieren. Der Denktypus verwickelt sich in Gefühlsprobleme (oder seine Frau serviert sie ihm), der Fühltypus fängt an, grüblerisch zu denken, der Empfindungstypus entdeckt in sich seltsame Phantasien und Ahnungen, die ihn bedrängen, und der Intuitive, der meistens in der ersten Lebenshälfte sich durch Hochflüge über die Härten der Wirklichkeit, „wo sich die Sachen hart im Raume stoßen“, hinweggesetzt hat, sieht sich vor die Aufgabe gestellt, die Tatsachenwelt ernst zu nehmen, sei es, daß ihn sein kranker Körper dazu zwingt oder die Steuerbehörde oder andere unumgängliche Tatbestände. Durch die Annahme der bisher unentwickelten Seiten entsteht eine Verjüngung der Persönlichkeit; es kommen neue Interessen auf, was durch Suggestion von außen nur selten erreichbar ist.

Weil die bisher vernachlässigten Seiten der Persönlichkeit sich herisch aus dem Unbewußten herandrängen, ihre erneute Unterdrückung meistens körperliche und seelische Erkrankungen bringt, ihre liebende Annahme aber eine heilende Wirkung hat, zog *Jung* (GW 9, II, S. 78f.) den Schluß, daß es in der zweiten Lebenshälfte nicht mehr um Leistung und nicht mehr um *Perfektion* geht, sondern um ein Vollständigwerden, um eine Abrundung der Persönlichkeit. Dazu braucht es in erster Linie *Zeit*. Der Mensch der zweiten Lebenshälfte muß mehr Zeit für sich finden, notfalls mit Gewalt sich verschaffen, wenn er nicht vorzeitig zugrunde gehen oder verholzen will. Das ist in unserer Gesellschaftsordnung oft ein schwieriges Problem, und es wäre meines Erachtens von größter Wichtigkeit, daß unsere Arbeitsordnungen lernen würden, dem Rechnung zu tragen.

Der zweite Grund, warum der rationalistische Einwand m.E. nicht zutrifft, liegt darin, daß in *Jungscher* Sicht das Unbewußte überhaupt

in den Träumen kaum je „Wünsche“ darstellt, so wie es *S. Freud* sah, sondern einfach unbewußt-psychische Tatbestände abbildet, so wie sie sind. Für *Jung* ist das Unbewußte ein Stück reiner Natur. Wenn unser Urin Zucker enthält, will die Natur nichts Spezielles damit aussagen, es liegt an uns, den Schluß auf Diabetes zu ziehen und entsprechende Maßnahmen vorzunehmen. So stellen, nach *Jung*, auch die Täume einfach dar, was *psychisch real* ist (GW 8, S. 263ff; 309ff.).

Was daher die Therapie des alternden Menschen betrifft, so unterscheidet sie sich in der Jungschen Schule nicht prinzipiell von derjenigen jüngerer Menschen. Die Therapie *Jungs* orientiert sich bekanntlich entscheidend an den Träumen des Patienten. *Jung* sieht im Traum ein absichtsloses, vom Bewußtsein nicht beeinflussbares Naturphänomen. Die symbolischen Bilder, in denen der Traum sich ausdrückt, müssen daher möglichst voraussetzungslos mit Hilfe der Assoziationen des Träumers entziffert werden, so wie man den Text einer noch unbekanntten Sprache entziffert. Diese Auffassung des Traumes behindert den Therapeuten Jungscher Richtung in der Darstellung allgemeiner Gesichtspunkte, denn er konzentriert sich, weitgehend ohne vorgefaßte Theorie, auf das individuelle So-sein jedes Patienten, dessen Unbewußtes ebenfalls immer wieder andere individuelle Lösungsmöglichkeiten von Problemen und Entwicklungsmöglichkeiten anzustreben scheint. Nur wenn die persönlichen Assoziationen des Patienten ausfallen oder nicht genügen, trägt der Therapeut eigenes Wissen bei, indem er auf die „Menschheitsassoziationen“ zum jeweiligen Traumsymbol zurückgreift, d.h. auf mythische und religiöse Bilder. Dies geschieht meistens nur dann, wenn es sich im Traumbild um ein sog. archetypisches Symbol handelt, d.h. um ein Bild, das starke Ähnlichkeit mit mythologischen Bildern aufweist.

In der Auffassung *Jungs* (GW 9, I, S. 14ff.) sind mythologische Bilder die Produkte der sog. Archetypen, d.h. ererbter psychischer Grundstrukturen, die das psychische Äquivalent der Instinkte darstellen. So wie ererbte instinktive Verhaltensweisen die Formen unseres körperlich-animalischen Seins regulieren (Sexualität, Aggression, Brutpflege usw.), so ist auch unser inneres psychisches und mentales Erleben von solchen ererbten Strukturen weitgehend gesteuert, und das Ich-bewußtsein kann von ihnen nur um den Preis einer Neurose abweichen. Wie uns in der ersten Lebenshälfte die Instinkte (mit den sie begleitenden inneren archetypischen Vorstellungen) ins Leben hineinverwickeln, so ist auch die Bewältigung der Altersprobleme und des Todes in uns durch Instinkte bzw. archetypische Vorstellungsmodi vorgezeichnet (vgl. die ausführliche Darstellung eines Fallbeispiels bei *Hannah 1964*; über einige Todesträume vgl. *Edinger 1977*).

Ich möchte daher im Folgenden einige solche auf den Tod hinweisende archetypische Träume anführen, weil sie m.E. von Therapeuten in ihrer tieferen Bedeutung heute noch oft nicht erkannt werden. Allerdings sind die *Motive*, durch welche das Unbewußte den Tod verbildlicht, sehr mannigfaltig. Häufig ist es der Übergang in eine andere Welt. So träumt z.B. ein 50-jähriger Mann, der an Krebs erkrankt war und vor einer zweiten Operation stand, folgendes:

*Er ging durch einen winterlichen Wald. Es war düster und kalt. Schnee lag am Boden. In der Ferne hörte man das Singen einer Kettensäge, und wie von Zeit zu Zeit ein großer Baum krachend zu Boden fiel. Der Träumer fühlte sich tief deprimiert. Plötzlich war er wie auf eine höhere Ebene versetzt. Auch hier war Wald, aber es war Sommerzeit und das Sonnenlicht spielt durch das Laub und das grüne Moos am Boden leuchtete auf. Der längst (vor 30 Jahren) verstorbene Vater des Träumers war da und sagte lächelnd „Siehst Du, hier ist wieder Wald und Leben. Achte nun einfach nicht mehr auf das, was da unten noch geschieht“.*

Dieser Traum spricht größtenteils für sich selbst. Der Wald ist oft ein Symbol für das unbewußte vegetative, körpernahe, psychische Leben (vgl. Jung, GW 13, S 215 und 219). Die Kettensäge spielt wohl auf den brutalen Operationseingriff an, der dem Träumer bevorstand und den er nur 2 Monate überlebte. Nach diesem Traum war er zwar getröstet, aber er empfand es immer noch als bitter, daß er so relativ früh gehen mußte. Da träumte er:

*Er gehe einen von Bäumen und Sträuchern bewachsenen Hang hinauf. Ein Waldbrand hatte gewütet und alle Vegetation, obwohl sie noch grün war (!) völlig verbrannt. Alles war schwarz verkohlt. Da sah der Träumer einen großen roten runden Sandstein. Er rief aus: „Den hat es nicht verbrannt, er hat sogar keinerlei Brandspuren!“*

Dieses letzte Motiv bedarf einer Deutung: in der abendländischen alchemistischen Tradition ist der „Stein“ ein Symbol des Auferstehungsleibes. In seiner Vollendung (der sog. Rubedo-Rötung) ist er rot. Er stellt einen unsterblichen Seelenkern des Individuums dar (vgl. Jung, GW 13, S. 105ff).

Bekanntlich hat sich Jung in seiner eigenen zweiten Lebenshälfte tiefgehend auf die Interpretation der alchemistischen Symbolik konzentriert. Der Grund hierzu liegt darin, daß die Bilder der Alchemie weitgehend jene unbewußte archetypischen Prozesse abbilden, welche die

Individuation ausmachen, eine Zentrierung und Verfestigung der inneren ganzheitlichen Persönlichkeit.

Ein häufiges Traummotiv, das auf die Vorgänge im oder nach dem Tod hinweist, ist das der „heiligen Hochzeit“ (*Hierosgamos*). Es ist dies ein Bild eines Vollständigwerdens, in dem man sich mit seiner „anderen Seite“ wiedervereinigt. Verschiedene Völker lehren, daß der Mensch nur als „Halber“ in diese Welt hinabgeboren werde, während die andere Hälfte als unsichtbarer Doppelgänger im Jenseits verbleibt. Mit ihm vereinigt man sich im Tode wieder und wird so ganz. Ein 52-jähriger Arzt mit einer Allgemeinpraxis, der zu mir kam, um eine Lehranalyse zu machen, hatte als ersten (Initialtraum) folgenden Traum:

*Er ging bei einer Beerdigung mit. Der Verstorbene war ein Unbekannter, der ihn gleichgültig ließ. Auf einem Platz mit einer Wiese mitten in der Stadt, hielt der Trauerzug inne. Auf der Wiese war ein Holzstoß errichtet. Der Sarg wurde auf diesen Scheiterhaufen gelegt und das Ganze angezündet. Als die Flammen emporzüngelten, sprang der Sargdeckel auf, eine wunderschöne nackte junge Frau sprang heraus und ging mit liebevoll ausgebreiteten Armen auf den Träumer zu. Er breitete auch seine Arme aus - und erwachte mit einem Gefühl unbeschreiblicher Seligkeit.*

Ich sah in diesem Traum eine Vorankündigung des Todes und konnte es kaum begreifen, da der Träumer anscheinend gesund war. Vier Jahre später, als er wieder in seine Heimat zurückgekehrt war, starb er unerwartet an einem Herzversagen während einer Grippe.

Der Traum bedarf vielleicht einiger *Amplifikationen*. Darunter versteht *Jung* das Anreichern der Traumbilder durch Assoziationen des Träumers, und - wenn solche fehlen - durch „Menschheitsassoziationen“ aus der vergleichenden Mythologie. Der dem Träumer gleichgültige Verstorbene ist wohl ein Bild seines Körper-Ichs, das im Tode verschwindet und von dem er bereits abgelöst ist. Die schöne junge unbekannte Frau stellt das dar, was *Jung* (GW 9/I, S. 67ff) als *Anima* bezeichnet hat, als die unbewußte weibliche Seelenkomponente des Mannes. Sie verkörpert seine „andere Seite“, die Welt des weiblichen Gefühls, des Eros. Mit ihr vollzieht der Träumer die heilige Hochzeit, die ein weitverbreitetes Todessymbol ist. (Man denke z.B. an die heilige Hochzeit von Isis und Osiris, welche den Höhepunkt der ägyptischen Totenliturgie darstellt, in der der Tote als Osiris sich mit seiner Mutter-Schwester-Gattin Isis vereinigt.) Als ich diesen Traum in einem Vortrag erwähnte, schrieb mir spontan eine achtzigjährige Diakonissin, nun verstehe sie den Traum, den sie vor ein paar Monaten hatte: Sie

erhielt von einer Stimme den Befehl, ihr Brautkleid bereit zu machen; denn bald würde ihre Hochzeit stattfinden. In der altpersischen Religion glaubte man, daß der Verstorbene zur sogenannten Cinvat-Brücke komme, die zum Jenseits führe. Auf ihr kommt dem Frommen seine Seele (daena) in Gestalt eines schönen Mädchens oder Jünglings entgegen und leitet ihn hinüber, der Frevler hingegen findet keine Hilfe und stürzt in die Hölle ab. Nicht immer ist die „andere Seite“ gegengeschlechtlich, sie verkörpert sich oft in den Träumen als ein gleichgeschlechtlicher Gefährte, Feund und Leiter (oder bei Frauen als eine weise Führerin). C.G. Jung hat diese Gestalt als das *Selbst*, als Verkörperung der dem Ich übergeordneten seelischen Ganzheit des Individuums bezeichnet. So träumte z.B. ein 49-jähriger italienischer Analysand als ersten Traum, als er zu mir kam, folgendes:

*Er blickte zum bewölkten Himmel empor und sah, wie ein Sonnenstrahl die Wolken zerriß. Aus der blauen Lücke beugte sich zu ihm eine wunderschöne Jünglingsfigur lächelnd herab.*

Er erwachte seltsam erschüttert und wie von etwas Übernatürlichem berührt. (Er war, nur nebenbei bemerkt, keineswegs homosexuell.) Ich erschrak über diesen Traum, denn ich dachte an Hermes, den Seelenleiter, der die Seelen ins Jenseits abholt. Tatsächlich erwies sich bald, daß die körperliche Gesundheit des Analysanden zerrüttet war; er starb 6 Jahre nach diesem Traum, und die Analyse war in erster Linie ein ihn zum Tod begleiten. Es ist nämlich eine ebenso große und bedeutsame therapeutische Aufgabe, jemanden zum „richtigen“ Sterben wie zum „richtigen“ Leben zu verhelfen.

Das *Selbst* tritt nicht nur beim Nahen des Todes auf, sondern kommt in fast jeder tieferen Analyse bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte aus dem Unbewußten hervor und erweist sich als eine Art von innerem Guru. Dieser stellt so etwas wie das Kernatom der menschlichen Psyche dar, dem gegenüber das bewußte Ich nur Randbedeutung hat. Mit dieser Figur eins zu werden bzw. sie zu integrieren, scheint das eigentliche Ziel des Individuationsprozesses zu sein. Wenn die heutigen Sterbens-Forscher diese Figur in den Berichten von Menschen, die kurz klinisch tot waren und zum Leben zurückgebracht wurden, wiederfinden, so stoßen sie damit auf eine Tatsache, die Jung schon lange bekannt war. Raymond Moody berichtet in „Life after Life“ (1976), wie manche Patienten während eines Herzstillstandes erleben, wie sie aus ihrem Körper ausgetreten sind und wie ihnen eine (oft runde) Lichtfigur zu Hilfe kommt und sie führt. Diese Patienten sind, in Jungscher Sicht, dem *Selbst* begegnet, dem man aber, wenn

man sich in einer Analyse mit seinen Träumen beschäftigt, auch schon lange vor dem Tode begegnen kann. Dasselbe gilt auch für das von *Moody* berichtete Motiv der Verdoppelung: daß man sich als und sein Körper-Ich als etwas Anderes daneben wahrnimmt. Eine an Krebs sterbende 32-jährige junge Frau wurde von ihrem Analytiker im Spital betreut. Am Ende traten Metastasen im Hirn auf und sie war bewußtlos. Vierundzwanzig Stunden jedoch vor ihrem Tod traf sie der Analytiker unerwartet bei vollem Bewußtsein an. Sie erzählte ihm ihren letzten Traum:

*Sie stand neben ihrem Spitalbett und fühlte sich körperlich stark und wohl. Der Arzt war da und sagte zu ihr: „Ja, sie sind nun unerwarteterweise geheilt. Sie können sich anziehen und das Spital verlassen.“ Sie blickte sich um, und da sah sie - sich selbst tot im Bett liegen.*

Der Tod ist hier als Heilung, als ein wieder „heil“, d.i. ganz werden dargestellt, ohne daß aber der andere Aspekt des Todes, das Ende, deswegen verhüllt würde. Als Sokrates den Giftbecher leeren mußte, sagte er seinen Freunden: „Opfert dem Asklepios einen Hahn“. Das tat man im alten Griechenland, wenn man nach einer Krankheit gesund wurde, und er wollte damit andeuten, daß für ihn der Tod eine Art von Heilung bedeute.

Was also die heutigen Sterbe-Forscher entdecken, sind seelische Prozesse, die sich nach dem, was *Jung* beobachtet hat, nicht nur im Todesmoment abspielen, sondern schon lange vorher im Unbewußten wirken und durch die Träume erfäßbar sind. Das hat eben *Jung* veranlaßt, die Individuation auch als Vorbereitung auf das große Abenteuer Tod zu verstehen. Bei den von *Moody* beschriebenen Fällen bricht hingegen die „andere Seite“ völlig abrupt in ein weltlich orientiertes Bewußtsein ein. Die Exploranden versicherten *Moody*, daß sie sich vorher nicht „um solche Dinge gekümmert hatten“. Wer aber gelernt hat, nach Innen zu blicken, kann sehen, wie sich die runde Lichtfigur als Seelenführer schon lange vorher manifestiert hat.

Das Nicht-Wissen um diese Dinge besteht nur in unserer westlichen extravertiert orientierten Welt. Im fernen Osten ist die Vorbereitung auf den Tod eine ganze Wissenschaft. Ein hinduistischer Text *Inanasiddhanta* (Hrs. von *Haryati Soebadio* 1971) aus Bali z.B. lehrt in umständlichen Formen sogar, wie man am Ende des Lebens, nach vielen religiösen Riten, den Atem absichtlich anhält, um völlig bewußt und in der richtigen religiösen Haltung den Tod durchzumachen.

Bekannter ist im Westen das von *W.Y. Evans-Wentz* (1935) herausgegebene Tibetische Totenbuch geworden, für das *Jung* eine Vorrede verfaßt hat. Auch hier geht es darum, daß der Sterbende, trotz sei-

ner physischen Leiden, möglichst bewußt bleibe und sogar den Todesmoment benütze, um in einem ekstatischen Zustand, im Koma, das „Licht der Buddhaschaft“, das ihm dann erscheint, festhalten zu können. Dadurch kann er dem Kreislauf von Geburt und Tod entgehen. Gelingt es ihm nicht, so zeigen ihm weitere Belehrungen, wie er sich der dann andrängenden Götter- und Dämonenwelt gegenüber verhalten solle. Dieser Text wurde am Sterbebett dem Dahinscheidenden vorgelesen und auch noch in den drei nächsten Tagen, wo man vermutete, daß der Verstorbene noch in der Nähe weile, rezitiert.

Was der Text in einer Folge von eindrucklichen Bildern beschreibt, ist, wie *Jung* hervorgehoben hat, dasselbe, was ein Mensch erlebt, wenn er zu Lebzeiten den Abstieg in das eigene Unbewußte wagt. Es ist eine Begegnung mit der Triebwelt und mit den eigenen Inferioritäten, was *Jung* als Schatten bezeichnet, so wie meistens in einem fortgeschrittenen Stadium mit den gegengeschlechtlichen Komponenten des eigenen Wesens. Wir haben oben eine solche Begegnung eines Mannes mit seiner „inneren Frau“ am Beispiel des Arztes bereits gesehen. Bei Frauen trägt dieser „innere Bräutigam“, den *Jung* Animus nennt, die Züge eines männlichen Gottes, der oft Dionysos, Hermes oder einem männlichen Engel gleicht. Geschieht die Begegnung mit diesem inneren Wesen nicht erst beim Tode, so bringt sie eine langwierige Auseinandersetzung mit sich, denn Animus und Anima besitzen auch eine negative Seite, die bewußt gemacht werden muß. Es entspricht dies einer uralten Tradition: die Schamanen der zirkumpolaren Völker und die Medizinmänner vieler ursprünglicher Völker haben einen solchen „Hilfsgeist“, der bald männlich oder weiblich erscheint und der ihnen bei ihren Heilungsriten hilft, indem er hauptsächlich die richtigen Einsichten in das Krankheitsgeschehen suggeriert. Solche Hilfsgeister personifizieren das innere Selbst. Das Selbst vermittelt dem alternden Menschen nicht so sehr intellektuelle Erkenntnisse, sondern Weisheit. Dieser bedarf er dringend, denn es ist gar nicht leicht, mit dem allmählichen Zerfall der Körperkraft und den anderen Einschränkungen des Alters richtig fertig zu werden.

Man kann durch körperliche Leiden z.B. zuviel oder zuwenig an das Körpergeschehen gebunden sein. Besonders häufig können die Leute ihre erworbenen Machtpositionen nicht freiwillig an die jüngere Generation abtreten oder auf ihre Elternautorität den Kindern gegenüber verzichten. Eine 52-jährige Frau z.B. konsultierte mich wegen psychogener Darmbeschwerden. Sie schien keine speziellen Probleme zu haben, außer daß eine ihrer zwei Töchter, schon über dreißig, bei Männern sehr beliebt, aber noch immer unverheiratet war. Sie ließ diese Tochter äußerlich völlig frei, aber sie *dachte* immer an das Problem.

Auf Grund ihrer Träume riet ich ihr, dieses An-die-Tochter-Denken radikal aufzugeben. Die Tochter heiratete prompt und das Darmleiden hörte auf. Das Interessanteste aber kam erst dann: nun trat in ihren Träumen eine göttliche Jung-Mädchen-Figur (wie etwas die griechische Kore!) auf, eine Tänzerin oder Mondgöttin, die in den Träumen zuerst noch Züge der Tochter trug, um immer mehr eine eigenständige, innere Gestalt zu werden. Sie verkörpert, nach *Jung*, das Selbst der Träumerin, welches letztere vorher offenbar auf die Tochter projiziert hatte.

Das Selbst trägt bei jüngeren Menschen oft Züge des alten Weisen (beim Manne) und der weisen alten Frau (bei der Frau), doch bei Menschen höheren Alters trägt das Selbst oft jugendliche Züge. Dies bedeutet eine Kompensation (Gleichgewichtsherstellung), um ein „innerlich zu alt sein“ zu verhindern und auch dem alten Menschen noch die Naivität, die Lebensfreude und Romantik der Jugend zu erhalten - eben jenes Nach-Vorne-Leben auf das große Abenteuer des Todes hin, das alles Gejammer über Gebresten und alles rückblickende Lob der vergangenen Zeit, das alte Leute oft so langweilig macht, übertönen kann.

Zu allen Zeiten und in den verschiedensten Formen sind es bisher, wie *Jung* (GW 11) betont, die *Religionen* gewesen, welche dem Menschen ein Ziel jenseits der sichtbaren materiellen Welt gesetzt haben, ein Ziel, das der alternde Mensch, der sich vom Außen relativ zurückziehen sollte, besonders braucht. Darum gehen auch fast alle Analysen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte letztlich um eine religiöse Sinnfindung. Dies braucht nicht immer im Rahmen einer kollektiven institutionalisierten Religion zu geschehen. Bei vielen modernen westlichen Menschen geht es oft eher darum, eine persönliche religiöse Haltung dadurch zu erringen, daß sie die sinngebenden Symbole und Vorstellungen in der eigenen Seelentiefe finden, aus jener seelischen Grundschrift, aus der ja auch alle institutionalisierten Religionen einmal entstanden sind.

*Jung* hat die zahlreichen Träume alternder Menschen, in denen von einem Weiterleben der Psyche nach dem körperlichen Ende die Rede ist, ernst genommen. Er sah in ihnen nicht nur einen therapeutisch wertvollen Trost. Dies hängt damit zusammen, daß in seiner Sicht unsere Psyche nur teilweise an die Funktion des Hirnes gebunden zu sein scheint. Wie telepathische und andere parapsychologische Phänomene zeigen, ist unsere Psyche nur bedingt in die Kategorien der Raum-Zeit und der sog. materiellen Welt gebunden, und derjenige Aspekt der Psyche, der nicht hirn- und körpergebunden ist, braucht deshalb auch nicht vom physischen Tod affiziert zu werden (vgl. *Jung* GW 8, S. 540 ff). Fraglich blieb *Jung* nur, ob die Ichidentität des Toten erhalten blei-

be; auch das Problem der Reinkarnation ließ *Jung* offen. Daß ein gewisses Bewußtsein erhalten bleibe, sah er hingegen als wahrscheinlich an (*Jung* 1962, S.323).

Zum Schluß sei deshalb sein persönliches Bekenntnis, das er in hohem Alter verfaßte, aber keineswegs als wissenschaftlich bewiesene Anschauung betrachtete, angeführt:

„Wenn wir annehmen, daß es 'dort' weitergeht, so können wir uns keine andere Existenz denken als eine psychische; denn das Leben der Psyche bedarf keines Raumes und keiner Zeit. Die psychische Existenz, vor allem die inneren Bilder, mit denen wir uns jetzt schon beschäftigen, liefern den Stoff für alle mythischen Spekulationen über eine Existenz im Jenseits, und diese stelle ich mir als ein Fortschreiten in der Bilderwelt vor. So könnte die Psyche jene Existenz sein, in der sich das 'Jenseits' und das 'Totenland' befindet. Das Unbewußte und das 'Totenland' sind in dieser Hinsicht Synonyma. Vom psychologischen Gesichtspunkt aus erscheint das 'Leben im Jenseits' als eine konsequente Fortsetzung des psychischen Lebens im Alter. Mit zunehmendem Alter nämlich spielen Beschaulichkeit, Reflexion und die inneren Bilder natürlicherweise eine immer größere Rolle. 'Deine Alten werden Träume haben' (Apostelgesch. II, 17; Joel III, 1). Dies setzt allerdings voraus, daß die Seele der Alten nicht verholzt oder versteinert ist ... Im Alter fängt man an, die Erinnerungen vor seinem inneren Auge abrollen zu lassen und sich in den inneren und äußeren Bildern der Vergangenheit denkend zu erkennen. Das ist wie eine Vorstufe oder eine Vorbereitung zu einer Existenz im Jenseits ... Ich versuche, die Linie zu sehen, die durch mein Leben in die Welt geführt hat und aus der Welt wiederum herausführt“ (*Jung* 1962, S. 322 f).

Natürlich handelt es sich bei solchen Anschauungen nicht um einen „Glauben“, den der Therapeut dem alten Patienten zu suggerieren versucht. Wer immer aber die Träume alternder Menschen sorgfältig beobachtet, wird sehen können, daß sich ihr Unbewußtes um eine Bewußtwerdung solcher Probleme und um die symbolische Skizzierung ähnlicher Auffassungen bemüht. Dahinter steckt das Selbst als *spiritus rector* alles biologischen und psychischen Geschehens.

#### Literatur

- Jung*, C. G., Die Lebenswende, Ges. Werke, Bd. 8, S. 425, Walter Olten.  
-, Seele und Tod, ebenda, S. 443.  
-, Bewußtsein, Unbewußtes und Individuation, Ges. Werke, Bd. 9/I, S. 291 ff.  
-, Psychologische Typen, Ges. Werke, Bd. 6.  
-, Aion, Ges. Werke, Bd. 9/II, S. 78-79.  
-, Face to Face, Interview mit John Freeman, Ges. Werke Bd. 18 (erscheint demnächst).

- , Über allgemeine Gesichtspunkte zur Psychologie des Traumes, und: Vom Wesen der Träume, Ges. Werke, Bd. 8, S. 2632 ff und 309 ff.
- , Studien über alchemistische Vorstellungen, Ges. Werke Bd. 13.
- , Über den Archetypus mit besonderer Berücksichtigung des Animabegriffs, Ges. Werke, Bd. 9/I, S. 67 ff.
- , Synchronizität als ein Prinzip akausaler Zusammenhänge, in: Die Dynamik des Unbewußten, Ges. Werke, Bd. 8, S. 540 ff.
- , Der Geist Mercurius, Ges. Werke, Bd. 13.
- , Zur Psychologie westlicher und östlicher Religion, Ges. Werke, Bd. 11.
- , Erinnerungen, Träume, Gedanken, ed. A. Jaffé, Walter, Olten, 1962.
- Hannah, B.*, Regression oder Erneuerung im Alter, in: Psychotherapeutische Probleme, Studien a.d. C.C. Jung Institut, Rascher, Zürich 1964.
- Edinger, E.*, A new Myth of meaning, in: *Quadrant, Journal of the C.C. Jung Foundation*, N. Y. Summer 1977, S: 33 ff.
- Moody, R.*, Life after Life, Bantam Books, New York 1976.
- Evans-Wentz, W. Y.*, (Hrsg.), Das Tibetanische Totenbuch, Rascher, Zürich 1935.
- Soebadio, H.* (ed.), Inanasiddhanta, Leiden 1971.



### III. Aktionale Verfahren



# Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gestalt als Verfahren der Interventionsgerontologie und Alterspsychotherapie

Hilarion Petzold, Düsseldorf

## 1. Dramatische Therapie

Ich habe die Bezeichnung „dramatische Therapie“ (Petzold 1976; 1980 c) zur Kennzeichnung der aktionalen Psychotherapieverfahren verwandt, in denen szenisches Spiel, die Dramatisierung von persönlichen und sozialen Konflikten, Katharsis, Selbstverwirklichung durch Erlebnisaktivierung und der Gewinn von Einsicht durch Handeln eine zentrale Rolle spielen (Tymieniecka 1975). Die Zahl dieser Verfahren ist inzwischen beträchtlich, wenn man den gesamten Bereich „Therapie durch Rollenspiel“ (Corsini 1966) einbezieht. Die bedeutendsten Ansätze dramatischer Therapie, die neben einer elaborierten Methodologie auch über ein konsistentes theoretisches Konzept verfügen, sind das Psychodrama, die Gestalttherapie und das Therapeutische Theater.

*Psychodrama und Rollenspiel*, die von Jacob L. Moreno (\*18. Mai 1889 † 14. Mai 1974) zu Beginn der zwanziger Jahre aus dem kindlichen Spiel und dem Stegreiftheater in Wien entwickelt (Leutz 1967) und zu Beginn der dreißiger Jahre in den USA zu psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und pädagogischen Verfahren ausgearbeitet wurden (Moreno 1959), sind Methoden, die inzwischen in alle Bereiche der angewandten Humanwissenschaften Eingang gefunden haben und sich in den verschiedensten Arbeitsfeldern und Aufgabenbereichen bewähren konnten (vgl. die Übersicht bei Petzold 1978 a, 2279-2782; 1977 h, 68-70, sowie Leutz 1974).

Das *Therapeutische Theater*, das von Vladimir N. Iljine (\*8. August 1890, † 23. Oktober 1974) zwischen 1908 und 1910 in Kiew in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten - darunter auch Alterspatienten - entwickelt wurde (Schmidt-Ranson 1976), ist weniger bekannt geworden. Es weist große Gemeinsamkeiten mit dem Psychodrama auf und hat für die Arbeit mit alten Menschen einen bedeutsamen Beitrag geleistet: die gezielte Einbeziehung der Leiblichkeit in die therapeutischen Maßnahmen (Iljine 1942, 1972; Petzold 1973 b, 1977 f, 1979 r).

Die *Gestalttherapie* wurde von *Friedrich S. Perls* (\* 8.7.1893 † 14.3.1970) zwischen 1942 und 1948 in Johannesburg entwickelt. Sie hat mit den beiden vorgenannten Verfahren wesentliche Prinzipien und Methoden gemein. Für die Arbeit mit alten Menschen hat die Gestalttherapie die Konzepte der Organismus-Umfeld-Relation (Kontext), der organismischen Selbstregulation und des persönlichen Wachstums durch Integration beizusteuern (*Perls, Hefferline, Goodman* 1951; *Martin, Süß* 1978). Die Verwendung der Gestaltmethoden in der Arbeit mit alten Menschen wurde an anderer Stelle ausführlich dargestellt (*Petzold* 1977 e, g, 1979 f), so daß an dieser Stelle die Gestalttherapie nur dort Berücksichtigung findet, wo wir sie in Verbindung und Kombination mit dem Psychodrama einsetzen.

Der vorliegende Beitrag will die theoretischen Konzepte *Morenos* vorstellen, die für die Arbeit mit alten Menschen relevant sind, um dann die praktische Anwendung der genannten Verfahren dramatischer Therapie in der Therapie von Alterspatienten darzustellen.

## 2. Auf dem Wege zu einer „angewandten Gerontologie“: Methoden der Interventionssoziometrie als Interventionsgerontologie

Während die frühen Experimente *Morenos* mit Kindern in den Gärten Wiens mehr pädagogisch ausgerichtet waren (*Moreno* 1969, 13; *Leutz* 1967), seine Theaterexperimente auf die Veränderung des Theaters und auf die Entwicklung der Persönlichkeit der Spieler abzielten (*Moreno* 1924; *Pörtner* 1972), - also nur peripher eine therapeutische Intention hatten -, wurde das Psychodrama als *therapeutisches* Instrument erst Anfang der dreißiger Jahre konzipiert (*Moreno* 1959, 312 gibt das Jahr 1931 an und verwendet den Begriff seit 1937), in einer Zeit, in der er sich um die soziometrische Organisation von „*correctional institutions*“ bemühte: als Gefängnispsychiater in Sing Sing und als „*psychiatric consultant*“ der Hudson Training School für schwererziehbare Mädchen (*Moreno, Within* 1932; *Moreno* 1934). Bei beiden Projekten ging es um die Umgestaltung des sozialen Gefüges in „totalen Institutionen“ (*Goffman* 1961).

Hier nun setzt *Moreno* „Rollenspiel und Rollentherapie“ (1967, 306), „Psychodrama, Rollenspiel und Soziodrama“ als „Soziometrie der Neuordnung“ (ibid. 325) und als „Methoden der Umgestaltung und Umgruppierung“ (ibid. 307) ein. Die „*action methods*“ *Morenos* sind Methoden einer „*Interventionssoziometrie*“ (*Dollase* 1975), die bei der geplanten und umfassenden Umgestaltung eines komplexen so-

zialen Feldes (z. B. eines Altersheimes) aber auch zur Reorganisation eines persönlichen, sozialen Netzwerkes, das beschädigt oder zusammengebrochen ist (durch Umsiedlung in ein Altersheim, Tod von Verwandten, Freunden und Bekannten), eingesetzt werden können - im letzteren Fall als Methoden der Krisenintervention.

Wir finden im Moreno'schen Konzept der „Interventionssoziometrie“ das Modell für eine „Interventionsgerontologie“ vorgebildet, ja von ihm in der Arbeit mit alten Menschen praktiziert (Moreno 1947). Die Methoden und Konzepte Morenos liegen damit in einer Linie mit neueren Bestrebungen der Gerontologie, die unter dem von Baltes (1973) geprägten Schlagwort „Interventionsgerontologie“ zusammengefaßt werden können. Der Begriff wurde in Analogie zu dem der „Krisenintervention“ (Parad 1965) konzipiert und kam durch die grundlegende Arbeit von Simon, Lowenthal und Epstein „Crisis and Intervention“ (1970) in die gerontologische Literatur und nicht, wie Lehr (1977) meint, durch Baltes. Der Sache nach wird er schon von Linden (1953) vertreten, der in seinen Arbeiten die wesentlichsten Positionen moderner Interventionsgerontologie vorwegnimmt (vgl. S. 174 ff). Mit Interventionsgerontologie sind all die Versuche und Initiativen gemeint, die über die „gérontologie descriptive“ zu einer „gérontologie appliquée“ (Petzold 1965) kommen.

## 2.1 Zum Konzept der Intervention

Wird der Interventionsbegriff bei Oberleder (1970) und Burnside (1970) noch sehr eng als „Krisenintervention“ umschrieben, so wird er von Simon, Lowenthal und Epstein (1970) von der ganzen Anlage ihrer Untersuchungen her breiter gefasst. Er umgreift den gesamten Lebensraum des alten Menschen und all die Massnahmen, die dazu führen, die Selbständigkeit und Lebenstüchtigkeit zu erhalten, so daß eine Hospitalisierung vermieden werden kann. Schon in früheren Arbeiten hatte die Forschungsgruppe am Langley Porter Neuropsychiatric Institute sich mit Fragestellungen des Lebensraumes, der psychosozialen und gesundheitlichen Krisen alter Menschen und mit den Möglichkeiten der Intervention befaßt (Lowenthal 1964, Epstein, Simon 1968; vergl. auch Lowenthal, Robinson 1976). Populär wurde der Begriff „Intervention“ durch das von Baltes organisierte Symposium „Strategies for Psychological Intervention in Old Age“ und die dort gehaltenen Vorträge insbesondere von Baltes (1973) Gutmann et al. (1973) und Labouvie (1973), der die Interventiongerontologie als „Challenge for the Seventies“ bezeichnete.

Der Interventionsgedanke fand derartige Resonanz, daß *Looff* (1973) glaubte, vor einem „Interventionismuskult“ warnen zu müssen: „Again, we must pause and consider carefully what we are doing before we are pulled inexorably into the cult of interventionismus“ (*Looff* 1973, S. 9).

Inzwischen ist der Interventionsbegriff sehr weit gespannt worden, so daß eine spezifische und inhaltliche Bestimmung notwendig wird, wenn man ihn verwendet.

*Baltes* (1978) sieht vier Ziele des Interventionsansatzes:

1. Verbesserung der Entwicklung durch Förderung (enrichment)
2. Präventive Maßnahmen gegen Krankheiten und Altersabbau
3. Korrektur von Schäden
4. Rehabilitation

Eine klare Trennung dieser Bereiche wird kaum möglich sein: „Rehabilitation overlaps with intervention and therapy in so many ways that any distinction between them must be artificial“ (*Eisdorfer, Stotsky* 1977, S. 724). Auch die Unterscheidung dieser Autoren in „physical intervention“, „psychological intervention“ und „social intervention“ (ibid.) hat nur heuristischen Charakter, weil alle drei Interventionsformen zusammenwirken müssen, wenn effektive Hilfe geleistet werden soll.

Auffallend ist, daß die „politische Intervention“ in der Literatur zur Interventionsgerontologie kaum angesprochen wird. Wenn *Paul Baltes* (1978) Intervention als *Maßnahme zur Beeinflussung von Verhalten* auffaßt, so kennzeichnet das nicht nur seine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Interventionspraxis sondern auch seine Haltung zum Problem. *Intervention muß Situationen verändern*, wenn sie sich nicht nur auf die Manipulation von partikularen Verhaltensweisen beschränken will. Ökologische und milieubezogene Interventionen (*Loew, Silverstone* 1971; *Steer, Booger* 1975; *Barns et al.* 1973) dürfen nicht auf eine konkrete Situation beschränkt bleiben und sich auf prothetische Maßnahmen begrenzen, sondern es muß der gesamte Kontext einbezogen werden (das Personal, die Räumlichkeiten, die jeweilige Kommune und Kirchengemeinde usw. vgl. *Hummel-Steimer, Hummel* 1979)

In diesem weitgesteckten Rahmen verstehen *Estes* und *Freeman* (1976) den Interventionsbegriff, wenn sie Maßnahmen der Altenarbeit und Altenpolitik, die Veränderungen des Images des Alters als Aufgaben der Intervention ansehen. Sie gehen damit noch über den von *Lakoff* (1976) vorgeschlagenen Begriff der „social intervention“ hinaus.

Intervention kann nach Durchsicht der einschlägigen Literatur, als „Maßnahme zur Restituierung, Erhaltung und Förderung der Lebensqualität des alten Menschen“ charakterisiert werden.

Ein solcher breiter Ansatz erfordert disziplinübergreifende Zusammenarbeit. Medizin, Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik müssen, wie wir verschiedentlich vorgeschlagen haben (Petzold 1965; 1977 b; Petzold/Marcel 1970/1976; Petzold/Bubolz 1976), in der Arbeit mit alten Menschen zusammenwirken, um ihnen „Lebenserhaltung und Lebensgestaltung im Lebenszusammenhang“ zu ermöglichen.

Integrative Ansätze der Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik, wie wir sie in den Verfahren von Morenos Interventionssoziometrie oder in Gestalttherapie und Gestaltpädagogik und dem von uns auf diesen Grundlagen entwickelten Konzept einer „integrativen Arbeit mit dem Menschen“ finden (Petzold/Brown 1977), können solchen komplexen Ansprüchen noch am ehesten nachkommen, denn sie haben nicht nur *kurative* Zielsetzungen sondern neben der *reparativen* Ausrichtung, um Störungen und Defizite zu mindern oder zu beheben, auch eine *konservierende*, auf die Erhaltung vorhandener Potentiale zielende Ausrichtung und eine *evolutive*, der es um die Entfaltung möglicher Potentiale geht (Pruyser 1975; Riessmann 1977; Petzold/Berger 1977). Der alte Mensch wird auf diese Weise vom methodischen Ansatz her nicht in erster Linie als Patient gesehen und das Alter nicht als pathologisches Phänomen sondern als Form menschlicher Existenz (Zinberg, Kaufmann 1978). Der Interventionsbegriff muß, wenn er handhabbar bleiben soll, nach Zielen, Inhalten, Methoden und Medien spezifiziert werden, und dies ist nur möglich, wenn er differenziell, d.h. person-, zielgruppen- und situationsspezifisch eingesetzt wird. Wir haben an anderer Stelle darauf hingewiesen, daß Grobeinteilungen in der Population alter Menschen, wie auch immer sie geartet sein mögen, wenig fruchtbar sind (Petzold, Bubolz 1976, S. 59 f), sondern daß „offene Curricula“ erforderlich werden, die aus der Situation unter Einbeziehung der Beteiligten konzipiert werden. Dies gilt nicht nur für den agogischen Bereich als Teilmaßnahme von Intervention, (wobei wir das umfassende Agogik-Konzept von Ten Have, 1973, zugrunde legen, das lebensraumbezogen ist und ökologische und sozialpädagogische Maßnahmen einbezieht, vgl. Bubolz 1979a).

Für Interventionen können allenfalls Richtlinien aufgestellt werden, die dann in Grob- und Feinziele für die jeweilige Personengruppe und Situation ausdifferenziert werden müssen. Solche Richtziele sind in allgemeinen, konsensfähigen anthropologischen Prämissen, in Wertentscheidungen und in politischen Zielsetzungen gegründet. Es ist die Schwachstelle der amerikanischen Interventionsgerontologie und ihrer

bundesdeutschen Rezeption (Thomae 1975; Lehr 1977; 1979\*), daß ihr ein anthropologisch gegründetes Bild des alten Menschen und ein philosophisches Verständnis des Alterns sowie eine klare politische Position zur Durchsetzung der verfassungsmässigen Rechte alter Menschen fehlen. Hier bleibt noch wesentliche Arbeit zu leisten und wird „engagierte Praxis“ erforderlich.

Für die agogische Situation haben wir versucht, in anthropologischen Prämissen gründende Lernzielkataloge zu formulieren (Petzold, Bubolz 1976, S. 52-59) und zwar für den kognitiven, affektiven somato-motorischen und sozialen Bereich. Diese Aufstellungen gelten uneingeschränkt auch für psychotherapeutische und soziotherapeutische Interventionen. \*\* Sie können und müssen in Bezug auf den jeweiligen Kontext ergänzt werden. Das Globalziel „Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenszusammenhang“ unter denen sich die verschiedenen Richt- und Grobziele zusammenfassen lassen, ist letztlich

---

\* Den von Ursula Lehr bei Steinkopff, Darmstadt, angekündigten Band zur „Interventionsgerontologie“ erhielten wir während des Umbruchs, so daß ein näheres Eingehen auf die dort vertretenen Positionen nicht mehr möglich war. Das gründliche Übersichtsreferat von U. Lehr gibt den Stand der Interventionsdebatte gut wieder, fällt aber im Hinblick auf geragogische und psychotherapeutische Maßnahmen zu knapp aus. Hier wurden wichtige Materialien nicht erfaßt. Eine politische Reflexion findet sich - von Rosenmayrs und Radebolds Randbemerkungen abgesehen - bei den Autoren des Bandes nicht.

\*\* **Lernzielkategorien:** I **Kognitiver Bereich:** 1. *Kenntnisse* von Fakten, Strukturen, Prinzipien, Zusammenhängen; 2. *Verstehen*, d.i. das Durchdringen, Übertragen, Auslegen von Zusammenhängen; 3. *Anwendung*, also Umsetzung von Kenntnissen; 4. *Analyse* von Elementen, Prozessen und Beziehungen; 5. *Synthese*, d.i. Integration von Information; 6. *Wertung* im Hinblick auf innere Konsistenz und von außen gesetzter Normierung usw. II. **Affektiver Bereich:** 1. *Bewußtheit*, d.i. das bedaußte Wahrnehmen der eigenen Person und der Umwelt; 2. *Sensibilität* für die eigenen Regungen und die der Umwelt; 3. *Expressivität*, d.i. Ausdruck von Gefühlen; 4. *emotionale Flexibilität*; 5. *emotionale Differenziertheit*; 6. *emotionale Intensität*; 7. *Regulation und Kontrolle* von Gefühlen usw. III. **Somato-motorischer Bereich:** 1. *Elastizität*; 2. *Spannkraft, Vitalität*; 3. *Motorische Flexibilität*; 4. *Motorische Steuerung*; 5. *Ausdauer*; 6. *Entspannungsfähigkeit*; 7. *Tonusregulation*; 8. *Sensumotorische Koordination* usw. IV. **Sozialer Bereich:** 1. *Soziale Perzeption*; 2. *Kommunikation*; 3. *Soziale Differenzierung*; 4. *Kontaktfähigkeit*; 5. *Kooperationsfähigkeit*; 6. *Soziale Orientierungsfähigkeit*; 7. *Solidarität* usw. *Geragogische und sozialgeragogische Lernziele:* Restitution bei Minderungen und Störungen, Erhaltung und Entfaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Kontaktfähigkeit, Partizipation, Rollenflexibilität, Mobilität, Erweiterung des Daseinshorizontes, Suche nach Lebensinhalten, Vergangenheitsbewältigung, Artikulation von Bedürfnissen, Kreativität im Umgang mit Problemen, Kreativität zur Gestaltung der Freizeit usw., Partizipation am politischen Geschehen; Engagement zur Wahrung der eigenen Interessen (vergl. Petzold, Bubolz 1976, S. 53f u. Bubolz 1979a).

Ausdruck einer anthropologischen Position, die annimmt und affirmiert, daß Selbstverwirklichung zum Wesen des Menschen - auch des alten Menschen - gehört (Maslow 1973; Perls et al. 1951; Rogers 1976), und daß sie nur im Zusammenwirken mit anderen Menschen möglich ist (Buber 1923; Marcel 1965). Die Erhaltung des Vorhandenen und Entfaltungen des Möglichen sind damit als Ziele von Interventionen *par excellence* anzusehen, und da sie nur im gesellschaftlichen Kontext verwirklicht werden können, ist ein politisches und soziales Engagement für die *Gewährleistung der Integrität* des alten Menschen erforderlich und deshalb Aufgabe von Interventionsmaßnahmen. Für viele alte Menschen sind wir noch weit davon entfernt, an „Enrichment-Programme“ zu denken, wie sie im Gefolge des Human-Potential-Movement (job enrichment, marriage enrichment) aufgekomen sind und von Baltes (1978) sinnvoller Weise auch für die ältere Generation gefordert werden (vergl. solche Maßnahmen bei Eck, Imboden-Henzi 1972, Petzold 1977; Weibel 1979; Lieberman, Gourash 1979). Weder eine effektive Geroprophylaxe, noch ausreichende Maßnahmen zur Erhaltung des Vorhandenen sind auf breiter Basis gewährleistet (vgl. z.B. zur Situation der Geragogik Breloer 1976). Die restitutiven Möglichkeiten durch Alterspsychotherapie, Sozio- und Bewegungstherapie stehen noch in den Anfängen oder haben keine weitere Verbreitung, wie die Beiträge dieses Bandes dokumentieren. Deshalb muß eine zentrale Aufgabe politischer Intervention die „*Humanisierung des Alters*“ werden (Petzold 1965, 1979u). Die Forschungsaktivitäten der Gerontologen, die therapeutischen und agogischen Interventionen, müssen in dieser Zielsetzung stehen. Selbst die Publikationstätigkeit sollte eine solche Ausrichtung haben. Wir haben unter diesem Gesichtspunkt z.B. die Parteien des Bundestages zu programmatischen Stellungnahmen zur Altenbildung in unserem Buch „Bildungsarbeit mit alten Menschen“ (Petzold, Bubolz 1976) veranlaßt.

Es muß für die Gerontologie der sich mit der Interventionsbewegung abzeichnende Wandel von einer forschungsorientierten Wissenschaft zu einer Wissenschaft, die auch handlungsorientiert wird, wirklich umfassend vollzogen werden. Der Übergang von einer „*gérontologie descriptive*“ zur „*gérontologie appliquée*“ (Petzold 1965) kann sich nur durch einen grundsätzlichen Einstellungswandel der Forscher vollziehen, indem sie ihre Wissenschaft als „*angewandte Anthropologie*“ und als „*politische Praxis*“ verstehen (Himmelstrand 1978; Fals Borda 1978). Sie müssen nicht mehr die Frage nach der „Evaluation“ von Maßnahmen vor die Frage pragmatischer, unmittelbar notwendiger Hilfeleistung stellen, und weiterhin die „Einheit von Theorie und Praxis“ realisieren. Es ist eine absurde Situation, daß ein Großteil der For-

scher, die sich mit Fragen psychologischer und soziologischer Gerontologie befassen, wenn sie nicht gerade Mediziner sind, niemals mit alten Menschen über einen längeren Zeitraum wirklich agogisch, psychotherapeutisch oder soziotherapeutisch gearbeitet hat. Die Legitimation *über* die Situation alter Menschen etwas zu sagen, - es sei denn, man zählt selber zur Gruppe der alten Menschen -, kann sicher nicht nur durch empirische Erhebungen gewonnen werden und das gleiche gilt im Hinblick auf die Legitimation, *für* alte Menschen Verhaltensprogramme zu entwerfen und sie zu applizieren. Die Rechtfertigung für solche Maßnahmen kann nur gewonnen werden in der und durch die persönliche Begegnung und Auseinandersetzung, in der direkten *Korrespondenz* mit den Betroffenen in ihrer Lebenssituation (Petzold 1978c). Wenn z.B. Eisdorfer und Stotzky (1977 S. 724) „Intervention“ und „Treatment“ bezeichnen als „socially sanctioned practices and procedures for preventing, modifying or eliminating disordered or undesirable behaviors“, so stellt sich in der Tat die Frage, wer darüber befindet was „undesirable behaviors“ sind und welcher Teil der Gesellschaft welche Praktiken „sanktioniert“; die Jungert, die „Wissenschaftler“? Sicher nicht die Betroffenen, die alten Menschen; denn sie werden nicht gefragt. Diesen Fragen gehen Binstock und Levin (1976) in ihrer Arbeit über „Politische Aspekte der Intervention“ nicht nach, und doch kommt es auf sie an.

Die von Gutmann, Gottesman und Tessler (1973, S. 419) angekündigte „Revolution“ in der gerontologischen Forschung, die sich nicht nur „auf die Erklärung der Varianz schon bestehender Daten“ beschränken könne, sondern zu Handlungskonsequenzen kommen muß, droht - schaut man auf die Interventionspraxis, wie sie als starke Tendenz in der amerikanischen gerontologischen Literatur zum Ausdruck kommt - auf die Untersuchung von Konditionierungspraktiken zur Verhaltensmodifikation bei alten Menschen hinauszulaufen (Baltes, Barton 1978; McDonald, Butler 1974; Kahana 1973; Geiger, Johnson 1974; zusammenfassend Ritter-Vosen 1979).

## 2.2 Integrative Intervention durch Beteiligung der Betroffenen und interdisziplinäres Teamwork

Ich hatte s. Zt. (1965) unter dem Begriff der „angewandten Gerontologie“ (gérontologie appliquée) im Unterschied zur „gérontologie descriptive“ folgende Bereiche gefaßt: Geragogik, Sozialgeragogik, Altenarbeit als Spezialaufgabe der Sozialarbeit, Geromedizin/Geriatrie, Alterspsychotherapie, Körper- und Bewegungstherapie für alte Menschen. Man müßte diesen Katalog heute ausweiten und die institutio-

nelle Arbeit (Services, Clubarbeit, Beratungsstellen, Day-Clinics, vgl. *Silverstone* 1976), sowie die Arbeit von Selbsthilfeprojekten (*Laschinsky* 1979; *Petzold* 1980; *Moeller* 1979), Familienbetreuung (*Thompson* 1968) und „foster homes“ (*Handy* 1968) einbeziehen. Es ist aber nicht nur dieser interdisziplinäre Ansatz, der erforderlich ist, der schon von *Moreno* (1942) und *Lewin* (1945) in ihrem Konzept der handlungsorientierten Humanwissenschaften gefordert wurde, und der in dem Postulat von *Perls* (1969) kulminiert, die „artifizielle Trennung zwischen dem Philosophen, Therapeuten und Pädagogen“ aufzugeben und zu beseitigen, es ist die Frage der Behandlung des Forschungs-„Gegenstandes“, die eminente Bedeutung gewinnt. Der von *Labouvie* (1973) erhobene Vorwurf der Fixierung auf Beschreibungen und Kategorisierungen in der Gerontologie, ohne daß Strategien zu Veränderungen entwickelt worden wären, trifft in die gleiche Kerbe wie die Kritik *Morenos* (1934) und *Lewins* (1948) an der behaviouristischen und sozialpsychologischen Forschung, der sie das Konzept der „Aktionsforschung“ entgegen stellen (vgl. *Horn* 1979; *Petzold* 1979). Die Methodologien der Aktionsforschung und insbesondere ihre Methoden wie Gruppendynamik, Rollenspiel, Interaktionsspiel, Planspiel, Psycho- und Soziodrama, Soziometrie (*Moser* 1977 a,b) oder in der neueren Zeit die Gestalttherapie (*Rahm* 1979; *Stuhr* 1979) hätten für die Interventionsgerontologie einiges an Anregungen zu bieten, vor allem eine elaborierte Praxis im Bereich der *Human Relations*. Ähnliches ist von der Erwachsenenbildung zu sagen, die der Geragogok (*Petzold* 1965; *Petzold, Bubolz* 1976) einen methodisch-didaktischen Fundus bereitstellt, auf der sie aufbauen kann. Schließlich haben die Verfahren der Psychotherapie und Soziotherapie / Sozialarbeit einer „angewandten Gerontologie“ ein reiches Instrumentarium für konkrete Interventionen anzubieten, und es ist die Aktionsforschung, wie sie von *Moreno* (1934) begründet und auf seiner Grundlage von *Lewin* (1945) weitergeführt wurde, die vom Konzept her nicht nur die datenzentrierte Forschung überwunden hat, sondern die auch ein neues Verhältnis des Forschers zum Beforschten entwickeln konnte, das für eine angewandte Gerontologie bzw. Interventionsgerontologie von eminenter Bedeutung ist. *Morenos* Aktionsforschungskonzepte wurden zusammen mit *V. Iljines* und *G. Marcells* anthropologischen Konzeptionen und mit *M. Merleau-Pontys* und *M. Foucaults* kritischen Positionen zu den bestimmenden Einflüssen, die unsere Arbeit mit alten Menschen geprägt haben. Für *Iljine*, *Moreno* und *Marcel* ist die intersubjektive Beziehung Grundlage aller Forschung, ist nicht der Mensch für die Forschung sondern die Forschung für den Menschen da (*Maurer, Petzold* 1978; *Besems* 1977). *Foucaults* neuerliche Hinwendung von der kriti-

## INTERVENTION

Globalziele	Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung im		
<i>Richtziele</i>	<b>PROPHYLAXE</b> <i>präventive</i> Interventionen zur Verhinderung des Abbaus oder der Störung von Kompetenzen und Performanz*	<b>ERHALTUNG</b> <i>konservierende</i> bzw. stabilisierende Interventionen zur Erhaltung vorhandener Kompetenz und Performanz	<b>RESTITUTION</b> <i>reparative</i> bzw. rehabilitative Interventionen zur Behebung oder Verbesserung geminderter bzw. gestörter Kompetenzen u. Performanz
<i>Grob- und Feinziele</i>	müssen zielgruppen-, person- und situationsspezifisch erarbeitet werden**	desgleichen ►	desgleichen ►
<i>Inhalte</i>	müssen zielgruppen-, person-, situations- und aufgabenspezifisch erarbeitet werden**	desgleichen ►	desgleichen ►
<i>Methoden</i>	agogische und medizinische Interventionen w.z.B. Sport, Bewegungsagogik, kognitives Training, Sozial- und Kommunikationstraining, angemessene Ernährung u. a.	agogische und medizinische Interventionen  desgleichen ►  konservierende bzw. stabilisierende Therapie	medizinische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und agogische Interventionen desgleichen und übungs- und/oder konfliktzentrierte Psychotherapie w.z.B. Psychodrama, Gestalt, analyt. Gruppentherapie, Soziotherapie, Verhaltensmodifikation, ökologische Maßnahmen

\* Unter *Kompetenz* verstehen wir „die Gesamtheit aller Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zum Erreichen eines bestimmten Zieles notwendig sind,“ unter *Performanz* verstehen wir deren praktische Umsetzung in Handlungen im sozialen und ökologischen Kontext (Lebenswelt, Lebensraum).

\*\* Eine Aufstellung von Grobzielen und Inhalten siehe S.152, Anmerkung 2

schen Analyse zur kritischen Aktion und Praxis verweist in eine ähnliche Richtung (Foucault 1978).

Arbeit mit alten Menschen ist immer Aktionsforschung, denn der differentielle Ansatz der Gerontologie, den Thomaе (1976) und Lehr (1977) und die im Rahmen der „Bonner gerontologischen Längsschnittuntersuchung“ arbeitenden Forscher herausgearbeitet haben, erfordert

Lebenskontext/Humanisierung des Alters

ENTWICKLUNG

*evolutive* Interventionen zur Entfaltung und Förderung von potentieller Kompetenz und Performanz

desgleichen ►

desgleichen ►

agogische und erlebniszentrierte psychotherapeutische Interventionen

Kreativitäts- und Kommunikationstraining  
Meditation, Bewegungsagogik, themenzentrierte Arbeit, Selbsterfahrung

DASEINBEWÄLTIGUNG

*supportative* Interventionen als Hilfen beim Umgang mit irreversiblen Störungen und Minderungen von Kompetenzen und Performanz (*coping*)

desgleichen ►

desgleichen ►

medizinische, agogische, psycho- und soziotherapeutische Interventionen

Beratung, stabilisierende und stützende Psychotherapie, prothetische und ökologische Maßnahmen, Verhaltensprogramme

REPRÄSENTATION

*politische* Interventionen zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext

müssen spezifisch für Gruppen und den aktuellen Gesellschaftskontext erarbeitet werden

desgleichen

politische und soziale Interventionen durch Bürgerinitiativen, Öffentlichkeitsarbeit, Selbsthilfeprojekte

Bestandsaufnahme (Diagnose) und Intervention im unmittelbaren, situativen Kontext. Für die empirisch wohlbegründeten Forderungen nach differentiellen Interventionen werden nur keine praktischen Modelle vorgeschlagen - und bei alten Menschen zählt *jedes Jahr* und sind lange Untersuchungen der Situation und die minutiöse Planung von Evaluationskonzepten kaum praktikabel, wenn den Betroffenen wirklich geholfen werden soll. Meines Erachtens kann nur ein Aktionsforschungsansatz (Horn 1979; Moser 1975; Stuhr 1979; Moser, Ornauer 1978) oder ein handlungsorientierter Forschungsansatz (Lazarsfeld, Reitz 1975) eine Antwort bieten, weil sie unmittelbare Handlungskonsequenz ermöglichen und die Betroffenen einbeziehen. Forschung und

Handlungskonsequenz werden damit „ein kooperatives Unterfangen“ (Moreno 1943, S. 316), in dem die relativ „flüchtigen Phänomene“ sozialer Interaktion erfaßt und gestaltet werden können. Das gewährleistet auch, daß die Forschungs- und Interventionsprojekte „in erster Linie für die Person selbst ein Motiv, ein Anstoß und ein Ziel werden und nicht nur für den Forscher. Wenn die Forschungsmaßnahmen mit den Lebenszielen des Forschungsobjektes identisch sind, kann es sich niemals mißbraucht oder in die Rolle eines Opfers gestellt fühlen“ ... „We must make him an experimenter“ (Moreno 1934, S. 13). Eine solche Auffassung, wie sie Moreno für seine Interventionssoziometrie entwickelt hat, ist gerade für die Arbeit mit alten Menschen von herausragender Bedeutung, wenn man sie nicht objektivieren, manipulieren oder in Passivität halten will. Morenos experimentelle Maßnahmen „haben die Veränderung der alten Sozialordnung in eine neue zum Ziel. Sie sind ein Plan zum Neuaufbau von Gruppen... Soziometrische Strategien sind in ihrer dynamischen Form eine *revolutionäre Kategorie der Forschung* (meine Hervorhebung). Sie stürzen die Gruppen von innen her um und verändern ihre Beziehung zu anderen Gruppen“ (Moreno 1949b S. 114).

Damit ist der Anspruch auf Forschung und Exaktheit keineswegs aufgegeben. Aktionsforschung bedeutet keineswegs den Verzicht auf Empirie (vgl. *Himmelstrand* 1978), nur wird sie in einen anderen Rahmen gestellt:

„Der Unterschied zwischen diagnostischen und aktionalen Verfahren war eines der wesentlichen Herzstücke soziometrischer Theorie seit ihren ersten Anfängen. Indes besteht eine chronische Präferenz der Forscher gegenüber diagnostischen Verfahren und Ablehnung gegenüber aktionalen. Diese Vorliebe wurzelt in einem wirklichen Widerstand, bestimmte, tief eingefahrene Gewohnheiten und Auffassungen von ordentlichem wissenschaftlichen Verhalten aufzugeben. Die Auffassung vom Wissenschaftler als Beobachter von Subjekten und Objekten und als Experimentator in der Sicherheit eines Labormillieus scheint der Auffassung vom Wissenschaftler als Akteur, als *'action agent'*, with the subjects as co-actors and co-scientists zu widersprechen, der die experimentelle Situation aus dem Labor ins Leben trägt. Tatsächlich haben wir die alte Auffassung aber nicht aufgegeben sondern in die neue vom *'Aktionswissenschaftler'* (action scientist) integriert... Die soziometrische Aktionstheorie (action theory) geht nicht aus der Betonung von empirischem und pragmatischem Denken hervor sondern ist das Ergebnis einer *Kritik der gesamten Methodologie der Sozialwissenschaften*. Die Schlußfolgerung für uns war, daß eine Theorie der hu-

man relations nicht begründet werden kann, ohne Gruppen von Menschen in Aktion zu bringen" (Moreno 1951, S. 134).

Ich habe Morenos Aktionsforschungsansatz an anderer Stelle ausführlich dargestellt (1979 t) und hier seine Position so weit gekennzeichnet, wie es für das Verständnis des Hintergrundes unserer Arbeit mit alten Menschen notwendig ist. Dabei ist uns besonders die aktive Einbeziehung der Betroffenen in die Prozesse der Analyse und Veränderung von Verhalten in Situationen und der Situationen selbst von Wichtigkeit (vgl. Bubolz 1979a) durch einen Prozeß permanenter *Korrespondenz*, d.i. Begegnung und Auseinandersetzung, die zu Konsens und Kooperation führen (Petzold 1978c). Das von uns vorgelegte „Korrespondenz-Modell“ legt ähnlich, wie die frühen Ansätze Morenos und Lewins oder das unlängst von Coleman (1976) vorgetragene Konzept die Forschungssituation in den Lebensraum und fordert eine aktive Teilnahme aller an der Situation Beteiligten. Dies ist in der psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Situation besonders gut zu verwirklichen, die damit eine Aktionsforschungssituation wird (Pauls 1978), zu „interaction - resarch“ und „cooperative effort“ (Moreno 1951), zu gemeinsam intendierter, bejahter und bewirkter Veränderung. Es wird auf dieser Grundlage ein Lernprozeß in Gang gesetzt, der das „Lernen des Alterns, für das Alter und im Alter“ (Petzold 1965) als „life long learning“ möglich macht. Daß ein integrativer und komplexer Interventionsansatz nur voll zum Tragen kommen kann, wenn er nicht erst am Lebensende bei den „faits accomplis“ ansetzt, dürfte einsichtig sein: Interventionsgerontologische Maßnahmen dürfen sich deshalb genau wie geragogische (Schenda 1976) nicht auf die Population alter Menschen beschränken sondern müssen in allen Bereichen der Gesellschaft und insbesondere bei jüngeren Menschen zum Tragen kommen. Den Einrichtungen schulischer und außerschulischer Bildung wird dabei hervorragende Bedeutung zukommen.

Im amerikanischen Bereich hat sich das Konzept einer Interventionsgerontologie seit langem angebahnt. W. H. Klein (1966) und seine Mitarbeiter haben ein praxisbezogenes „manual“ für die Gruppenarbeit mit alten Menschen erarbeitet, und Klitzner (1970) bietet eine ausgezeichnete Anleitung für die Gruppenberatung alter Menschen. Beiden Büchern aber hätten die Rollenspielpraxis der Morenoschule oder Methoden der erlebnisaktivierenden Gestaltberatung (Passons 1975; Rahm 1979; Petzold 1977 e) manche nützliche Anregung bieten können. Für den Freizeitbereich, den Avedon (1973) dargestellt hat, wird ein breites Angebot von „recreational activities“ vorgeschlagen, ohne daß die Methoden psychologischer Gruppenarbeit (Ross 1963) ausreichend berücksichtigt würden. Weiter greifen Barns, Sack und Shore

(1973) und *Silverstone* (1976), die allerdings im Programmatischen bleiben. Komplexe Zentren, wie das von *Frankl* (1966) vorgeschlagene Modell, finden sich in der Realität leider nur in Ansätzen (*Daniels, Kahn* 1968; *Berger, Berger* 1971; 1973). So fundierte und sinnvolle Konzepte wie die von *Lehr* (1975; siehe auch 1979), bleiben akademisch, wenn keine geeigneten Instrumente zu ihrer Umsetzung und keine entsprechenden Institutionen, die als „Interventionsagenturen“ fungieren können, vorhanden sind. Hier wäre eine intensive Zusammenarbeit von Psychologen, Soziologen, Geromedizinern als Theoretikern einerseits und „Geriatern“ und Geragogen, Erwachsenenbildnern, Sozialarbeitern, Heil- und Sozialpädagogen und Psychotherapeuten, also Praktikern andererseits erforderlich, um einen *integrativen Ansatz angewandter Gerontologie* zu entwickeln, wie ich ihn an anderer Stelle vorgeschlagen habe (*Petzold* 1977 e, g, 1979 f).

Die Verfahren „*dramatischer Therapie*“, Psychodrama (*Moreno* 1946), Therapeutisches Theater (*Iljine* 1942) und Gestalttherapie (*Perls, Hefferline, Goodman* 1951) bieten hier nützliche Methoden und wertvolle theoretische Konzepte, die besonders aufgrund ihres methodenübergreifenden Ansatzes für eine Interventionsgerontologie von Nutzen sein können, da sie über eine allein reparative therapeutische Zielsetzung hinaus auf die Formen „*dramatischer Pädagogik*“ zurückgreifen können: Gestaltpädagogik/Integrative Agogik (*Petzold, Brown* 1977), Psychodramapädagogik (*Haas* 1949; *Chesler, Fox* 1966), Didaktisches Theater (*Petzold, Iljine, Zenkovskij* 1972). Sie verfügen überdies über anthropologische und theoretische Konzepte, die für eine angewandte Gerontologie handlungsrelevant sein können: das Organismus/Umwelt-Konzept und das Prinzip der organismischen Selbstregulation der Gestalttherapie (*Perls, Hefferline, Goodman* 1951; *Walter* 1977), die Leibtheorie des Therapeutischen Theaters (*Iljine* 1942) und die sozialpsychiatrische Rollentheorie *Morenos* (1960; vgl. *Petzold* 1979 a).

### 3. *Die sozialpsychiatrische Rollentheorie und das Konzept des sozialen Atoms als Grundlagen für die Arbeit mit alten Menschen*

*J. L. Moreno* hat mit seiner sozialpsychiatrischen Rollentheorie (1934; 1960; 1961; 1979) Vorarbeiten zu einer „sozialpsychiatrischen Rollentheorie des Alterns“ (*Petzold, Bubolz* 1976, 137-142) geleistet, die für psychotherapeutische, soziotherapeutische und geragogische Interventionen handlungsrelevante Maximen hergibt und die deshalb kurz dargestellt werden soll.

### 3.1 Das Rollenkonzept Morenos

In der psychodramatischen Persönlichkeitstheorie wird der Mensch als „Rollenspieler“ angesehen, der über sein ganzes Leben hin „so manche Rollen“ spielt. *Morenos* „Shakespearesche Psychiatrie“ (1959, 80) versteht sich demnach als eine „Rollentherapie“ durch Rollenspiel (1967, 306). Das Rollenkonzept *Morenos* weicht jedoch von der herkömmlichen, auf *G.H. Mead* und *R. Linton* zurückgehenden, sozialpsychologischen und soziologischen Definition der Rolle ab, die „Rollen als gesellschaftliche Verhaltenserwartungen, welche einer bestimmten Position zugeschrieben werden“, bezeichnet (vgl. *Dahrendorf* 1963, 32f). Auch neuere, weitgefaßte Definitionen weisen in diese Richtung: „Rollen sind relativ konsistente, mitunter interpretationsbedürftige Bündel von Erwartungen, die an eine soziale Position gerichtet sind und als zusammengehörig perzipiert werden“ (*Wiswede* 1977, 18).

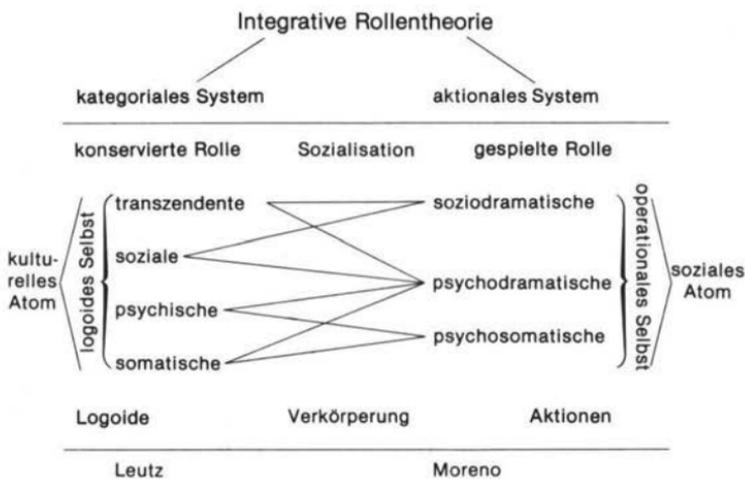
Für *Moreno* hingegen ist die sozialpsychiatrische Rollentheorie „nicht auf eine Dimension, die soziale, begrenzt. Psychodramatische Rollentherapie mit ihrer psychiatrischen Orientierung ist umfassender. Sie trägt das Rollenkonzept durch alle Dimensionen des Lebens. Sie beginnt bei der Geburt und erstreckt sich über die gesamte Lebenszeit des Individuums und des *Sozius*“ (*Moreno* 1961, 519). Im Unterschied zu den meisten soziologischen und sozialpsychologischen Ansätzen der Rollentheorie hat der Ansatz *Morenos* zu einer sozialpsychiatrischen Rollentheorie den Vorteil, handlungsrelevant zu sein; denn er wurde für psychotherapeutische und soziotherapeutische Interventionen von *Moreno* im Hinblick auf konkrete Situationen gleichzeitig mit seiner Rollenspieltechnologie entwickelt (*Petzold* 1974a, 1978a, 1979a).

Für *Moreno* ist eine Rolle 1) eine „Verbindung von privaten und kollektiven Elementen“ (1960a, 80), sie ist gesellschaftlich vermittelt und individuell interpretiert; 2) sie ist eine „Einheit konservierten Verhaltens“ (ibid.); 3) sie ist eine „symbolische Repräsentanz“ (1961, 519); 4) sie hat eine individuelle (persönlich-biographische) und kollektive (kulturell-soziale) Vergangenheit und Zukunft (ibid.); 5) sie umfaßt sowohl die leibliche, psychologische als auch die soziale Dimension des Menschen (1961, 519f); 6) sie erfordert für ihre praktische Ausübung Mitspieler (*Moreno* 1946, 184); 7) sie kann durch Rollenspiel entwickelt und verändert werden und hat in diesem „role creation“ und „role changing“ verändernde Auswirkungen auf das sie umgebende Umfeld (1967, 30; 1944, 104).

*Moreno* hat mit seinen Überlegungen Konzepte zu einem „integrativen Rollenbegriff“ vorbereitet, die von seinen Schülern weiterentwickelt wurden (*Leutz* 1974; *Petzold* 1974a, 1979a). *Moreno* sieht drei

*aktionale* Rollentypen: psychosomatische, psychodramatische und soziodramatische Rollen, die ineinanderspielen, *Cluster* bilden und als konkrete Handlungen aufgefaßt werden (Moreno 1946). Leutz hat (1974, 51) vier *kategoriale* Rollentypen unterschieden, die jeweils parallel gesetzt sind: *somatische, psychische, soziale* und *transzendente Rollen*; z. B. der Essende, der Genießer, der Konsument, der Kommunizierende. Jede Rolle muß „verkörpert“ werden, deshalb ist ihre Grundlage konkretes, leibliches Verhalten. Sie ist weiterhin emotional besetzt und in ein soziales und ideelles Gefüge eingebettet. Werden die Rollenkategorien bzw. -konserven in der Interaktion konkret ausgeübt, verkörpert, geschieht dies als Spiel einer Aktionsrolle im Sinne *Morenos*. Mit diesen Rollenkategorien wird es möglich, die ganze Breite menschlichen Erlebens und Verhaltens zu beschreiben.

Diagramm I



Modell einer integrativen Rollentheorie aus Petzold 1979a

Eine weitere Präzisierung in Richtung auf eine „sozialpsychiatrische Theorie des Alterns“ (Petzold 1974a, Petzold, Bubolz 1976, 138) ist durch das Konzept der *Rollenentwicklung* gegeben. Rollen können zunehmen und wieder abnehmen, ja schließlich erlöschen. Die Rolle der Mutter entsteht in der Erfahrung des Bemuttert-Werdens, die jedes Kind macht. Sie wächst über das Puppenspielen, Babysitten, entfaltet sich voll im Aufziehen eigener Kinder und nimmt ab, wenn die Kinder das Haus verlassen. Bei eventuellem Tod der Kinder vermag sie ganz zu erlöschen. Die Mutterrolle ist komplex. Sie besteht aus vielen Rol-

len, die „cluster“ bilden, in denen die konkreten Handlungen die psychosomatischen Rollen repräsentieren, die emotionalen Bezüge die psychischen/psychodramatischen Rollen, die sozialen Funktionen und Erwartungen die sozialen/soziodramatischen Rollen, die Wertorientierung und ideelle Ausrichtung die transzendenten Rollen, die *Leutz* (1974, 50) auch integrative oder ethische Rollen nennt.

Die Gesamtheit aller zu einem gegebenen Zeitpunkt im sozialen Mikro- und Makrokontext, dem „sozialen und kulturellen Atom“, spielbaren Rollen werden als „*Rollenrepertoire*“, die Gesamtheit aller je gespielten, virtuell präsenten, „konservierten“ Rollen als „*Rolleninventar*“ bezeichnet (*Petzold* 1974a). Beides zusammen konstituiert das Selbst. „The tangible aspects of what is known as ‘ego’ or ‘self’ are the roles in which it operates... Roles do not emerge from the self, but the self may emerge from roles“ (*Moreno* 1960a, 81). Ein so definiertes Selbst ist keine absolut feste Größe, sondern verändert sich mit dem Zugewinn und dem Verlust von Rollen. Dieser ist bestimmt durch die leibliche Befindlichkeit des Menschen, d. h. seinem Vermögen, Rollen zu „verkörpern“ (*Iljine* 1942), und der Rollenzuweisung bzw. dem Rollenentzug der Gesellschaft.

Was dies konkret für eine Rollentheorie des Alterns bedeutet, wird ersichtlich, wenn man die Entwicklung des Rollenclusters der Mutter betrachtet: Mit der Loslösung des Kindes aus dem Familienverband beginnt der Abbau des Clusters. Mit dem Fortfall der Pflegepraktiken sinken diese psychosomatischen, psychodramatischen oder soziodramatischen Rollen, die an spezifische Interaktionen im konkreten Kontext des sozialen Atoms gebunden sind, als somatische, psychische oder soziale Rollenkonserven ins Rolleninventar. Wenn aber die Rollenausübung ausschlaggebend für eine stabile Identität, für ein prägnantes Selbst-Erleben ist, wird die Rückwirkung eines derartigen Rollenverlustes oder Rollenschwundes auf das „Gesamt des Rollengefüges“ (= Selbst) deutlich: es kommt zu einer Labilisierung und allmählichen Athrophie der Persönlichkeit; einer Situation, der viele alte Menschen durch den faktischen Rollenverlust (Weggang der Kinder) und den Rollenentzug durch die Gesellschaft (Wegnahme der Berufsrolle) ausgesetzt sind (*Tews* 1976).

Nach *Moreno* (1962, 114ff) entsteht das Selbst aus den Rollen, die es in einem gegebenen Moment in seinem *sozialen und kulturellen Atom* spielt als „operationales Selbst“. Es ist hier nicht als metapsychologisches sondern als Handlungskonzept zu verstehen. Das Selbst ist als handelndes und nur als solches existent. Da aber „die greifbaren Aspekte des Selbst die Rollen sind, in denen es handelt“ (1960, 81), ist die Zahl der spielbaren Rollen entscheidend für die Stabilität und Präg-

## SELBST-ROLLENDIAGRAMM

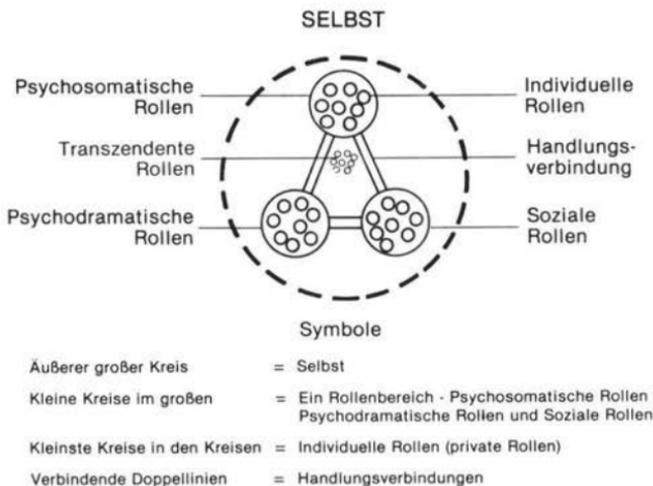


Diagramm aus *Moreno Group Psychotherapy*, vol. XV  
Beacon House, Beacon N. Y. 1962, S. 116

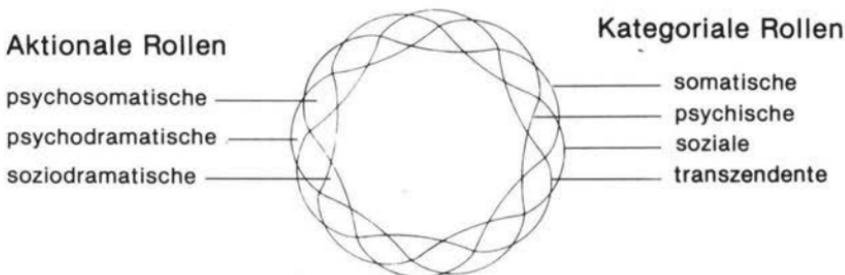
Die von *Leutz* (1974) eingeführte Kategorie der transzendenten Rollen wurde hinzugefügt und findet sich im ursprünglichen Diagramm *Morenos* nicht.

nanz des Selbst. Alle Rollen, die für ein Individuum in seinem Kontext spielbar sind, weil entsprechende Handlungssituationen, Interaktionspartner mit korrespondierenden Rollen vorhanden sind, werden als *Rollenrepertoire* bezeichnet, alle jemals gespielten, aber aktuell nicht ausübbar als *Rolleninventar*. Die hier „abgelegten“, erloschenen Rollenkonserven können z. T. wieder aktualisiert werden. Beim Kind sind die somatischen und psychischen Rollenkategorien bzw. die psychosomatischen und psychodramatischen Aktionsrollen zahlreich, die sozialen und transzendenten Rollenkategorien bzw. soziodramatischen Aktionsrollen weniger zahlreich. Mit fortschreitendem Alter kommen immer mehr soziale Rollen ins Rollenrepertoire. Einige für Kindheit und Jugend spezifische Rollen fallen ins Rolleninventar zurück. Die Kategorie der transzendenten Rollen ist im mittleren Erwachsenenalter noch wenig ausgeprägt.

Die einzelnen Rollen sind in der „Rollenperformanz“, im ausgeübten Rollenspiel nicht zu trennen; ihre Gesamtheit ergibt mehr und et-

was anderes als ihre Summe. Es entstehen „Rollenintegrale“ (Petzold 1974a), d. h. Handlungseinheiten von dramatisierten somatischen, psychischen, sozialen und transzendenten Rollen.

Diagramm III



### Rollenintegral (aus Petzold 1974a)

Aktionale Rollen konkretisieren sich in dem von kategorialen Rollen umschriebenen Raum.

„*Handlungsketten (operational links)* binden sie zusammen und integrieren sie zu einer Einheit (*unit*)“ (Moreno 1962, 115). Im Alter nimmt die Dichte der Verbindungen ab, sie werden „brüchig“. Die somatischen, sozialen und psychischen Rollencluster müssen Rollenverluste hinnehmen. Auch sie werden brüchig und lückenhaft. Das Rollenrepertoire verarmt. Viele Rollen sind ins Rolleninventar zurückgefallen. Nur der Cluster der transzendenten Rollen kann noch einen Zuwachs an Rollen verzeichnen. Das Selbst verliert mit der Atrophie des Rollenrepertoires an Prägnanz und Stabilität. Mit dem Verlust jeder wichtigen Rolle wird eine Lücke in das Persönlichkeitsgefüge gerissen, wird Identität beschädigt.

Nur die integrierenden, transzendenten Rollen können sich weiterentwickeln und stabilisieren und damit eine stabilisierende Funktion für das gesamte Persönlichkeitsgefüge gewinnen. Das „Leben aus der Erinnerung“ im Sinne eines inneren Weiterspielens alter Rollen, das Nachdenken über Vergangenes zur Auswertung des eigenen Lebens, die Transzendierung des eigenen vergangenen Rollenhandelns durch diese rückschauende Reflexion und die Gestaltung des eigenen, gegenwärtigen Lebens in der Partizipation am Leben anderer (z. B. der eigenen Kinder, der Enkel, der eigenen Altersgenossen im näheren Umfeld) aus einer Haltung der Gelassenheit, Heiterkeit des Gemüts und Güte – all das ist im Konzept der transzendenten Rollen von Leutz eingeschlossen.

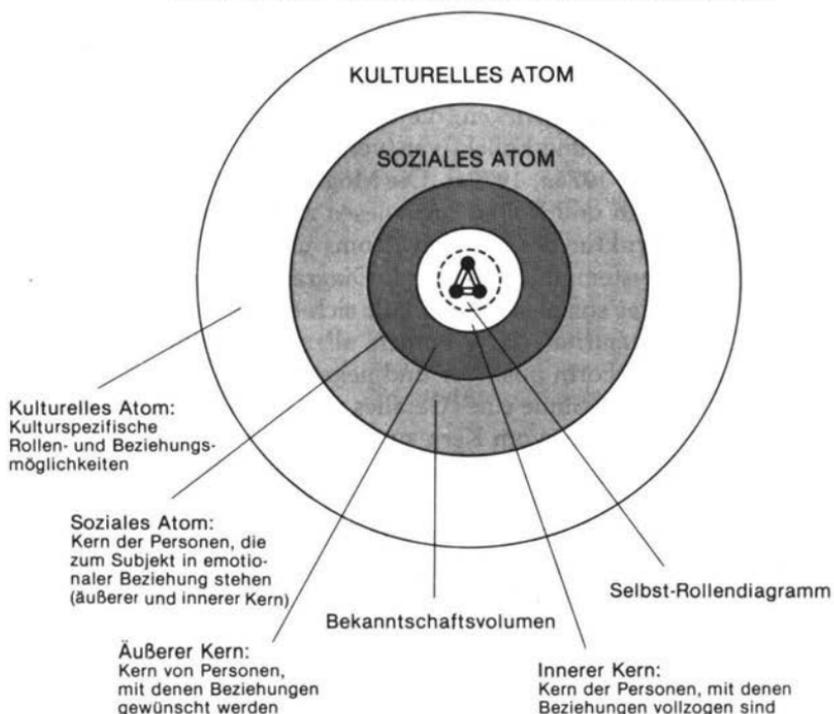
*Moreno* hat in einer seiner frühesten Schriften eine derartige Position vertreten: „Der alte Mensch wird durch das Erinnern charakterisiert. Er hat keine Zukunft und ist eher ein Beobachter des Lebens als ein Spieler. Seine Vergangenheit ist in sich selbst eine Art Raum, in dem er sich spiegelt. Die Impulse sind geschwächt, die Gesten gefroren. Sie sind die Asche der Explosion, die das Leben inaugurierte. Der alte Mensch stellt den Heiligen und den Weisen dar“ (*Homo Juvenis*, geschrieben 1908, hier nach *Morenos* engl. Übersetzung 1970, 80). Kommt ein solches Konzept auch dem der „religiösen Rollen“ (*Sundén* 1966) nahe, so zielt es doch nicht auf eine Weltenthobenheit ab. Die Integrationsleistung ist eine durchaus diesseitige Aktivität (*Marcel, Petzold* 1976, 14) und erfordert Performanz, Interaktion, *Korrespondenz* mit anderen. Das Selbst ist niemals selbst-existent, autark, selbst-versorgend. Es entsteht im Kontakt mit anderen, zunächst durch das Rollenspiel in der Mutter-Kind-Dyade (vgl. *J.L. Moreno, F. Moreno* 1944, 89-128; *Leutz* 1974, 36-54; *Mathias* 1979), wird im Kontakt, im Rollenspiel mit anderen erhalten und stirbt mit dem Ersterben des Kontaktes, wenn nämlich keine Mitspieler mehr vorhanden sind (*Moreno* 1947/1960, 62-66; *Z. Moreno* 1977, 44).

### 3.2 Das „soziale Atom“

Die Matrix, in der sich dieses das Selbst konstituierende, identitätsstiftende Rollenspiel vollzieht, ist der soziale Kontext, die „Szene“. Von seiner Stabilität ist die Möglichkeit und Intensität des „Selbst-Erlebens“ und damit die Prägnanz der Identität abhängig. Diesen Kontext hat *Moreno* mit den Konzepten „soziales Atom“ und „kulturelles Atom“ (1934) beschrieben: „Wir betrachten Rollen und die Beziehung zwischen Rollen als die bedeutendste Entwicklung in jeder spezifischen Kultur. Die Muster der Rollenbeziehungen, von denen ein Individuum umgeben ist und in deren Zentrum es steht, wird kulturelles Atom genannt. Jedes Individuum hat darüber hinaus einen Set von Freunden und Feinden - sein soziales Atom - und damit eine Reihe von Rollen, denen eine Reihe von Counter-Rollen gegenübersteht“ (*Moreno* 1943a 331).

*Moreno* (1960, 62) bezeichnet „nicht das Individuum sondern das soziale Atom als die kleinste soziale Einheit“; es „besteht aus allen Beziehungen zwischen einem Menschen und jenen Mitmenschen, die zu einer gegebenen Zeit in irgendeinem sozialen Verhältnis zu ihm stehen“ (*ibid.*, 62). Das soziale Atom ist demnach ein Interaktionssystem, in dem sich das soziale Rollenspiel vollzieht, durch das ein Mensch seine Identität gewinnt. Wo keine Mitspieler da sind, die Handlungen von

DAS SELBST IM SOZIOKULTURELLEN KONTEXT



Modifiziertes Diagramm nach Moreno 1951 aus Mathias 1979.

mir erwarten oder auf die ich meine Handlungen richten kann, die mir Rollen zuschreiben und denen ich mich in meinen Rollen darstellen kann, die zu meinen Rollen den entsprechenden Gegenpart (korrespondierende Rolle) spielen, kann ich mich selbst, kann sich mein Selbst nicht handelnd erfahren, habe ich keine Identität.

Das soziale Atom ist keine absolut stabile Größe. Es wandelt sich im Verlaufe des Lebens (Petzold 1979c) jeweils mit den Personen, die in es einbezogen sind, eintreten oder herausfallen, aber es hat in der Regel eine gute Konsistenz durch langdauernde Kernbeziehungen. Moreno hat das soziale Atom wie ein Soziogramm des aktuellen sozialen Beziehungsgefüges eines Menschen konstruiert (1934; 1967, 159-167), wobei die Gesamtzahl der Relationen als das „Bekanntschafsvolumen“ (1960b, 57) bezeichnet wird. Dieses „ist, während wir heranwachsen, in ständiger Expansion“ (ibid. 163), und mit seinem Wachstum nimmt

unser Rollenrepertoire zu und gewinnen die Rollencluster an Prägnanz. Auch die Handlungsverbindungen (*operational links*) zwischen den Rollenkategorien werden stabiler. Unsere Identität wächst, zum einen dadurch, daß wir uns selbst im Spiel der Rollen identifizieren, uns selbst-verständlich werden; zum anderen dadurch, daß wir in unseren Rollen von unseren „Mitspielern“ identifiziert werden. Identität ist demnach das Zusammenwirken, die Synergie, von individueller (von „innen“ erfolgreicher) und kollektiver (von „außen“ erfolgreicher) Identifizierung (Petzold 1974a, 1979a). Die Möglichkeit, Rollen „zu ergreifen“ und zu spielen und Rollen zugewiesen zu bekommen, ist weitgehend von der Struktur des sozialen Atoms und seiner Einbettung im sozialen Makrosystem abhängig, (vgl. Diagramm V und VI).

Die Struktur des sozialen Atoms läßt sich durch fünf Dimensionen erfassen: 1) die *Quantität*, das Volumen, aller bestehenden Relationen; 2) ihre *Qualität* in Form positiver und negativer Relationen; 3) durch *Distanz* und *Nähe* im Sinne eines Gefälles von wesentlichen zu weniger wesentlichen Individuen vom Kern zur Peripherie; 4) durch die *Kohäsion* als Verflechtung der Individuen eines sozialen Atoms untereinander; 5) durch die vielseitige *Konnektierung* zu anderen sozialen Atomen, mit denen es „Verbände“ (collectives, Moreno 1953, 294) bildet, durch Einseitigkeit oder Isolation. Das Zusammenwirken dieser Dimensionen ergibt den *Konsistenzwert* des sozialen Atoms, der dessen Stabilität und die soziale Integration des Individuums im Bezug auf eine konkrete Gruppe angibt.

Ein soziales Atom von „guter Konsistenz“ ist gekennzeichnet durch eine hohe Zahl positiver Relationen zwischen dem Kernindividuum und den umgebenden Individuen, der umgebenden Individuen untereinander, guter Regulierung von Nähe und Distanz, sowie einer vielseitigen Konnektierung zu anderen sozialen Atomen. Petzold (1979c) hat die Konsistenz sozialer Atome von vierzig alten Menschen untersucht und sie mit der Rekonstruktion ihrer „sozialen Atome mit vierzig Jahren“ verglichen. Es konnten eine erhebliche Verminderung der Konsistenzwerte und damit eine Abnahme in fast allen Dimensionen des sozialen Atoms nachgewiesen werden. Damit wurden die Ausführungen Morenos über den *Tod als soziales Phänomen* in seiner kleinen, aber bedeutsamen Arbeit von 1947 „The Social Atom and Death“ empirisch untermauert.

Moreno schrieb 1947: Es „verändert sich die Konsistenz dieser sozialen Atome, wenn wir alt werden, besonders die Möglichkeit, verlorene Mitglieder zu ersetzen. Das soziale Atom verändert sich intermittierend, solange wir jung und voller Ressourcen sind. Wenn ein einzelnes Mitglied herausfällt, tritt ein anderes Individuum herein, das eine ähnliche Rolle spielen kann. Ein Freund tritt heraus, und der alte Freund ist schnell durch einen



neuen ersetzt. Die soziale Restitution (*social repair*) scheint fast automatisch stattzufinden... Wenn wir älter werden, geschieht ein Ersatz von verlorenen Mitgliedern in wesentlichen Rollen mit größerer Schwierigkeit, ähnlich wie Restititionen unseres physischen Organismus mit fortschreitendem Alter sich schwieriger gestalten. Eben dies ist das Phänomen des „sozialen“ Todes, nicht im Hinblick auf den Körper, nicht im individuellen Sinne der Psyche, nicht wie wir von innen her sterben, sondern wie wir *von außen her* sterben. Ein Mann oder eine Frau von sechzig mag mit zwölf oder fünfzehn Personen verbunden sein, Männern und Frauen verschiedener Altersstufen, die verschiedene Interessen in Rollen und korrespondierenden Rollen repräsentieren. Der soziale Tod wirft seinen Schatten auf sie lange vor dem physischen und geistigen Tod. Ein Individuum beginnt, die Kohäsion in seinem sozialen Atom aus verschiedenen Gründen zu verlieren: a) Verlust von Zuneigung, b) Ersatz durch ein anderes Individuum, das nicht so gut paßt, c) Tod. Der Tod einer Mitglieds Persönlichkeit ist in der Regel ein permanenter Verlust, und der damit verbundene Schock wird selten in seiner ganzen Bedeutung betrachtet. Wenn wir nun diejenigen, die wir lieben oder hassen, überleben, so sterben wir doch ein Stück mit ihnen, wenn wir erleben, wie der Schatten des Todes in unserem sozialen Atom von einem zum anderen schreitet“ (*Moreno 1947 / 1960, 63f*).

Die Möglichkeit, im sozialen Rollenspiel zu interagieren, uns in ihm zu erkennen und von unseren Mitspielern erkannt zu werden, nimmt mit dem Alter ab. Der alte Mensch verliert an Identität von „außen“ durch Fortfall von Rollenerwartungen und von „innen“ durch den Rückgang der physischen Fähigkeit, bestimmte Rollen zu „verkörpern“.

Die soziale Funktion des Todes ist aber keine zufällige, von unsteuerbaren, „schicksalhaften“ Einwirkungen bestimmte. Sie ist wesentlich abhängig von den Bedingungen der jeweiligen Gesellschaft, ihrem Verhältnis zu Altern und Sterben. Das Faktum, daß im Alter die Atrophie des sozialen Atoms nicht nur durch die „Unersetzbarkeit“ wichtiger Personen gegeben ist, sondern auch dadurch, daß für Lücken keine neuen Interaktionspartner gefunden werden, daß für absterbende Rollen keine adäquaten neuen Rollen angeboten werden sondern allenfalls „Rückzugsrollen“ (*Tews 1971; 1976*) - dieses Faktum ist von der Stellung und dem Wert des alten Menschen in einer Gesellschaft bestimmt, die auf Leistung und immer fortschreitendes Wachstum ausgerichtet ist. Wo Leistung der wesentlichste ideelle *und* materielle Wert ist - die meisten Menschen leben nach wie vor davon, daß sie ihre Arbeitskraft verkaufen -, ist für alte Menschen wenig Raum, ein Thema, das in der Science-Fiction Literatur zu einem beliebten und makaberen Stoff geworden ist (z. B. *Charbonneau 1971; Cowper 1970*): die anthropophagen und Aussetzungspraktiken gewisser Frühkulturen im technologischen Großformat. Derartige literarische Visionen können durchaus als die Projektion individueller und kollektiver Ängste gewertet werden. Sie spiegeln aber auch die aktuelle Realität wieder. Der alte Mensch wird „aufs Abstellgleis geschoben, auf Sparflamme gesetzt“.

Die sozio-ökonomische Determiniertheit der atrophischen Prozesse im sozialen Atom ist weder von *Moreno* noch von der Mehrzahl der

Ansätze zu einer Sozialisationstheorie des Alterns (Riley 1972; Rosow 1970; Tews 1976; Griese 1979; Pieper 1979; Baltes 1979) berücksichtigt worden, von Psychotherapeuten und Pädagogen ganz zu schweigen (vgl. allerdings Lehr 1977; Thomae 1973). Interventionsgerontologie, Alterspsychotherapie, Geragogik müssen diese Fakten berücksichtigen und sich gegen die scheinbaren Unabänderlichkeiten zur Wehr setzen, zusammen mit ihren Patienten, Klienten und Partnern, den alten Menschen.

„Alte Menschen sollten lernen, diesen Fluch nicht hinzunehmen. Sie sollten Freunde finden, wieder jemanden, den sie lieben können. Sie sollten vor allem versuchen, die Jugend ihres sozialen Atoms wieder herzustellen. Es ist wahrscheinlich einfacher, Störungen ihres sozialen Atoms durch soziatorische Maßnahmen anzugehen als ihre physischen und psychischen Beschwerden zu behandeln. Die Vorstellung, daß Liebe und Spontaneität nur etwas für junge Leute ist und daß alte Leute sich auf den Tod vorbereiten sollten, ist eine antiquierte Grausamkeit. Es muß ein neuer Wind in die Geriatrie als Wissenschaft vom Alter kommen durch die Erkenntnis, daß wir nicht nur innen in uns leben, sondern daß es auch ein „außen“ des Selbst gibt, das hochstrukturiert und empfänglich für Wachstum und Verfall ist. Der Tod ist eine Funktion des Lebens. Er hat eine soziale Realität. Der Tod einer Person ist mit dem Tod vieler anderer verbunden. Die Menschen, von deren Tod du betroffen wirst und die von deinem Tod betroffen werden, bilden dein letztes soziales Atom“ (Moreno 1947 / 1960, 64).

Von derartigen Überlegungen ausgehend, hat Moreno die Instrumente seiner „Interventionssoziometrie“: Psychodrama, Soziodrama und Rollenspiel in der Arbeit mit alten Menschen und Alternden eingesetzt (1947). Er war hier - wie in so vielem (vgl. Z. Moreno 1967) - einer der ersten, die psychotherapeutisch mit Alten gearbeitet und ein sozialpsychologisches Konzept des Alterns entwickelt haben.

In der Folge wurden seine Ansätze leider kaum aufgegriffen (vgl. jedoch White 1967) - ähnlich etwa wie Lindens (1953; 1954) und Grotjahns (1951; 1956) psychoanalytische Arbeiten mit alten Menschen in psychoanalytischen Kreisen keinen Widerhall fanden.

Aus den Theoremen der Rollenregression und der Atrophie des sozialen Atoms lassen sich folgende Counter-Strategien ableiten:

1) Aufgabe der Arbeit mit alten Menschen muß sein, eine gute Kohäsion des sozialen Atoms zu erhalten und, falls erforderlich, diese zu restituieren, so daß dem sozialen Tod, der Regression bzw. dem Erlöschen von Rollen Einhalt geboten wird.

2) Für das aktuelle Rollenrepertoire müssen ausreichende Möglichkeiten des „Rollenspiels“ geboten werden, um einem Rückfall noch vorhandener Rollen ins Rolleninventar vorzubeugen und einer Verarmung des Rollenrepertoires, einem Abbau des Selbst und einer Verminderung der Identität vorzubeugen.

3) Rollen aus dem Rolleninventar müssen, wo immer möglich, reaktualisiert werden, um Lücken, die aus unvermeidbarem Rollenverlust

oder nicht aufzuhaltender Rollenatrophie entstanden sind, aufzufüllen. Nur so kann ein Involutionsprozeß des Rollenrepertoires und -inventares, (nach dem Verständnis *Morenos* eine Rückbildung des Selbst), aufgehalten werden.

4) Der Aufbau und die prägnante Ausformung *transzendenter Rollen* muß angestrebt werden, um kompensatorische Möglichkeiten zu fördern und die Integrationsleistungen des alten Menschen zu unterstützen.

*Moreno* hat Therapeuten als „*role therapists and social atom repairers*“ bezeichnet. Für die Arbeit mit alten Menschen trifft dies in besonderer Weise zu und erfordert, wie wir immer wieder betont haben, einen multidisziplinären Ansatz, in dem Psychotherapie, Geromedizin, Geragogik, Soziotherapie verbunden werden (*Petzold, Bubolz 1976; 1977e,g, 1979f*).

Die Möglichkeiten, ein reiches Rollenrepertoire, ein starkes Selbst zu erhalten, sind abhängig 1.) von der Konsistenz des aktuellen sozialen Atoms; 2.) von der physischen Fähigkeit (Gesundheit) zur Verkörperung von Rollen; 3.) vom aktuellen Bestand des Rollenrepertoires, d. h. der Frage, wie viele Rollen im Moment ausübbar sind; 4.) vom Volumen des Rolleninventars, der Frage also, wieviele Rollenmöglichkeiten insgesamt vorhanden waren; 5.) von der Aktualisierbarkeit von Rollen aus dem Inventar; 6.) von dem Maß der Rollenflexibilität, d. h. der Fähigkeit, alte Rollen abzulegen, neue Rollen anzunehmen und vorhandene Rollencluster zu verändern; 7.) der Fähigkeit, neue Rollen aus vorhandenen Elementen zu schaffen (*role creation*); 8.) der Tragfähigkeit und Wirkkraft transzendenter Rollen.

#### 4. Psychotherapie mit alten Menschen

Es soll an dieser Stelle nur ein kurzer Überblick über einige wichtige Arbeiten zur Gruppentherapie mit alten Menschen gegeben werden, ohne daß jede mir bekanntgewordene Veröffentlichung referiert werden kann. Soweit Ansätze früherer Autoren für unsere Arbeit relevant sind, wird an entsprechender Stelle ohnehin auf sie verwiesen.

Obgleich die Literatur zur Alterspsychotherapie nicht sehr umfangreich ist, ist sie von den einzelnen Autoren, die sich in neueren Veröffentlichungen mit diesem Bereich befaßt haben, nur sehr unvollständig rezipiert worden (*Schulte 1967; Petrilowitsch 1971; Oesterreich 1975*). Dies ist zum Teil darin begründet, daß die Arbeiten sehr verstreut erschienen sind. Eine Kontinuität therapeutischer Erfahrung, wie sie sich etwa für die Behandlung von verhaltensgestörten Kindern, Suchtkranken und die verschiedenen Neuroseerkrankungen herausgebildet hat,

konnte deshalb nicht entstehen. Die Einzelveröffentlichungen stehen isoliert da. Gut dokumentierte Kasuistik fehlt weitgehend genauso wie eine kontinuierliche Entwicklung theoretischer und methodischer Modelle. Hierin ist - neben der Unkenntnis und der Vorurteile im Hinblick auf die Psychotherapie mit alten Menschen von Seiten der Öffentlichkeit und der Psychotherapeuten selbst (Mahlzahn 1974; Radebold 1979) - das wesentlichste Hindernis in der Entwicklung einer elaborierten Alterspsychotherapie zu sehen.

Zur psychoanalytischen Einzelbehandlung alter Menschen finden sich schon relativ früh einzelne Arbeiten (z.B. Kaufman 1937; Abraham 1942; Wayne 1953; Grotjahn 1951; Segal 1958).

Über die Verwendung eines gruppentherapeutischen Ansatzes berichtet zum ersten Mal 1909 V. N. Iljine im Rahmen seiner Experimente mit dem „Therapeutischen Theater“. „Unter den Gemütsleidenden sind es nicht nur die jungen oder erwachsenen Kranken im mittleren Alter, die sich von der Kraft des Spiels ergreifen lassen. Auch der alte Mensch wird berührt. Er gewinnt nicht nur eine neue Beweglichkeit des Leibes sondern auch an seelischer Lebendigkeit. Wenn unsere Patienten Szenen ihrer Jugend im gemeinsamen Spiel lebendig werden lassen, gewinnen sie ein Stück Jugend zurück“ (Iljine 1909).

Iljine hat während seiner gesamten therapeutischen Tätigkeit mit Gruppen alter Menschen gearbeitet\* und besonders der Einbeziehung der Leiblichkeit in das therapeutische Procedere Beachtung geschenkt (Petzold 1979r). Auch der zweite Hinweis über die Verwendung von Gruppenmethoden in der Behandlung alter Menschen stammt aus dem Bereich dramatischer Therapie. 1947 schreibt J.L. Moreno über die Verwendung von psychodramatischem Rollenspiel bei der Bearbeitung von Verlusterlebnissen mit Alterspatienten. Zielsetzung ist die Stabilisierung und Bereicherung des sozialen Atoms, um dem „social death“ entgegenzuwirken, der in der Verarmung der sozialen Mikrostruktur zu sehen ist und dem eher mit „soziatrischen“ als mit psychiatrischen Maßnahmen begegnet werden müsse (Moreno 1947). Auch Moreno hat während seiner gesamten therapeutischen Tätigkeit alte Menschen behandelt, allerdings in der Regel in altersheterogenen Gruppen\*\*. 1950 berichtet Silver über die gruppentherapeutische Behandlung von 17 weiblichen Patienten zwischen 70 und 80 Jahren mit psychiatrischen Diagnosen (u.a. Paranoia, Alterspsychose). Die Gesprächsgruppe mit stützender Ausrichtung bewirkte eine Verbesserung im Verhalten und in der Stimmung der Patienten und eine Entlastung des Personals. Fol-

---

\* persönl. Mitteilung 1966

\*\* persönl. Mitteilung 1972

gende Themen kamen in der Therapie regelhaft auf: 1. Körperliche Beschwerden, 2. die „gute alte Zeit“ und die ungewisse Zukunft, 3. Unsicherheit aufgrund sozioökonomischer Faktoren, 4. Einsamkeit einzelner Gruppenmitglieder, 5. Wunschphantasien, 6. Zurückweisung.

Um die Motivation zu erhalten, wurde bei den Treffen Essen und Trinken gereicht. Dem kommunikativen Faktor kam besondere Bedeutung zu. In der Folge beginnen eine Reihe von Autoren über die gruppentherapeutische Behandlung alter Menschen zu berichten (*Zeman* 1952; *Schwarz, Goodman* 1952; *Ginzberg* 1953; *Goldfarb* 1953a, b; *Goldfarb, Turner* 1953; *Rechtschaffen et al.* 1954), ohne daß konsistente theoretische und methodische Konzepte vorgestellt würden. Es ist das Verdienst von *Martin Grotjahn* (1951; 1955) und *Maurice Linden* (1953, 1954, 1955, 1956) erstmals umfassendere Ansätze entwickelt zu haben. *Grotjahns* Ausführungen über die Psychodynamik des Alterns, die Umkehrung der ödipalen Situation, die Beziehung zwischen Therapeut und Alterspatient sind durch den Nachdruck seiner Arbeit von 1955 in diesem Band zugänglich, so daß ich mich hier auf die Positionen *Lindens* beschränken will, die von ihrer Aktualität noch nichts eingebüßt haben, und die von der Breite ihres Ansatzes für viele der neueren Arbeiten und Projekte beispielhaft sein könnten. Er stellt heraus, daß das Alter und die mit ihm verbundenen Probleme nur im Gesamtkontext der biologischen, psychologischen, physiologischen und psychosozialen Faktoren bzw. Aspekte der jeweiligen Person in ihrem Umfeld verstanden werden kann und vertritt damit schon eine differentielle und kontextuelle Betrachtungsweise, wie sie erst wieder im Zuge der Interventionsbewegung (*Baltes* 1973 vgl. 2.1), der differentiellen Gerontologie (*Lehr* 1977; *Thomae* 1976) und dem integrativen Ansatz der Arbeit mit alten Menschen (*gérontologie appliquée* *Petzold* 1965; 1977) vorgetragen wird. *Linden* sieht auch den übergeordneten gesellschaftlichen Zusammenhang. Er betrachtet die psychologische Senilität in Abhebung von der organischen als ein Artefakt, daß durch die sich verändernde Einstellung in der Umgebung des alternden Menschen ausgelöst wird. Insbesondere die leistungsbezogenen Werte der amerikanischen Kultur, die im scharfen Kontrast zu den Werten der „later maturity“ stehen w.z.B. Überlegtheit, Vorsicht, Bescheidenheit usw. treiben den alten Menschen in eine Situation der Isolation. Entsprechend sind umfassende Interventionen erforderlich: 1. das Schaffen eines Umfeldes, das alte Menschen akzeptiert; 2. die Ermutigung von Aktivitäten; 3. das Bereitstellen von Resozialisationsmöglichkeiten; 4. Gruppentherapie.

*Linden* formuliert eine psychodynamische Erklärungshypothese für das Disengagement. Er geht davon aus, das der alte Mensch in seiner

Suche nach narzistischen Gratifikationen beständig durch die Umgebung frustriert wird und sich deshalb schließlich auf sich selbst richtet. Er entdeckt in seiner Erinnerung lustvolle Situationen und beginnt, „aus der Erinnerung“ zu leben. Dabei kann folgende Schwierigkeit auftreten. An die alten Erinnerungsobjekte sind bislang verdrängte, infantile Wünsche und Erlebnisse gebunden, die nun zusammen mit den für sie charakteristischen affektiven Spannungen aufkommen und sich störend im Erleben, Verhalten und im Sozialkontakt artikulieren. Es treten Schwierigkeiten mit der Außenwelt auf, die ja weiterhin Ansprüche an den alten Menschen stellt, so daß ihm ein totaler Rückzug „nach innen“ kaum möglich ist. Die Kathexis der libidinösen Energien oszilliert zwischen den interen und externen Objektwelten und das führt letztendlich zu Verstörung und Konfusion. Das Ich vermag mit diesem ständigen Wechsel zwischen Innen- und Außenwelt nicht umzugehen. Es wird zunehmend geschwächt und zieht sich in eine Phantasiewelt zurück. Aber auch das bringt keine Entlastung, weil der alte Mensch die ablehnende Haltung der Gesellschaft gegenüber dem Alter verinnerlicht hat und teilt - wir haben dieses Phänomen an anderer Stelle als „Feind von innen“ bezeichnet (Petzold 1965; Petzold, Berger 1979). So schützt ihn auch die Welt der Phantasie und der Erinnerungen nicht vor einem wachsenden Gefühl der Nutz- und Wertlosigkeit.

Von diesen Überlegungen ausgehend, entwickelt *Linden* seinen gruppentherapeutischen Ansatz, indem er die grundsätzliche Reversibilität der außenverursachten Regression annimmt und auf die restitutiven Fähigkeiten des Organismus setzt. Er betont die starken Abhängigkeitsbedürfnisse der alten Menschen, die zunächst für die Therapie in Dienst genommen werden, dann aber durch Deutung der Übertragung abgebaut bzw. auf die Gruppenteilnehmer verteilt werden sollen. Im Verlauf seiner Arbeit verzichtete *Linden* auf die Verwendung der Technik freier Assoziationen und ging zu strukturierteren Interventionen über. Er forderte die Patienten der Reihe nach zur Verbalisation auf - ähnlich dem gestalttherapeutischen „making the rounds“ (Perls 1980) - oder insistierte auf einsichtszentriertem Durcharbeiten. Dabei betont er den Wert von Humor und gelegentlichen sarkastischen Bemerkungen in den Interventionen des Therapeuten für den Fortgang des Gruppengeschehens. *Linden* vertritt damit einen aktiven psychodynamisch fundierten Ansatz der Gruppentherapie, in dem soziotherapeutische Komponenten einbezogen werden.

*Benaïm* berichtet 1957 über gruppentherapeutische Arbeit mit Alterspatienten. Die vorwiegend nondirektiv geführten Gruppen waren auf entlastende Angstreduktion und Anpassung an das Umfeld gerichtet.

Der Autor konnte gute therapeutische Erfolge erzielen. Er berichtet ähnliche Themenschwerpunkte wie *Silver* (1950).

*Kurt Wolf* (1956, 1957, 1961, 1963, 1967, 1970) berichtet in seinen Veröffentlichungen über die gruppentherapeutische Behandlung psychiatrischer Alterspatienten. Auch *Wolf* vertritt einen nondirektiven bzw. stützenden Ansatz, der im Verlauf seiner langjährigen Erfahrung eine etwas aktivere Ausrichtung gewinnt. Er ist einer der wenigen Autoren, die mit gut dokumentiertem Zahlenmaterial bezüglich der Behandlungserfolge aufwarten können. Insgesamt vertritt er eine konservative Position, was die Veränderbarkeit von Altersrigiditäten und die Zielsetzungen der Therapie anbelangt, die im wesentlichen stützend, entlastend, anpassend ausgerichtet ist und den Gewinn von Einsicht als schwer zu erreichen und oftmals als geradezu unerwünscht hinstellt. „Letting elderly patients gain insight into the specific condition might disturb them greatly and can increase their symptoms. Support rather than insight is indicated and is more helpful on such occasions“ (*Wolf* 1963). So richtig eine solche Position im Einzelfall sein mag, so falsch wird sie, wenn sie als Regel verallgemeinert wird. *Wolfs* passiver Therapiestil mag der Grund für die Festschreibung seiner Positionen sein, denen Erfahrungen von *Rustin* und *Wolk* (1963), *Berger* und *Berger* (1973), *Lieberman* und *Gourash* (1979), *Berland* und *Poggi* (1979) sowie von *Bloom* (1975) entgegenstehen.

Die gruppentherapeutische Literatur über die Arbeit mit alten Menschen ist seit den sechziger Jahren von einem Zunehmen aktiver, strukturierender und agogischer bzw. soziotherapeutischer Verfahren gekennzeichnet, was erkennen läßt, daß diese sich für die Behandlung von Alterspatienten offenbar besser eignen als nondirektiv oder analytisch orientierte Gruppen. *Shere* berichtet über die Behandlung von 69 geriatrischen Patienten in einem Zeitraum von siebenunddreißig Wochen, deren Zielsetzung die „Revitalisierung sozialer Antriebe“ war. Obwohl sie sich in ihrer Klinik die ältesten Leute aussuchte, konnte durch das stützende und aktivierende Vorgehen eine lebendige Gruppenarbeit erreicht werden. *Klein et al.* (1965) stellen in ihrem Buch „Promoting mental health of older people through group methods: A practical guide“ einen aktivierenden Ansatz vor, der die positiven Seiten jedes Gruppenmitgliedes betont und die Gruppenerfahrung zu einem positiven Erlebnis gestalten will, ohne daß ein aufdeckendes Verfahren intendiert wird. Eine solche Zielsetzung, die positiven Potentiale zu aktivieren, ist in der Arbeit mit alten Menschen sinnvoll und angezeigt, sofern nicht damit alle anstehenden Konflikte zugedeckt werden. Die Ansätze von *Wolf* und von *Klein* machen deutlich, daß der Indikationsfrage gerade auch im Hinblick auf die auszuwählende Methode

oder auf das *Procedere* innerhalb einer Methode größte Beachtung geschenkt werden muß, um Negativeffekte zu vermeiden, wie sie etwa *Gunn* (1968) berichtet, der durch gruppentherapeutische Interventionen nicht nur einen „decrease of disruptive behavior“ feststellen konnte sondern auch ein Ansteigen depressiver Symptome. Ihre Ursache seien nach Ansicht des Autors in der Einsicht in die Verluste und die bedrückenden Lebensumstände zu suchen. Obgleich das Erkennen einer bedrückenden Situation durchaus niederdrückenden Effekt haben kann, und deshalb oft „zudeckendes“ bzw. stützendes Vorgehen angezeigt ist, kann hieraus keine Regel abgeleitet werden. Für die Patienten *Gunns* könnte zur Erklärung der depressiven Reaktionen genauso die Hypothese angenommen werden, daß ihnen durch die auf Anpassung gerichtete Therapie die Möglichkeit aggressiver emotionaler Entlastung genommen wurde, die sich zuvor in „disruptive behavior“ gezeigt hat, und daß die aggressive Energie „retroflektiert“, d.h. nach innen gerichtet wurde (*Perls* 1980). Mit expressiven Therapieverfahren w.z.B. Gestalttherapie und Psychodrama könnten derartige Phänomene besser abgefangen werden, indem im Spiel aggressiver Ausdruck gefördert wird und Retroflektionsmechanismen abgebaut werden.

Die Notwendigkeit, Gefühle (verbal) auszudrücken und aufzugreifen, betont auch *Oberleder* (1966). Sie verweist darauf, daß viele Symptome des Alters w.z.B. Zittern, Unruhe, Unbeholfenheit, Herzklopfen Symptomen der Angst entsprechen und die Verbalisation der Gefühle den Patienten entlastet, weil er sieht, er steht mit seinen Problemen und Emotionen nicht allein. Wird dieser stützende Effekt mit Lösungshilfen bei konkreten Problemen in der und durch die Gruppe verbunden, wie es *Zimberg* (1969) und *Finkel, Fillmore* (1971) in ihrer Gruppenarbeit ansteuern, so kann mit positiven Reaktionen der alten Menschen auf die Maßnahme und mit Verhaltensveränderungen gerechnet werden, wie Erfahrungen dieser und anderer Autoren zeigen. *Manaster* (1972) schreibt diese Effekte positiver Verhaltensänderung dem Umstand zu, daß die Alten zunächst, wie andere unterdrückte Minderheiten, im Angesicht einer hoffnungslosen Situation mit resignativem Rückzug reagieren, „they sit and rot“. Durch die Gruppenarbeit aber werden sie aktiviert und können für ihr Leben wieder Sinn gewinnen.

Je komplexer die Dimensionen gesehen wurden, die in einer Behandlung und Rehabilitation alter Menschen berücksichtigt werden müssen, desto komplexer und mehrschichtiger wurden auch die gruppentherapeutischen Ansätze in der Alterspsychotherapie. Die einheitszentrierte Arbeit wurde durch übungs- und erlebniszentrierte Arbeit ergänzt. *Feil* (1967) übernimmt die allgemein für die Gruppentherapie

charakteristischen Merkmale voll für die Arbeit mit alten Menschen: Gespräch und soziale Interaktion sollen angeregt werden und auf diese Weise zum Aufbau von positivem Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit und Unabhängigkeit führen. Alle Maßnahmen, die solchen Zielsetzungen dienen, sind daher in der Gruppenarbeit mit Alterspatienten angezeigt. *Lewis* (1975), *Tourbow* (1975) und *Burnside* (1970a, c, 1971) berichten von vielfältigen Maßnahmen, die von der Gruppendiskussion bis zur Bibliothherapie, dem Vorlesen ausgewählter Texte, reichen. Ein interessanter Aspekt in der Arbeit von *Burnside* (1970) sind ihre Ausführungen zur Rolle des Therapeuten. Im Unterschied zu analytisch orientierten Autoren versuchte sie nicht, die manifesten Abhängigkeitswünsche durch Deutung zu relativieren und aufzulösen, sondern ihnen nachzukommen. Das Bereitstellen einer verlässlichen Beziehung, eines Klimas von Geborgenheit und Zuwendung ist für die Arbeit mit alten Menschen sehr wesentlich. Die Frustration des Wunsches nach Abhängigkeit als durchgängiger Therapiestil erscheint mir nicht sinnvoll; vielmehr muß eine gruppen- und personspezifische Balance zwischen Abstinenz und Zuwendung gefunden werden. In ähnlicher Weise gilt dies für aufdeckendes und zudeckendes, entlastendes und aktivierendes Vorgehen (*Yalom, Terrazas* 1968). Je komplexer der Therapieansatz wird, desto breiter muß auch das Verhaltens- und Interventionsspektrum des Therapeuten werden. Gruppen, die sowohl konfliktzentrierte wie auch agogische und soziotherapeutische Zielsetzungen verbinden oder gar körpertherapeutische Maßnahmen einbeziehen (*Petzold, Berger* 1979; *Berger, Berger* 1973), erfordern entsprechend dem jeweiligen Akzent der Arbeit auch den entsprechenden Interventionsstil.

Den komplexesten Versuch einer ganzheitlichen Gruppenarbeit mit alten Menschen unternahm Anfang der siebziger Jahre *M. Berger* und *L. Berger*. Sie verwandten Methoden der humanistischen Psychologie bzw. des Human Potential Movement. Ihre Gruppen trafen sich dreimal wöchentlich für drei Stunden. Die erste Stunde dieser Treffen war gruppentherapeutisch ausgerichtet, wobei nicht auf analytische Konzepte zurückgegriffen wurde und Übertragungsphänomene keine Beachtung fanden. Die Autoren berichten eine erstaunliche Aktivierung der Teilnehmer und eine Zunahme der *social skills*. Die auf die Therapiesitzung folgenden beiden Stunden waren „erlebniszentriert“ ausgerichtet. Atem- und Dehnübungen aus der *Sensory Awareness*, leichte Körperübungen wurden mit der Gruppe durchgeführt. Im anschließenden Gespräch verbalisierten die Teilnehmer ihre Gefühle und Erfahrungen bei den Übungen. Ein ähnlich komplexes Programm führten *Lieberman* und *Gourasch* (1979) durch. Auch sie griffen auf einen

Human-Potential-Ansatz zurück und konnten die Veränderungen in den von ihnen durchgeführten und untersuchten Gruppen empirisch belegen.

Erfahrungen mit einer aktiven analytischen Technik berichten *Berland* und *Poggi* (1979). Ihre Arbeit verdient insofern Interesse, als sie mit alten Menschen arbeiteten, die nicht im Patientenstatus waren. Es handelte sich also weder um psychiatrische Alterspatienten noch um schwerwiegender körperlich und seelisch gestörte Klienten. Die selbst-erfahrungsorientierte Arbeit war auf die Auseinandersetzung mit Themen gerichtet, die alte Menschen bewegen, und deren Bearbeitung Verzweiflung überwindet und die Integrität des Ichs im Sinne *Eriksons* (1963) fördert. Dabei wurden sowohl Themen aus dem Hier und Jetzt des Lebensalltags der Klienten als auch Themen aus ihrer Vergangenheit bearbeitet und „Mythen“ über das Alter aufgedeckt und aufgelöst.

Gegenwarts- und vergangenheitszentriertes Vorgehen in der Gruppe stellt sich demnach nicht als methodische Alternative dar, sondern die Verbindung von beidem scheint einen optimalen Arbeitsansatz zu gewährleisten (*Petzold, Berger* 1978). Dies ergibt sich nicht nur aus der Durchsicht der Arbeiten, die einen komplexen Gruppenansatz vertreten - und auch unsere Erfahrungen gehen in diese Richtung - sondern wird auch durch eine empirische Untersuchung von *Ingersoll* und *Silverman* (1978) nahegelegt, in der sie eine auf das „*there and then*“ und eine auf das „*here and now*“ gerichtete Gruppe durchführten und empirisch untersuchten, mit dem Ergebnis, daß sich zwischen beiden Gruppen im Hinblick auf das Verhalten der Teilnehmer keine Unterschiede feststellen ließen. Die Autoren verfolgten einen komplexen Ansatz, in dem Entspannungsübungen, Rollenspiel, Kommunikations- und Gedächtnistraining zum Einsatz kamen. Die vergangenheitsorientierte Gruppe ging auf Erinnerungen aus der frühesten Kindheit zurück, sprach sie durch und konfrontierte sie mit den Lebensbedingungen heute. Die Klienten wurden zu einer Rekonstruktion ihrer Vergangenheit angehalten. Dabei wurden sowohl die angenehmen wie auch die unangenehmen Erinnerungen, die Tief- und die Höhepunkte angesprochen, sowie die Frage, wie schwierige Situationen bewältigt wurden. Die Arbeit knüpft damit an das *live review* Verfahren von *Butler* (1963) an, der ähnlich, wie schon vor ihm *Iljine* (1942, 1963), die Überschau über das persönliche Leben als zentrale Aufgabe des letzten Lebensabschnitts ansieht, um Integration zu erreichen. Eine Schwäche der Untersuchung von *Ingersoll* und *Silverman* ist darin zu sehen, daß sie bei ihrem Vergleich nur eine Sequenz von acht Gruppensitzungen untersuchten, ein Zeitraum, in dem wirkliche Integrationsleistungen

mit einem „there and then“ orientierten Ansatz nicht vollzogen werden können.

Butler (1963, 1974, 1975) hat mit seinen Arbeiten zur Gruppentherapie mit alten Menschen und zur Frage der sozialen Stigmatisierung im Alter wichtige und originelle Beiträge geleistet. Seine *life review therapy* (Lewis, Butler 1974) ist darauf gerichtet, das die alten Menschen in der Gruppe ihr Leben anschauen, an sich vorüberziehen lassen und gemeinsam Integrationsarbeit leisten. Allein die Aktivierung des Gedächtnisses wird dabei als therapeutischer Faktor angesehen. Die Auseinandersetzung mit wichtigen Ereignissen und Stationen des eigenen Lebens soll das Selbstwertgefühl und das Identitätserleben der Klienten fördern und damit Ängste und depressive Verstimmungen reduzieren (Pincus 1970). Butler hat noch eine weitere Form der Gruppenarbeit vorgeschlagen: die altersheterogene Gruppe, in der vom Jugendlichen bis zum Hochbetagten alle Altersgruppen vertreten sind. Derartige Gruppen sind nicht nur darauf gerichtet, dem alten Menschen zu helfen sondern auch darauf, anderen Altersstufen die Situation im Alter verständlich und damit ihr eigenes Altern verstehbar zu machen. Die psychohygienische und präparative Bedeutung solcher Gruppen und ihr Potential, wechselseitiges Verstehen und wechselseitige Hilfe zu fördern und Vorurteile oder Fehleinschätzungen zu korrigieren, darf nicht unterschätzt werden (Laschinsky, Petzold, Rinast 1979). Butler wendet sich in seiner Gruppenarbeit gegen sechs „Mythen“: 1. den Mythos des Alters selbst (d.i. die Frage, ob chronologisches Alter wirklich bedeutsamer ist als psychologisches und soziales Alter); 2. den Mythos, daß alte Menschen zu nichts nütze und unproduktiv seien; 3. den Mythos, daß alte Menschen sich vom Leben zurückziehen (*disengage*) und auf den Tod vorbereiten sollten; 4. den Mythos, daß alte Menschen unflexibel und rigide seien; 5. den Mythos der „Senilität“ ohne greifbare organische Basis; 6. den Mythos der Heiterkeit (*serenity*) im Alter. Diese *Mythen* gilt es nicht nur auf gesamtgesellschaftlicher Basis zu bekämpfen - und altersheterogene Selbsterfahrungsgruppen sind hierzu *ein* sehr effektiver, weil erlebnisnaher Weg -, diese *Mythen* müssen auch in den alten Menschen selbst bekämpft werden, denn sie wurden von ihnen ein Leben lang verinnerlicht. Wir haben diese internalisierten Konzepte als den „Feind von innen“ bezeichnet, den es mit dem „Feind von außen“ gleichzeitig zu bekämpfen gilt (Petzold 1965, 1979 t).

Meine eigenen Ansätze in der Arbeit mit älteren und alten Menschen, die ich, angeregt durch *Iljine*, mit meinen Mitarbeitern und Kollegen seit Mitte der sechziger Jahre verfolge (vgl. Laschinsky, Petzold, Rinast 1979; Petzold, Bubolz 1976; Petzold, Sieper 1973), werden in

unseren Arbeiten in diesem Band (*Bubolz 1979; Petzold, Berger 1979*) und in früheren Veröffentlichungen (1965, 1969b, 1970, 1976 - mit *G. Marcel - 1977e, g, 1979f, r, v*) dargestellt. Sie sind von einem multimodalen, mehrperspektivischen Vorgehen gekennzeichnet, in dem psychotherapeutische, soziotherapeutische, agogische und ökologische Interventionen verbunden werden. Ein weiteres Charakteristikum ist die Verwendung erlebnisaktivierender Therapiemethoden wie Psychodrama, Gestalttherapie, Therapeutisches Theater, Bewegungstherapie, Arbeit mit kreativen Medien. Im Unterschied zu vielen therapeutischen Versuchen in der Behandlung alter Menschen, die vorwiegend vom Ansatz der eigenen therapeutischen Schule und deren theoretischen Positionen ausgingen, waren wir bemüht, darüberhinaus die Ergebnisse der psychologischen und soziologischen Gerontologie in unserem Ansatz zu integrieren. Unsere Arbeit ist auf den alten Menschen *als ganzen* in seinem Lebenskontext gerichtet und versteht sich deshalb immer zugleich als *Körpertherapie*, um ihn in seiner Leiblichkeit zu erreichen, als *Psychotherapie*, um mit seinen emotionalen und lebensgeschichtlichen Erfahrungen umzugehen, als *Nootherapie*, um Hilfen in der Auseinandersetzung um den Lebenssinn und die eigene Endlichkeit zu geben und als *Soziotherapie*, um den sozialen Kontext einzubeziehen und *social skills* zu fördern. Das Vorgehen in der Gruppen- und Einzelarbeit ist nicht nur *konfliktzentriert-aufdeckend* und *reparativ* auf die Behebung und Minderung von Störungen gerichtet, es zielt auch *erlebniszentriert-agogisch* auf die Entwicklung und Förderung von Potentialen ab (*Pruyser 1975; Riessmann 1977*) und hat so eine *evolutive* Ausrichtung, die über das herkömmliche medizinische Verständnis von Psychotherapie hinausgeht. Schließlich kann ein Teil unserer Arbeit als *übungszentriert-funktional* charakterisiert werden, indem es uns darum geht, stabilisierend bzw. *konservierend* vorhandene Potentiale zu bewahren und zu erhalten oder, wo möglich, auszudehnen und zu steigern; denn: „there is no end to integration and there is no end to creation“ (*Petzold 1970*). - Im Zentrum stand für uns immer die *Würde des alten Menschen als Subjekt*, dem wir begegnen und helfen wollen. Wird die Realität des jeweiligen alten Menschen als *Mitmensch auf gleicher Ebene* nicht ernst genommen, dann wird jede noch so elaborierte Therapietechnik und Interventionspraxis fragwürdig. So ist für unsere Arbeit der Begegnungsgedanke *Morenos* und *Bubers* und die Intersubjektivitätstheorie *Marcel's* (*Besems 1976; Maurer, Petzold 1978*) als ethische Grundhaltung maßgeblich geworden. Der positive Kontakt zu den Menschen, mit denen ich zu tun habe, ist *erstes Ziel* der Intervention für den Therapeuten, der mit Verfahren dramatischer Therapie arbeitet, - nicht die Veränderung irgendwelchen Verhaltens.

Dies ist ein sekundäres Ziel, das auf das erste folgt bzw. sich aus diesem ableitet. Der alte Mensch ist kein Objekt, auch wenn abgebaute Alterspatienten überlastetes Stationspersonal oder experimentierfreudige Interventionsgerontologen zur Objektivierung herausfordern.

Therapeutische Maßnahmen, ganz gleich welcher Art, müssen im Sinne des Patienten sein, und was in seinem Sinne ist, daran hat er mitzubestimmen und mitzuwirken, sofern ihm das irgend möglich ist. Gerade die Differenziertheit und Variabilität subjektiven Erlebens läßt kein normiertes „*wellbeing and pursuit of happiness*“ zu, wie *Thomae* mit seiner Theorie der *kognitiven Repräsentation*, die inzwischen auch empirisch abgesichert ist, hinlänglich gezeigt hat (*Thomae* 1970, 1976, 1978).

Die Frage nach der Evaluation soll damit nicht beiseite geschoben werden, aber sie wird gleichfalls zweitrangig. Wenn man von der Persönlichkeitstheoretischen Prämisse ausgeht, daß der Mensch seine Identität aus der Interaktion mit anderen Menschen gewinnt und erhält, einer Interaktion, die von Zuwendung und Wertschätzung getragen ist, so ist jede Intervention, die ein solches „zwischenmenschliches Milieu“ bereitstellt, durch die der Therapeut für den Patienten eine „*présence*“, engagierter Mitmensch wird (*Marcel*), eine sinnvolle und effektive Intervention - schaut man auf den Alltag geriatrischer Stationen, vielleicht die notwendigste.

*Kahana* (1973, S. 85) hat vor „manipulation and degradation of the residents“ durch psychotherapeutische und milieuthérapeutische Maßnahmen gewarnt und ist für eine humane und menschenwürdige Behandlung alter Menschen eingetreten. Man muß seine Warnungen ernst nehmen. Mit Erschrecken liest man die verhaltenstherapeutischen „reversal experiments“ von *McDonald* und *Butler* (1974) oder *Baltes* und *Barton* (1978), die alten Menschen Verhaltensweisen durch operantes Konditionieren ermöglichen, um dann durch Entzug der Verstärker bzw. Wiederaufnahme der vorgängigen Verstärkersituation die Probe aufs Exempel zu machen. Verhaltenstherapeutische Methoden sind sehr effizient - auch wir verwenden sie im Behaviordrama - aber sie müssen in einen intersubjektiven Kontext gestellt sein, sonst stehen sie in der Gefahr, zu einer gefährlichen Psychotechnologie zu werden, der der alte, pflegebedürftige Mensch in besonderem Maße hilflos ausgeliefert ist. Dies wird besonders krass bei *token economy* Programmen deutlich (*Libb, Clements* 1969; *Barens et al.* 1973 u.a.), bei denen oftmals die Personalnot das Movens ist und der alte Mensch einem enormen Konformitätsdruck ausgesetzt wird. Da er in den meisten Situationen nur über minimale Mittel verfügt, können die, die über Mittel wie Kaufmarken (token), Essen, Zigaretten, den Schlüssel

zum Fernsehschrank oder zum Klavier verfügen, manipulativ Macht ausüben (vgl. z.B. Geiger, Johnson 1974; Mueller, Atlas 1972), deren Kontrolle nicht gewährleistet werden kann. Dem Agieren des Pflegepersonals und der „behavior modifiers“ ist ohne kompetente Supervision und demokratische Kontrollinstanzen Tor und Tür geöffnet.

Dem *Evaluationskult* kann man natürlich bei einer drastischen Reduzierung der Variablen beliebig nachgehen, nur wird fraglich, was hier noch von Zielen wie „Wohlergehen, Partizipation, Selbstbestimmung“ übrig bleibt. Token-Systeme entmündigen und infantilisieren den alten Menschen. Sie stehen in der Regel mehr im Interesse der Institution als im Interesse der Klienten. Es ist übrigens bezeichnend für die Situation, daß sich in der neueren gerontotherapeutischen Literatur nichts über den Einsatz komplexer verhaltenstherapeutischer Methoden etwa dem Selbstregulationsansatz (Kanfer, Phillips 1975), der kognitiven Verhaltenstherapie (Mahoney 1974), der Multimodalen Verhaltenstherapie (Lazarus 1978) findet und auch Banduras (1976) Konzepte unberücksichtigt bleiben (vgl. allerdings jetzt Ritter-Vosen 1979). Am ehesten kann man noch den der „reality therapy“ von Glasser (1965) entsprechenden Ansatz von Folsom (1968) diesen Richtungen zuordnen. Daß erzwungene Verhaltensmanipulation durchaus nicht immer zur Steigerung der Lebenszufriedenheit führen, hat die Untersuchung von McDonald und Settin (1978) gezeigt. Ähnliches kann natürlich auch für die verschiedenen Formen der Gruppentherapie gelten (Gunn 1978), ja selbst für die sehr beliebten Verfahren kreativer Therapie (Bubolz 1979; Petzold 1977e), wenn die freiwillige Partizipation des Klienten und seine persönliche Freiheit nicht respektiert werden.

Schon 1934 (S. 13) forderte J. L. Moreno, es müsse vermieden werden, „to throw the subject into a passive state, the subject being in a role of submission“. Bei psychodynamisch orientierten Therapieverfahren (Hiatt 1971; Radebold 1979) oder Methoden Humanistischer Psychotherapie (Berger, Berger 1973; Ingersoll, Silvermann 1978; Weibel 1979) ist die Gefahr der Reduktion des Menschen auf eine Handvoll Verhaltensvariablen nicht gegeben. Dafür findet sich das Problem der Komplexität, daß die Evaluation vor fast unlösbare Probleme stellt. Gruppentherapeutische Maßnahmen, wie sie von Feil (1967), Turbow (1975), Rustin, Wolk (1963), Wolf (1967), Berland, Poggi (1979) und auch von mir und meinen Mitarbeitern dargestellt werden (Bubolz 1979; Petzold, Berger 1979), lassen sich im Hinblick auf die Spezifika ihrer Wirkung nur sehr schwer untersuchen. Die von Burnside (1970a, b; 1971) und neuerdings von Eisdorfer und Stotsky (1977) bemängelten Effektivitätskontrollen führen an das alte, und für die Arbeit mit alten Menschen sich verschärft stellende Problem, *was Effektivität denn sei*

und wer über Effektivitätskriterien befindet. Wenn es um die Verbesserung des psychophysischen Wohlbefindens, der sozialen Aktivität, der Symptommminderung, der Steigerung der Kommunikationsfähigkeit geht, so können die dynamisch oder humanistisch orientierten Therapieverfahren aus der Arbeit mit alten Menschen einige empirische Ergebnisse vorweisen (Wolf 1961, 1963, 1967, 1970; Ingersoll, Silverman 1978; Petzold 1979c; Radebold 1979; Lieberman, Gourasch 1979). Die Frage nach der Effektivität und den Effektivitätskriterien ist m.E. auch durch diese Untersuchungen nicht befriedigend beantwortet.

Noch schwieriger wird das Problem auf den Hintergrund eines komplexen Interventionskonzeptes, an dem fächerübergreifend verschiedene Interventionsagenturen beteiligt sind z.B. Bildungsprogramme, Gruppentherapie, Bewegungstherapie, milieutherapeutische, prothetische und ökologische Maßnahmen, Medikation usw. (Loew, Silverstone 1971). Auf diese Problematik hatten Lawton (1970, S. 307) und Eisdorfer und Stotsky (1977, S. 734) hingewiesen, und sie wird nicht leicht zu lösen sein - vielleicht noch am ehesten in der Verbindung von Aktionsforschungsansätzen mit herkömmlichen und neueren Verfahren der Verhaltensbeobachtung und Evaluation (z.B. Videoanalyse). Das Herausstellen der vorhandenen Schwierigkeiten bei der Bewertung ganzer Programme und von Teilmaßnahmen in Programmen sollten von Evaluationsbemühungen nicht abhalten aber die Fragwürdigkeit bzw. Problematik von Daten aus eingegrenzten Untersuchungsdesigns stärker ins Bewußtsein heben. In jedem Fall muß meiner Meinung nach aber gelten: eine Intervention, sei sie nun psychotherapeutischer oder agogischer Art muß erfolgen, weil Hilfe gegeben oder die Lebensqualität verbessert werden soll. Sie soll nach dem besten Vermögen des Intervenierenden erfolgen und nicht, um evaluiert zu werden. Die Effizienzkontrolle kann immer nur nachgeordnetes - wenn auch durchaus erforderliches - Ziel sein. Sie dient zur Verbesserung von Praxis (Lazarsfeld, Reitz 1975) und darf nicht zum Selbstzweck werden.

#### *4.1 Das Psychodrama Morenos in der Arbeit mit alten Menschen*

Ogleich Rollenspiel in der Praxis der Altenarbeit meines Wissens verschiedenerorts eingesetzt wurde, ist in der Literatur bislang noch kein einschlägiger Beitrag vorhanden, der über die Verwendung von Rollenspiel oder gar von Psychodrama mit alten Menschen berichtet.

Ich selbst habe, nachdem ich zunächst ausschließlich mit der Methode des Therapeutischen Theaters in Altengruppen therapeutisch und

geragogisch gearbeitet hatte (s.u. 4.2), psychodramatische Methoden seit 1969 regelmäßig in der Behandlung alter Menschen eingesetzt und zwar häufig in der Kombination mit Gestalttherapie, kreativen Medien und Bewegungstherapie (Petzold 1979f; 1977e).

Dabei war die Klientel weitgestreut. Am besten hat sich die Methode für die kontinuierliche, konfliktzentrierte therapeutische Arbeit in fortlaufenden Gruppen bewährt, wie ich sie in freier Praxis und in Institutionen durchführen konnte. Die Patienten, zumeist noch relativ bewegliche alte Menschen der bürgerlichen Mittelschicht, kamen häufig wegen psychosomatischer Beschwerden (Schlaflosigkeit, Migräne, Schmerzzustände, Dermatosen, rezidivierender Gastritis, Rheuma u. ä.), Depressionen, nervösen Unruhezuständen, Angst vor dem Sterben und Kontaktschwierigkeiten zur Therapie. In den Institutionen (Altersheimen und geriatrischer Station) wurden die Gruppen als therapeutische Maßnahme angeboten. Die Klienten der Gruppen in freier Praxis waren durch meine geragogischen Projekte im Rahmen von Einrichtungen der Erwachsenenbildung auf die Möglichkeit von Therapie aufmerksam geworden oder wurden von niedergelassenen Ärzten und Psychiatern, die meine Arbeit kannten, an mich verwiesen.

Im Unterschied zum Therapeutischen Theater, das eine sehr subtile und mehrschichtige, damit aber auch relativ schwerfällige und auf mittel- und langfristige Arbeit abgestimmte Methode ist, ist das Psychodrama ein dynamisches Verfahren. Es ist ohne großen Aufwand, lange Anlaufzeit (wie z. B. die psychoanalytische Therapie vgl. Corsini 1952) bei praktisch jeder Klientel einzusetzen und zeitigt sehr kurzfristig schon Effekte (Bruck 1953). Es ist ihm in dieser Hinsicht nur noch die Gestalttherapie bzw. Gestaltberatung vergleichbar (Rahm 1979; Perls 1976). Aus diesem Grunde eignet es sich hervorragend zur Krisenintervention und zur Kurzzeittherapie, zwei Aufgaben, die in der Arbeit mit alten Menschen doch recht häufig anfallen (Parad 1965; Bellak, Small 1974; Aguilera, Messick 1978; Simon, Lowenthal, Epstein 1970; Bellak 1976).

#### 4.1.1 Psychodrama und Gestalttherapie als Krisenintervention

Krisensituationen bei alten Menschen treten häufig bei akutem Versagen körperlicher Funktionen (Rahe, Holms 1966 a, b; Lowenthal 1964; Cath 1964), bei abrupten Veränderungen des Lebensraumes (Lieberman 1965; Lowenthal, Robinson 1976; Brenner, Hoff 1958), beim Verlust von Bezugspersonen auf, bei Schwierigkeiten, die mit den übli-

chen Strategien der Lebensbewältigung nicht mehr gemeistert werden können. Das Thema Krisenintervention bei alten Menschen macht eine eigene Studie erforderlich. Die wenigen spezifisch praxisorientierten Beiträge (*Kuypers, Trute 1978; Bellak 1976; Burnside 1970; Oberleder 1970; Oesterreich 1978*) zum Thema geben einen guten Überblick, können aber ein mit solider Kasuistik illustriertes Manual nicht ersetzen. Obwohl die Grundprinzipien der Krisenintervention, wie sie bei *Parad (1965), Bellak und Small (1974), Switzer (1975), Aguilera und Messick (1978), Berner, Gabriel (1977), Häfner, Helmchen (1978), Haase (1978)* dargestellt wurden, auch für die Arbeit mit alten Menschen grundsätzlich Gültigkeit haben, ist doch ein besonderes Procedere erforderlich, sowohl was die Kontaktaufnahme betrifft als auch im Hinblick auf die Handhabung der Prozesse, die spezifische Problemstellung, die somatischen Implikationen (z. B. die „Minimal Brain Dysfunktion“, *Kalverboer, von Praag 1978*), das soziale Umfeld und die vorhandenen Hilfsagenturen. Ich will mich an dieser Stelle darauf beschränken, den Beitrag, den Psychodrama und Gestalttherapie zur Krisenintervention bei alten Menschen leisten können, in aller Kürze darzustellen, ohne auf den an sich notwendigen, weitgestreckten Rahmen einzugehen. So sei nur betont, daß Krisenintervention in der Regel eine „Kette von Hilfsmaßnahmen“ ist, die vom Eingreifen in einen akuten Krisenzustand bis zur Restabilisierung bzw. Neuorientierung des Patienten eine interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit notwendig macht. Krisenintervention ist immer eine psychotherapeutische Maßnahme und ein Stück solider Sozialarbeit. Sie erfordert psychisch stabile, kenntnisreiche und erfahrene Praktiker. „Crisis intervention demands precision of thought and economy of intervention. It is essential for the therapist to understand nearly everything and to do only the little that makes a difference“ (*Bellak 1976, 176*).

Gestalttherapie und Psychodrama haben sich durch ihre potenten Methoden der Handhabung von intensiven Emotionen, ihre Strukturierungstechniken und Möglichkeiten, kurzfristig zu kathartischer Entlastung zu führen, als Methoden der Krisenintervention und Kurzzeittherapie ausgezeichnet bewährt. *Corsini (1952, 324)* kommt in einer Übersicht über Kurzzeittherapie und ihrer Effektivität im Vergleich zum psychoanalytischen Vorgehen zu dem Schluß: „... of all the group methods that I know of, none approaches psychodrama in terms of the possibilities of affecting the individual. This is the most radical method...“. Ähnliches beansprucht die Gestalttherapie, die als „Chirurgie der Seele“ (*Perls 1975 b*), als „Krisentherapie“ (*O'Connell 1970*) unmittelbar in das Zentrum des Konfliktes und des emotionalen Geschehens einzugreifen vermag. *Bruck (1953, 216)* berichtet, wie er in

zwei Psychodramasitzungen bei einem achtjährigen Jungen, der über sechs Monate an verschiedenen Tics und partiellen Lähmung des rechten Oberarms litt, eine nachhaltige Symptombeseitigung erreichte (Kattamnesis 18 Monate). Ackermann und Ackermann (1962) berichten über ein „*emergency psychodrama*“ bei einem akuten psychosomatischen Syndrom, das mit einer psychodramatischen Sitzung behoben werden konnte. Sie kommen zu dem Schluß, „daß sogar schwere psychosomatische Symptome durch Psychodrama in kurzer Frist behoben werden können.“ Bei ihrem Vorgehen „wurden wechselnde Techniken in rascher Folge eingesetzt, so daß die Patientin daran gehindert wurde, ihre Widerstände zu mobilisieren, jedoch noch in der Lage blieb, die Zusammenhänge ausreichend zu erfassen, um ihr Problem zu lösen.“ (ibid. 1962, 88).

Potts (1958) konnte einen komplexen Angstzustand mit vielfältiger psychosomatischer Begleitsymptomatik in einer Psychodramasitzung beseitigen. Er sieht die Wirkung des Krisenpsychodramas 1.) in der spontanen Kraft der Katharsis, 2.) in der Kanalisierung emotionaler Erregung durch Dramatisierung und Ausagieren, 3.) in den vielfältigen Möglichkeiten der Rollenannahme, um das Problem auszuleben und zu integrieren, und 4.) schließlich in der Hilfe und Stütze, die durch die komplexen Tele- und Übertragungsbeziehungen zum Therapeuten und den *auxiliary egos* dem Patienten zuteil werden (ibid. 1958, 331).

Petzold und Osterhues (1972) haben Angstzustände, akute Lebenskrisen und Suizidalität mit Psychodrama und gelenkter Imagination in einem Lebenshilfezentrum behandelt und fanden die Methode zum Krisenmanagement hervorragend geeignet. Barocas (1972), Bard (1970) und Weiner (1973) haben Soziodrama, Psychodrama und Rollenspiel zur Schulung für Krisenintervention bei Polizeibeamten eingesetzt, und Miller (1972) und Wolson (1974) haben bei Kontrollverlust, psychotischen Reaktionen und anderen Ausnahmezuständen psychodramatisch interveniert. Für die Gestalttherapie berichten Heintz et al. (1978, 1980) über Fokali Interventionen bei akuten psychosomatischen Syndromen in der orthopädischen Praxis, die mit ein bis drei Sitzungen nachhaltigen Effekt zeigen. Perls (1975 a), Kempler (1976) und Rahm (1979) zeigen eindrucksvoll anhand reichhaltigen kasuistischen Materials, daß Gestaltmethoden bei psychischen Ausnahmezuständen, Familien-, Lebens- und Ehekrisen kurzfristig Erfolge erzielen konnten. Petzold (1977 j, 479 ff) hat die gestalttherapeutische Intervention bei einer psychotischen Dekompensation beschrieben und für die Arbeit mit alten Menschen (1977 g, 43 ff) die Intervention bei einer durch den Tod eines Freundes eingetretenen, akuten reaktiven Depression mit einer Sitzung dargestellt.

Moreno hat mit seinem Konzept des sozialen Atoms und der Rollenveränderung den theoretischen Hintergrund für eine Krisentheorie gelegt, die Krise als Vorgang der „role transition“ sieht (Garfield 1973). Wir haben auf der Grundlage gestalttherapeutischer und systemtheoretischer Konzepte einen integrativen Ansatz der Krisentheorie und Krisenintervention (Petzold 1977 i) entwickelt. In ihm wird eine destruktive Krise verstanden als die „Labilisierung des personalen Systems und zwar in einer Weise, daß eine Restabilisierung durch die üblichen Bewältigungsmechanismen und -strategien nicht erreicht werden kann und das System so vom Zerfall oder der nachhaltigen Veränderung seiner Identität bedroht ist“. Dabei wird das Konzept der Identität in seinen beiden Dimensionen gesehen: „sich selbst als der, der man ist, identifizieren können durch adäquate Selbstwahrnehmung, und von anderen Menschen des sozialen Kontextes (Atoms) als der, den sie kennen, identifiziert werden“.

Als Krise wird der gesamte Prozeß der Labilisierung des Systems vom Zeitpunkt der noxischen Einwirkung bis zur Restabilisierung verstanden, nicht nur die *κρίσις*, der Entscheidungs- und Höhepunkt.

Die Noxe setzt dabei an den Grundlagen des „Supports“ an, den Stützpfählern der Identität jedes personalen Systems. Ich habe folgende Bereiche von Basissupport herausgestellt:

1. Support in der eigenen *Leiblichkeit* - solange die Integrität des Körpers erhalten ist, können Krisen leichter kompensiert werden; der Verlust oder die Beschädigung körperlicher Integrität labilisiert und führt zu Krisen.
2. Support im *sozialen Feld* - solange das soziale Atom intakt ist, können Krisen vom sozialen Netzwerk aufgefangen werden: der Verlust oder die Beschädigung des sozialen Supports ist Krisen-auslösend.
3. Support durch die eigene *Arbeit und Leistung* - der Mensch ist der, der er ist, durch sein Tun, seine Arbeit; - der Verlust von Arbeitsmöglichkeiten und die Entfremdung von der Arbeit, verhindert, daß man sich im Werk, in dem was man geschaffen hat, identifiziert und führt zu Minderung von Identität.
4. Support durch *materielle Sicherheiten* - ökonomische Sicherheit und ökologisches Eingebettetsein in der Wohnung, im Quartier, in der heimatlichen Umgebung bildet eine wesentliche Stütze der Identität. Ihr Fortfall oder ihre Beeinträchtigung fördert Krisen.
5. Support durch *Werte*: - Ein stabiles Wertgefüge, das Wissen um den Lebenssinn und die Bejahung der Lebensziele sowie das Vertrauen auf tragende Wertordnungen trägt auch die Identität und gibt unschätzbare Hilfen, Krisen zu überwinden, wenn einer oder mehrere der anderen Supportbereiche erschüttert sind. Das Fehlen von Werten und Sinn

schafft ein Vakuum (Frankl 1956); der Verlust von Sinn und Werten kann zu schwersten Krisen führen.

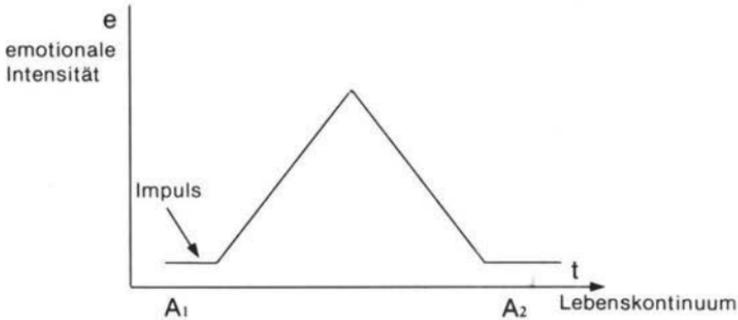
Stellt man in Rechnung, daß in unserer Gesellschaft alten Menschen der Support in den Bereichen 2-4 sehr gemindert, ja oft entzogen wird, daß der Support in der Leiblichkeit durch den körperlichen Verfall eingeschränkt wird und daß auch der Bereich der Werte heute oftmals nicht mehr so tragfähig ist wie in geschlossenen Kulturen, so wird die Krisengefährdung des alten Menschen deutlich (vgl. Zwingmann 1962; Rosenmayer 1978).

Der Krisenverlauf entspricht dem einer „dramatischen Kurve“, wie sie uns aus dem antiken Drama bekannt ist: Vorbereitung (πρότασις), Wendepunkt (περιπέτεια), Lösung (λύσις). Wir haben hier ein ähnliches Verlaufsbild wie in Lewins Modell der Veränderung: *unfreezing, change, refreezing* (Lewin 1963, Kap. IX), im Verlauf eines Überforderungserlebnisses nach Karl Mierke (1955) oder im Ablauf von Psychodrama- und Gestaltsitzungen (Petzold, 1976, 186; Walter 1977), nur daß bei den therapeutisch induzierten oder kontrollierten Krisen im Sinne eines positiven Wachstums- und Veränderungsgeschehens die Restabilisierung und Neuorientierung am Ende steht. Das System hat sich von A<sub>1</sub> nach A<sub>2</sub> verändert, aber es ist A geblieben und nicht zu B oder C geworden, d. h. es hat seine Identität grundsätzlich gewahrt. Im Unterschied zum konstruktiven Krisenverlauf, der durch die Bewältigungsleistung immer ein positives Wachstum an Potentialen mit sich bringt, hat ein destruktiver Verlauf ein fatales Ergebnis: die Minderung oder gar Zerstörung der Identität. In der Phase der Turbulenz kann keine Lösung gefunden werden. Es kommt zu einem Zerfall, dem das Individuum aus eigener Kraft keinen Einhalt gebieten kann (physische, psychische, soziale Dekompensation, z. B. körperliche Erkrankung, Psychose, Verwahrlosung).

Es ist nicht ohne Bedeutung zu sehen, in welchem Stadium des Krisenverlaufs sich der Patient befindet. Wie sehr seine Wahrnehmung schon verzerrt, sein Kontakt zur Realität verloren gegangen ist. Ob die Dekompensation eine regressive Richtung (Depression, Krankheit, Apathie) oder eine überschießende (Agression, Konfusion, Psychose) genommen hat. In der Arbeit mit alten Menschen kommen wir mit allen Verlaufsformen von Krisen in Kontakt, häufig mit Prodromalsituationen, d. h. mit einer allgemeinen Labilisierung, die bei einer zusätzlichen Belastung in die Phase der Turbulenz übergehen kann. Die habituellen Bewältigungsstrategien sind gegenüber dem jüngeren Menschen erheblich eingeschränkt, besonders aber die Möglichkeit, über Notreaktionen hinaus zu neuen Lösungen zu finden, durch die eine Restabilisierung erfolgen kann, und zwar nicht nur im Sinne einer Wiederher-

### Diagramm VII

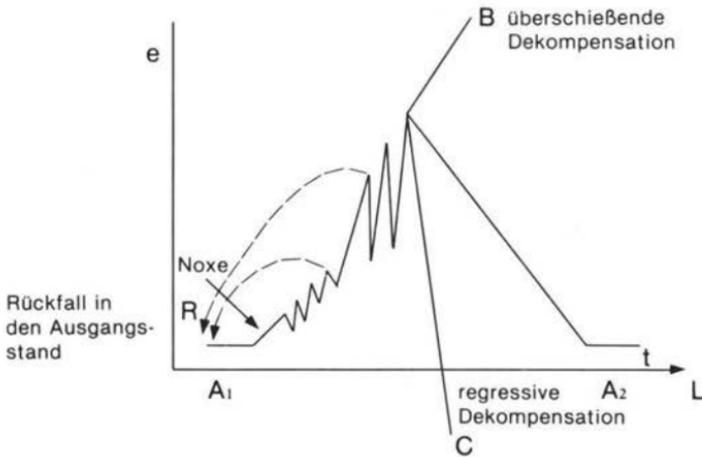
Verlauf von Veränderungsprozessen



Drama	Protasis	Peripeteia	Lysis	—
Gruppendynamik	unfreezing	change	refreezing	—
Psychoanalyse	Erinnern	Wiederholen	Durcharbeiten	Neuorientierung
Psychodr./Gestalt	Initial-	Aktions-	Integrationsphase	Verifikation
Kreativität	Präparation	Inspiration	Evaluation	Restitutionsphase
Überforderungserlebnis	Überforderung	Agitation-	Regressions-	Neuorientierung
Krise	Labilisierung	Turbulenz	Stabilisierung	
	I	II	III	IV

### Diagramm VIII

Verlauf des Krisenprozesses



Labilisierung	Turbulenz	
Habituelle Bewältigungsstrategien	Notreaktionen Kontrollverlust Dekompensation oder	→ Stabilisierung und Neuorientierung

stellung des alten Zustandes ( $A_1$ ), sondern eines Zugewinns, einer Entwicklung des personalen Systems ( $A_2$ ).

Ziel jeder Krisenintervention ist, zunächst Kontakt, Wahrnehmung, Realitätbezug wieder herzustellen. Da der Leib die Basis aller Wahrnehmung ist, setzt gestalttherapeutische Krisenintervention bei der Leibwahrnehmung an (O'Connell 1970). „Jetzt setzen Sie sich erst mal ruhig hin und versuchen mal wieder zu sich zu kommen. Einfach mal ihren Körper spüren! Den Atem mal ruhig gehen lassen! Den Atem spüren!“ Dabei kann ruhig Körperkontakt mit dem Patienten aufgenommen werden, indem man etwa seine Hände nimmt oder den Arm um ihn legt. Gut ist es, den Namen zu wissen oder zu erfragen, um ihn mit Namen anzureden. (Der Name ist ein Stück Identität). Die Stimmführung muß sicher, deutlich, bestimmt und warm sein. Da der Patient für einige Zeit die Stabilität seines personalen Systems nicht gewährleisten kann, tritt ihm der Therapeut als stützendes Hilfs-Ich (*auxiliary ego*, Leutz 1974, 165) zur Seite. Er stützt durch die körperorientierten Interventionen der Gestalttherapie, die auf Atemregulierung und Relaxation zielen, und erreicht körperliche Beruhigung, was besonders beim Alterspatienten mit seinem zumeist fragilen somatischen System von Bedeutung ist. Die unmittelbare Nähe und Zuwendung schafft ein Klima des Vertrauens und der Sicherheit, das notwendig ist, um im Gespräch einen Überblick über die krisenhafte und -auslösende Situation zu gewinnen. Erst aus genauer Kenntnis der Situation können dann Strategien entwickelt werden, die über den Gewinn der Selbstwahrnehmung, Restituierung der Fremdwahrnehmung und momentanen Beruhigung hinausgehen.

Weiterhin ist es wichtig, beim Patienten den Ausdruck aufkommender Gefühle zu ermutigen. Ein zum Ausdruck gebrachtes Gefühl bewirkt kathartische Entlastung, vermindert Spannungszustände und bereitet eine Restabilisierung vor. Konstruktive Krisen sind davon gekennzeichnet, daß Gefühle nicht verdrängt, blockiert, eingefroren werden, sondern „frei fließen“ (vgl. den Prozeß des Trauern, Spiegel 1973; Tobin 1971; Petzold 1980b). Bei starker Konfusion sowie Wahrnehmungs- und Kontaktstörungen ist immer wieder ein basales Wahrnehmungs- und Realitätstraining zwischenzuschalten (Petzold 1977j, 479).

Bei Unfähigkeit zu sprechen oder sich auszudrücken kann die Technik des *Doppel-Ichs* (Petzold 1977 h, 145; 1979 d) eingesetzt werden. Therapeut als Doppel: „Jetzt sitze ich hier und weiß nicht mehr weiter. Ich krieg einfach kein Wort mehr heraus. Der Doktor kann mir sowieso nicht helfen. Mir kann keiner mehr helfen.“ Derartige Doppelinterventionen mobilisieren meistens die Verbalisation. Sie können zum

suggestiven oder „insinuerenden“ Doppeln (1979 d) verstärkt werden: „Am besten versuche ich jetzt mal, ganz ruhig zu werden. Ich muß einfach ruhig werden, mir mal alles von der Seele reden. Ich werd's schon schaffen. Ich hab schon so vieles geschafft in meinem Leben!“ Derartige beruhigende und in der Ich-Form sozusagen als Stimme eines beruhigenden „inneren Ichs“ gesprochene Doppelinterventionen verfehlen selten ihren Effekt. Schon bald machen sie den konfusen oder von Emotionen überschwemmten Patienten ruhiger und ansprechbar. Eine Kommunikation kann zustandekommen. Die Doppel-Ich-Technik als Methode der Krisenintervention ist vielfältig einzusetzen. Als eine letzte Möglichkeit sei das „multiple Doppeln“ (ibid. 1977 h, 147, 1979 d) erwähnt, das bei Ambivalenzen, innerem Hin- und-Hergerissen-Sein indiziert ist. Zwei Therapeuten (oder ein Therapeut, der in unterschiedlicher Stimmlage spricht) doppeln den inneren Konflikt: D1: „Eigentlich sollte ich meinem Sohn kein Geld mehr geben. Der bringt's ja doch nur durch.“ D2: „Aber ich kann ihn doch nicht hängen lassen, der kommt ja ins Gefängnis, wenn er die Schulden nicht bezahlt.“ D1: „Aber einmal muß Schluß sein. Woher soll ich's denn nehmen bei meiner Rente. Ich kann doch nicht schon wieder einen Kredit aufnehmen.“ D2: „Aber er ist doch mein Sohn!“

Gerade bei anstehenden, schwierigen Entscheidungen, die nicht gefällt werden können, bei Konfliktkonstellationen (vgl. *Petzold* 1977 a), die nicht gelöst werden können, und deshalb zu einer Krise führen, hat sich das multiple Doppeln bewährt. Im Leben alter Menschen stehen derartige, lebensbestimmende Entscheidungen häufig an: Soll ich ins Altersheim gehen oder noch in meiner Wohnung bleiben? Soll ich zu meiner Tochter ziehen oder nicht? Soll ich mich operieren lassen oder nicht? Aber auch schon kleine Entscheidungsprobleme sind in den Augen mancher alter Menschen unlösbar. Hier ist neben der Doppel-Ich-Technik die „Rückblende“ zu Situationen des früheren Lebens, in denen ähnliche Probleme entschieden und gemeistert wurden, hilfreich: „Vielleicht können Sie sich mal zurückerinnern, ob Sie nicht schon mal einen solchen Vertrag unterschrieben haben? Wann war das? Wie war das damals?“ Die gestalttherapeutische Vergegenwärtigung in der Imagination (oder die psychodramatische im Spiel) von *bewältigten* Vergangenheitssituationen hat meistens einen ermutigenden und hoffnungsstärkenden Effekt.

Wesentlich sind auch die „Techniken der inneren Distanzierung“. Charakteristisch für Krisensituationen ist, daß dem Betroffenen der Überblick verlorenght. Ereignisse, die „objektiv“ gesehen, nicht sehr bedrohlich sind, werden „subjektiv“ als existenzgefährdend erlebt, „als ein Berg, über den man nicht mehr rüberschauen kann, der einen

erdrückt, erschlägt“. Für einen alten Menschen mit kleiner Rente und geringen Rücklagen, dem ein Taschendieb die abgehobene Summe stiehlt, ist der Verlust von DM 600,- eine Katastrophe, die ihn in den Selbstmord treiben kann, zumal wenn er Angst vor der Polizei und Behörden hat und nicht wagt, aus Scham und Unsicherheit „zur Wohlfahrt“ zu gehen. In solchen Situationen ist es für den Therapeuten absolut notwendig, systemimmanent zu denken, um den Patienten zu verstehen; denn sein Erleben, seine Wertmaßstäbe sind wesentlich und nicht die Normen und Vorstellungen des Therapeuten. Für den Therapeuten wird eine Hilfestellung durch einen „inneren Rollentausch“ ermöglicht, in dem er sich für einen Moment in die Rolle des Patienten versetzt. Der Rollentausch kann aber mit gleicher Wirkung als Technik der inneren Distanzierung verwandt werden: indem der Patient sich in eine andere Rolle hineinversetzt, gewinnt er Abstand zu seiner Situation:

„Vielleicht können Sie sich mal vorstellen, Sie seien der Hausmeister, der jeden Tag in den Keller geht. Denken Sie mal, Sie wären in seiner Rolle. Na, hat der Angst, in den Keller zu gehen?“ In der anderen Rolle verliert der Keller an Bedrohlichkeit. Allein die Veränderung der körperlichen Position im Rollentausch kann zu einer Änderung der Stimmungslage führen.

Der Rollentausch ermöglicht auch die Distanzierung von einer festgefahrenen Position in sozialen Konflikten, z. B. Ehe- und Familienkrisen. Wenn der alte Mensch in die Rolle des jungen, der junge in die des alten treten kann, wird es möglich, eine bessere Verständigungsbasis zu finden.

Die gestalttherapeutische Imaginationstechnik des „Zuschauers beim Lebensdrama“ ist eine weitere von vielen Techniken der inneren Distanzierung, die ich zur Krisenintervention entwickelt habe: „Stellen Sie sich mal vor, Sie sitzen im Theater. Auf der Bühne wird das «Leben des Franz Bauer» gespielt. Sie schauen sich selbst zu, ihrem Leben in den letzten Wochen (Monaten, Jahren)“. Durch eine derartige *Überschau* können momentane Krisen als solche erkannt und in ihrer Relativität gesehen werden. Der „Berg“ wird überschaubarer.

Bei vielen Krisensituationen ist wesentlich, daß neben der psychologischen Krisenhilfe auch praktische Unterstützung durch Besuche eines Sozialarbeiters, einer Gemeindeschwester oder durch Mobilisierung nachbarschaftlicher Hilfeleistung sowie, falls erforderlich, durch materielle Unterstützung gegeben wird. Für das Beispiel der gestohlenen Rente nützt der Rollentausch mit dem Dieb oder einem Bankier nichts. Die psychologischen Mittel bleiben im wesentlichen auf die psychologische Ebene begrenzt.

Aus der Vielfalt gestalttherapeutischer und psychodramatischer Techniken der Krisenintervention konnte nur eine kleine Auswahl gegeben werden. Von Bedeutung ist noch die Methode des Zauberladens, durch die über symbolische Wunscherfüllung oder kathartisches Spiel Entlastung ermöglicht werden kann (Beispiele für Krisenintervention mit dieser Technik, *Petzold* 1977 h, 165 ff). Mit der Technik der Zukunftsprojektion (*Petzold* 1979 h; *Yablonsky* 1954) wird ein projektiver Ausblick auf die nähere oder weitere Zukunft ermöglicht. Sie sollte aber nur eingesetzt werden, wenn sich ein positiver Zukunftshorizont eröffnen läßt, was ja gerade bei älteren Krisenpatienten, wie die bedrückenden Zahlen von *Simon*, *Lowenthal* und *Epstein* (1970, 109 ff) zeigen, oft nicht gegeben ist. Ziel der Krisenintervention sollte auf jeden Fall sein, die Zukunftsperspektive des Betroffenen zu sichern, ihm zu helfen, seine persönlichen und sozialen Situationen zu meistern und ihn auf die Realität zu orientieren (*Folsom* 1968). Wo irgend möglich, sollten eine Hospitalisierung vermieden (*Lowenthal* 1964, *Blau* 1966) und andere Alternativen gesucht werden (*Epstein*, *Simon* 1968). Allein der Umgebungswechsel, der schon bei jüngeren Menschen eine oftmals nicht zu kompensierende, krisenauslösende Überforderung darstellt (*Petzold* 1968 a, b, c), hat für alte Menschen häufig sehr nachteilige Folgen.

Die gestalttherapeutischen und psychodramatischen Techniken der Krisenintervention bergen die Gefahr, menschliches Leid technologisch zu reduzieren. Sie verlieren dabei jedoch ihre Wirksamkeit. Wo nicht wirkliches Beteiligtsein hinter der Intervention steht, wo nicht der Therapeut als Mitmensch präsent ist, sind die Krisenpatienten kaum anzusprechen oder in ihrem Selbstwertgefühl aufzubauen. Dies gilt besonders für alte Menschen, die durch fortwährende Kränkungen, Demütigungen und Einbußen an Lebensqualität in eine Krisensituation geraten sind oder für jene, die durch den Tod geliebter Menschen massive Einbrüche im sozialen Atom bzw. im Persönlichkeitsgefüge hinnehmen mußten. Hier gilt es für den Therapeuten, als Mitmensch in die geschlagene Bresche zu springen, um eine Zwischenstabilisierung zu gewährleisten, bis daß eine Regeneration und Restitution des Gefüges eingeleitet werden kann und diese Maßnahme wirksam wird. Hervorragende Bedeutung hat in diesem Zusammenhang eine Therapiegruppe. Sie vermag bei Krisen, die durch Rollenverluste und Einbrüche im sozialen Atom aufgekommen sind, Interaktionspartner, Mitspieler, Menschen, die in gleicher oder ähnlicher Situation sind oder waren, bereitzustellen. Oftmals ist dies die einzige Möglichkeit, den „sozialen Tod“ (*Moreno* 1947) zu verhindern, besonders, wenn es sich um alleinstehende Menschen handelt, oder solche, die von ihren

Familien allein gelassen wurden (Arth et al. 1961; Blau 1962, 1966) oder nicht getragen werden können (Ward 1978).

Das Problem der Krisenintervention bei Todesfällen soll hier nicht weiter aufgegriffen werden. Die Literatur zur Trauerarbeit, den Phasen des „loss-grieving cycle“, hat diesen Bereich ausführlich behandelt (Spiegel 1973; Pincus 1977; Parkes 1972 usw.). Besonders die Gestalttherapie hat eine effektive Methodologie der Trauerarbeit entwickelt (Tobin 1971; Frings 1975; Petzold 1980b), deren Wirksamkeit offensichtlich darauf beruht, daß der gestalttherapeutische Prozeß der induzierten und gesteuerten Krise dem natürlichen Ablauf des Trauerprozesses (als einem Sonderfall des Krisenverlaufs) entspricht und die körperzentrierten Interventionen der Methode den freien Ausdruck der Gefühle fördern. (Vgl. die Beispiele für Trauerarbeit S. 224).

#### 4.1.2 Das Psychodrama mit alten Menschen als Familientherapie

Moreno hat schon sehr früh (1937, 1945) seine Methode in der Therapie von Familien eingesetzt. Die aktive Einbeziehung aller Anwesenden bietet hierfür in der Tat einen guten Ansatzpunkt (Allen 1954). In der Arbeit mit alten Menschen wird die Einbeziehung der Angehörigen oft notwendig (Freed 1975), sei es, um in Familienkrisen oder Generationskonflikten zu intervenieren, sei es um Angehörige zu entlasten, in deren Haushalt schwierige oder pflegebedürftige alte Menschen leben (Thompson 1968), oder sei es, um langjährig gestörte Beziehungen zwischen Kindern und in Heimen oder eigener Wohnung lebenden alten Eltern zu konsolidieren (Gelfand et al. 1978; Powell, Arquitt 1978). In all den genannten Situationen konnte ich Psychodrama in der Verbindung mit Gestaltfamilientherapie (Kempler 1976) einsetzen und erstaunlich kurzfristig Erfolge erzielen. Im Unterschied zu den herkömmlichen familientherapeutischen Ansätzen, die ein Mehrgenerationenmodell verwenden (Boszormenyi-Nagy, Spark 1973; Mendell, Fischer 1956, 1958), ergab sich unser Ansatzpunkt nicht aus den Schwierigkeiten jüngerer Familienmitglieder, die ein Rückgehen auf die determinierenden Großeltern notwendig machten, um „invisible loyalties“ aufzudecken, sondern von Schwierigkeiten her, in deren Zentrum der alte Mensch selbst stand.

Für die Psychotherapie mit alten Menschen gilt nämlich, daß sie häufig in gleicher Weise an ihren Kindern leiden und erkranken, wenn sie nicht die notwendige Liebe, Zuwendung und Achtung erfahren, wie viele Kinder aus ähnlichen Gründen an ihren Eltern. Diese so naheliegende Sichtweise ist, - sieht man von dem interessanten Konzept Grot-

jahns (1955/1979) von der Umkehrung der ödipalen Situation einmal ab -, bislang noch nicht näher untersucht worden. Zwar wird betont, daß die Mehrgenerationen-Familietherapie für alle Beteiligten nutzbringende Effekte habe (Sperling, Sperling 1976, 203), jedoch stehen die jüngeren Generationen im Vordergrund und wird ihre Problematik zentral gestellt. Der gesamte theoretische Ansatz von Boszormenyi-Nagy mißt den Großeltern - m. E. zu Recht - eine derartige Bedeutung für das Verhalten von Paaren zueinander und zu ihren Kindern zu, daß ihre Einbeziehung in familientherapeutische Prozesse als ausgesprochen nützlich, ja notwendig erscheint (Spark 1974); nur wurden für diese Situation weder Interventionen noch Konzepte entwickelt, die den alten Menschen gerecht würden. Ein integrativer Ansatz bleibt hier Desiderat. Außerdem muß die soziokulturelle Situation der Familie stärker berücksichtigt werden, als das bisher in der Familientherapie geschieht (vgl. Hess, Waring 1978 und die von R. A. Lewis 1978 und besonders von Milden 1977 zusammengetragenen Materialien).

Es ergibt sich im Mehrgenerationenhaushalt durchaus die Situation, daß die Großmutter oder der Großvater erkranken, und zwar als „Symptomträger“ für die Familie; nur, daß dies in der Regel nicht erkannt wird, weil die vorwiegend massiv somatischen Reaktionen als Altersleiden eingestuft und als „normal und unabänderlich“ angesehen werden. Eine familientherapeutische Behandlung zeigt oft, wie falsch eine solche Betrachtungsweise ist (Stein 1959; 1960).

*Beispiel:* Hubert H., 74 Jahre, wird mir von einem Internisten überwiesen, der über einen Volkshochschulvortrag meine Arbeit mit alten Menschen kennengelernt hatte. H. war seit drei Jahren wegen periodisch auftretenden Magenschleimhautentzündungen in internistischer Behandlung gewesen. Er wird von seiner Tochter, die ihn zu jedem Arztbesuch begleitet, zum Erstgespräch gebracht. Wie selbstverständlich geht sie mit in den Therapieraum. Als ich sie bitte, doch draußen zu warten, antwortet sie, sie könne doch den Vater nicht alleine lassen. Ich muß meine Bitte nachdrücklich wiederholen, bevor sie sich konsterniert zurückzieht. Die Exploration ergibt, daß H. bis zum einundsiebzigsten Lebensjahr „nie etwas mit dem Magen zu tun hatte“. Mit neunundsechzig ist er verwitwet, mit siebzig ist er in den Haushalt seiner Tochter gezogen, die ihn „rührend versorgt“. Der Schwiegersohn arbeitet als Buchhalter. Die beiden Enkel von 9 und 12 sind „seine ganze Freude“. Auf den ersten Blick eine friedliche Familie, nur daß die Magenschmerzen kurz nach der Übersiedlung in die Familie der Tochter einsetzen. Eine kurze Erhebung des sozialen Atoms (vgl. Petzold 1979 c) ergibt eine massierte Kernständigkeit, kaum mittelständige Be-

ziehungen, eine hohe Kohäsion, durchweg positive Relationsqualitäten und einseitige Konnektierung. Aufgrund der oberflächlichen Erhebung wurde ein Konsistenzwert nicht ermittelt.

Ich führe noch ein kurzes Gespräch mit der Tochter, die gleichfalls ein friedliches Bild zeichnet, sehr besorgt ist und dann fallen läßt, daß sie mit dem Vater doch so manche Mühe habe. Da H. einen recht rüstigen Eindruck macht, frage ich die Tochter, ob er zum nächsten Termin nicht alleine kommen könne. Sie antwortet: „Das geht auf keinen Fall, den alten Mann allein durch die Stadt fahren zu lassen.“ Ich bemerke, wie sich H. verspannt, und frage: „Was meinen Sie Herr H., könnten sie nicht alleine kommen?“ H. (zögernd) „Ja wenn die Lisbeth meint, dann kommt sie doch besser mit, nicht wahr?“ T: „Was meinen Sie? Ich habe den Eindruck, daß Sie noch ganz gut beisammen sind.“ H.: „Nun ja, ich könnt ja schon. Also von mir aus müßte sie sich die Mühe nicht machen.“ L: „Aber Vater ...!“ H.: „Ich hab ja nur gemeint ...“ T: „Was haben Sie gemeint?“ H. „Daß ich schon alleine kommen könnt.“ L.: „Also das kommt gar nicht infrage. Ich fahre Dich.“ Ich schlage der Tochter vor, wenn sie schon mitkäme, auch an den Therapiesitzungen teilzunehmen, was allerdings eine aktive Mitbeteiligung erfordere. L: „Dazu bin ich gerne bereit.“ T: „Sehen Sie, Sie sind von den Erkrankungen Ihres Vaters ja mitbetroffen. In einer Familie spielt ja alles ineinander, jeder spielt zwar seine Rolle, aber keiner kann sie ohne den anderen spielen, und eben dieses Rollenspiel wenden wir in unserer Therapie an. Wir versuchen auch, uns in die Rolle des anderen hineinzusetzen, um ihn besser zu verstehen.“ L: „Das finde ich einleuchtend.“ T.: „Versuchen Sie, sich z. B. in die Rolle Ihres Vaters zu versetzen, der von seiner Tochter zu mir in die Praxis gebracht wird.“ L: (zögert) „Also ehrlich, das kann ich nicht.“ T: „Nun gut, stellen Sie sich vor, Sie sind fünfundsiebzig Jahre alt, noch ganz rüstig, aber Sie habens am Magen und einer ihrer Söhne bringt Sie in die Praxis.“ L: (lacht) „Wenn ich mal so alt bin ... ja, kann ich mir vorstellen.“ T: „Ich spiel jetzt mal die Rolle des Sohnes“ TS.: „Also Mutter, das kommt ja gar nicht infrage, daß Du alleine fährst, ich bringe Dich.“ L.: „Na das Stückchen werde ich doch noch schaffen.“ T. zu H.: „Spielen Sie doch doch mal den Sohn weiter!“ H.: „Aber Mutter, sei doch nicht so starrköpfig, es ist besser für Dich, wenn ich Dich bringe.“ L: (erbost) „Also hör mal, ich bin doch kein kleines Kind ...“ (stutzt, zum Therapeuten gewandt) „Sie sind ja ganz schön hinterhältig mit ihrer Methode“; (lacht, zum Vater gewandt) „vielleicht bevormunde ich Dich etwas zu oft.“ H.: „Aber Lisbeth ...“ T.: „Na, Herr H., jetzt seien Sie mal ehrlich.“ H.: „Nun ja, manchmal wird's mir schon ein bisschen viel, aber die Lisbeth hat schon so viel am Hals, und dann komme

ich noch hinzu, was soll sie denn machen.“ L.: „Ach sei still!“ (fängt an zu weinen). Es kommt in dem nun folgenden Gespräch heraus, daß die Familie beengt wohnt. Der Großvater hat keinen eigenen Raum und schläft im Wohnzimmer. Zwischen L. und ihrem Mann sind häufig Spannungen wegen Erziehungsfragen, die „knisternd in der Luft liegen“, aber nie ausgesprochen werden, denn man geht ja liebevoll und fürsorglich mit dem anderen um. H. fühlt sich „ohne eigenen Platz“ und ist „voller Schuldgefühle, daß er der Tochter zur Last fällt“, ist andererseits froh, nicht alleine leben zu müssen. L. fühlt dem Vater gegenüber Liebe und Verpflichtung.

In dieser ersten Sitzung wurden entscheidende Schritte gemacht: Die Beteiligten haben sich ihre Konfliktsituation eingestanden. Es ist ein offenes Gespräch zustande gekommen. Das Vorgehen und die Wirkungen der psychodramatischen Methode wurden verstanden und bejaht. Ein guter Kontakt zum Therapeuten wurde aufgebaut und die Motivation für weitere Sitzungen gelegt.

Nach einem weiteren Termin kam der Mann mit zur Therapie und darauf auch die Kinder. Durch die Rollentauschtechnik wurde nicht nur sehr viel Offenheit erreicht, sondern auch ein wirkliches Verständnis für die Situation des anderen. Der Schwiegersohn erlebt im Rollentausch mit Betroffenheit die Situation seines Schwiegervaters, der morgens in aller Frühe sein Bett wegpackt, um das Wohnzimmer freizumachen, kann aber auch seinen Ärger darüber herauslassen, daß er abends fast nie die späten Programme im Fernsehen anschauen kann, weil er auf den Opa Rücksicht nimmt. Die Familie beginnt, aktiv nach einer anderen Lösung zu suchen, und will in eine größere Wohnung ziehen. Im Verlauf der Sitzungen wird von den Kindern verschiedentlich gebracht, daß „die Mutti den Opa ganz schön herumschustert“. L. wird ziemlich heftig: „Ich schustere niemanden herum. Wenn Du Dich später mal so um mich kümmerst, wie ich mich um den Opa, würd ich froh sein.“ 1. Sohn: „Da brauchst Dir keine Sorgen zu machen, aber sagen laß ich mir dann nichts mehr, dann wärste in meiner Wohnung.“ T.(als Doppel-Ich): „Dann würd ich Dich mal bestimmen, wie Du mich immer bestimmt hast“ 1. Sohn: „Klar, die zahlt dem Opa das doch auch heim!“ Betroffenes Schweigen. 1. Sohn: „Hab ich ja nicht so gemeint.“ T. (als Doppel-Ich von L.): „Vielleicht ist ja was dran an dem. In meiner Jugend bin ich ganz schön kurzgehalten worden.“ L.: „Das stimmt. Viel Freiraum hatte ich nicht.“ H.: „Natürlich habe ich auch Fehler gemacht in Eurer Erziehung. Damals wußte man das ja alles nicht, wie heute. Wenn ich damals so eine Therapie wie hier ...“ L.: „Laß mal, Vater. Ihr habt ja nicht nur Fehler gemacht. Im Gegenteil, und wir machen ja auch Fehler in der Erziehung.“ 2. Sohn: „Das kann-

ste wohl sagen.“ T: „Willst Du mal die Rolle mit Deiner Mutter tauschen?“ 2. Sohn: „Ne, weiß schon, war wohl nicht so toll von mir. Werde wohl auch nicht ohne Fehler sein. Ganz schön blöd das alles.“ L.: „Ich glaube, an dem Heimzahlen ist was dran. Das war mir gar nicht bewußt. Ich werde da mal drauf achten.“ T.: „Ja, unser Handeln wird manchmal von alten Sachen bestimmt, die uns gar nicht immer so klar sind.“

Im Verlauf von sieben Sitzungen hatte sich das „Klima“ in der Familie merklich geändert. Die Interaktionen waren offener und herzlicher geworden. Es wurde aber auch nicht mehr so viel „unter den Teppich gekehrt“ (2. Sohn). Nach acht Monaten konnte die Familie umziehen. Sie kam danach noch einmal, um zu berichten, daß es in der neuen Wohnung viel besser ginge. H. hatte seit der Familientherapie seine Abhängigkeit von der Tochter relativieren können und neue Kontakte im Außenfeld geknüpft - sie waren ihm, als er von seinem ursprünglichen Wohnsitz zu seiner Tochter in eine andere Stadt ging, verloren gegangen -, so daß die Mittelzone seines sozialen Atoms wieder ein stärkeres Volumen erhielt und die massierte Kernständigkeit relativiert werden konnte. Die Magenbeschwerden sind unter der Familienbehandlung völlig geschwunden, und H. blieb dauerhaft symptomfrei (zweijähr. Katamnese).

Das Beispiel zeigt, wie der Entzug von somatischen und sozialen Rollen nicht nur Auswirkung eines institutionellen Settings und gesellschaftlicher Determinierungen sein kann, (obgleich diese auch mit hinein spielen), sondern auch in der dynamischen Konstellation einer Familie begründet liegen kann. Die Restriktionen des physikalischen (enge Wohnung) und sozialen Kontextes (einengende Tochter) führten zu einem Konflikt auf der somatischen und sozialen Rollenebene - H. war ja noch körperlich aktiv und sozial aufgeschlossen. Dieser Konflikt wurde somatisiert und führte zur Symptombildung. Die aufdeckende und entlastende Familientherapie löste die Konfliktkonstellation auf und ermöglichte H. eine bessere Rollenperformanz sowie eine Restituierung seines sozialen Atoms.

2. *Beispiel*: Karl F. 71 Jahre, lebt seit zwei Jahren in einem Altersheim. Er ist sehr zurückgezogen, leidet an Depressionen und schweren rheumatischen Beschwerden. Er nimmt seit etwa zehn Sitzungen an einer Gruppe mit Integrativer Bewegungstherapie teil (Petzold, Berger 1979), die im Heim angeboten wird. Dabei erfahren wir, daß er von seinen Kindern nie Besuch bekommt und auch sonst sich niemand um ihn kümmert. „Seit sich meine Frau von mir hat scheiden lassen, bin ich für die tot.“ Wir lassen ihn sein soziales Atom aufzeichnen und stel-

len fest, daß es keine kernständigen und nur sehr wenige mittelständige Beziehungen gibt, die Kohäsion gering ist, die Beziehungsqualitäten vorwiegend negativ sind und die Konnektierung als „isoliert“ betrachtet werden muß. Insgesamt liegt ein sehr niedriger Konsistenzwert (19.4), d. h. ein sehr schwaches, atrophes soziales Atom vor. Karl hat zwei verheiratete Töchter (34 und 37 Jahre), einen unverheirateten Sohn 32 Jahre) und zwei Enkel. Seine geschiedene Frau (65 J.) lebt bei der älteren Tochter, an der er besonders hängt. Auf Briefe erhält er keine Antwort. Als wir von der Institution die Tochter anschreiben und um ein Gespräch bitten, bleibt auch unser Brief unbeantwortet.

Wir entschließen uns, ein psychodramatische Exploration und Behandlung durchzuführen, bevor wir weitere Initiativen im Hinblick auf die Familie von Karl F. unternehmen. Die Verfahren „dramatischer Therapie“ (Petzold 1976, 178-189) bieten wie keine andere psychotherapeutische Methode die Möglichkeit, Familientherapie *in absentia* durchzuführen. Die Familienmitglieder werden durch Gruppenmitglieder oder Assistenten gespielt. Es gelingt auf diese Weise, ein recht klares Bild von der Familiensituation zu gewinnen.

Für die erste Sitzung mit Karl F. entschließen wir uns, die Technik des *Monodramas* (Blatner 1970, 110) zu verwenden, die praktisch mit der des *Gestalt dramas* identisch ist (Perls 1976). F. wird aufgefordert, seine ganze Familie um sich herum aufzubauen und für jeden einen leeren Stuhl hinzustellen. F. gruppiert die Stühle alle in einem ziemlichen Abstand um sich herum. Nur seinen Sohn placiert er näher. Wir erhalten auf diese Weise nochmals ein plastisches Bild seines sozialen Atoms.

T: „Vielleicht können Sie einmal die Augen schließen und versuchen, sich auf jedem Stuhl die jeweilige Person vorzustellen. Schauen Sie, welche Gefühle in Ihnen dabei aufkommen!“ F. wendet den Kopf zu jedem Stuhl. Bei dem seiner Frau wird er sichtlich erregt. T.: „Vielleicht können Sie einmal aussprechen, was Sie gerade fühlen.“ F.: „Ich fühle einen ziemlichen Haß auf meine Frau!“ T.: „Können Sie das einmal direkt zu der auf dem Stuhl vorgestellten Frau sagen?“ F.: „Ja, ich habe einen ziemlichen Haß auf sie.“ T. (als Doppel-Ich): „Elfriede, ich muß Dir sagen, ich habe einen ziemlichen Haß auf Dich!“ F.: „Ach so soll ich das sagen!“ T.: „Ja, genau so.“ F.: „Du hast mir die Kinder verhetzt. Du hast mir mein Leben zerstört. (Bitter) Ich bin das Schwein und Du die arme Unschuldige. Ich könnte Dich erschlagen.“ T.: „Vielleicht können Sie sich mal auf den Stuhl ihres Sohnes setzen und sich vorstellen, Ihr Sohn hätte ihnen gerade zugehört. Was würde er zu ihrem Vorwurf sagen?“ F.: „Nun, daß beide Schuld haben.“ TD.: „Vater, ihr habt doch beide Schuld. - Fahren Sie mal so in der Rolle Ih-

res Sohnes fort.“ FS.: „Du hast ihr ja auch ganz schön zugesetzt. Du sei bloß man still.“ T.: „Rollentausch! Gehen Sie wieder in die eigene Rolle und antworten Sie Ihrem Sohn!“ F.: „Du weißt ganz genau, was die mit mir gemacht hat. Das hält doch kein Mensch aus.“ T.: „Was hat sie mit Ihnen gemacht? Sagen Sie es ihr direkt!“ F.: „Ein halbes Leben und mehr war ich Dir nur gut genug, das Geld nach Hause zu tragen. Die Kinder durfte ich Dir noch machen und dann war aber auch Schluß.“ T.: „Rollentausch mit ihrer Frau.“ FFr.: „Und ich hab wohl nicht für Dich gesorgt? Gekocht, gewaschen, die Dienstmagd gespielt hab ich, jawohl. Und ewig Dein Rumziehen und Saufen!“ T.: „Übernehmen Sie die Rolle ihrer ältesten Tochter!“ FT.: „Du hast Mutter kaputt gemacht. Sie war nicht umsonst immer krank!“ T.: „Rollentausch! Antworten Sie aus Ihrer eigenen Rolle!“ F.: (zornig) „Die war doch immer nur krank, weil sie mit mir nix zu tun haben wollte. Du machst das mit Deinem Mann doch auch nicht anders!“

Wir führen das Monodrama noch einige Zeit fort, und es wird deutlich, wie viel an Verbitterung, Vorwürfen und Frustration auf allen Seiten noch da ist. Auch F. wird klar, daß „mit einer solchen Hypothek nichts laufen kann“. F.: „Aber das hat mal gut getan, meiner Frau das so alles vor den Kopf zu sagen.“ Wir haben noch einige monodramatische Sitzungen mit F. und können bei ihm eine versöhnliche Haltung fördern. Er gewinnt die Einsicht bzw. kann sich eingestehen, daß er an der Ablehnung und den Zerwürfnissen doch auch einen großen Teil Schuld trägt. Wir regen an, daß er doch seinem Sohn schreiben und um einen Besuch bitten möge. Dieser Besuch kommt auch zustande. Als Resultat der monodramatischen Arbeit kann das Gespräch zwischen Vater und Sohn in großer Offenheit und ohne Verbitterung geführt werden. Im Verlauf der Sitzung wird verschiedentlich die Rollentauschtechnik eingesetzt, um dem Sohn die Situation des Vaters zu verdeutlichen. Wir sprechen mit ihm auch das Diagramm des sozialen Atoms durch. Der Sohn meint, daß die jüngere Schwester sicher wieder mit dem Vater Kontakt aufnehmen würde, wenn die Treffen nicht immer in Auseinandersetzungen ausarten. Er habe aber den Eindruck, daß sein Vater zugänglicher sei als zuvor.

Zu unserer Überraschung kündigen sich alle drei Kinder an und bitten um einen Termin für eine familientherapeutische Sitzung. F. hat vor dieser Sitzung große Angst. Er kommt zweimal zur Therapeutin und meint, man solle das Ganze doch besser „abblasen“. Sie antwortet, das müsse er dann seinen Kindern selber schreiben. Außerdem könne er doch auf die Hilfe der Therapeuten zählen. In der Woche vor dem Termin erkrankt F.. Seine rheumatischen Beschwerden sind so akut, daß er das Bett nicht verlassen kann. Er hat starke Schmerzen.

Die psychogene Komponente erscheint uns bei der vorliegenden Situation evident. Wir hatten ohnehin die Hypothese, daß für die rheumatische Erkrankung von Herrn F. ein starker psychogener Faktor mit im Spiel (vgl. *Weintraub 1977*) sei. Die massive, zurückgehaltene Aggressivität gegen seine Familie, die er autoaggressiv gegen sich wendet, kann im Sinne des Perls'schen Retroflexionsmodells (*Perls 1980*) durchaus als Erklärungsmodus sowohl für die Depression als auch - zumindest teilweise - für die rheumatischen Beschwerden herangezogen werden. Im Übrigen ist Krankheit ein häufiges Widerstandsphänomen in der Psychotherapie mit alten Menschen (*Rustin, Wolk 1963, 28*).

Ich suche F. auf, um mit einer fokussierten gestalttherapeutischen Intervention einen Versuch zur Überwindung der Krisensituation zu unternehmen. Die Gestalttherapie eignet sich in besonderer Weise zu Behandlung akuter psychosomatischer Syndrome (*Heinl, Spiegel-Rösing 1978*). F. empfängt mich sehr abweisend. Ich spreche ihn auf seine Schmerzen an und „daß sie ihm wohl ganz schön das Leben vergällen“. Über diesen Einstieg komme ich sehr schnell an die Verbitterung über seine Situation und an seine Hoffnungslosigkeit. Immer wieder kommt F. auf die Schmerzen zurück. Ich schlage ihm vor, „er solle mal seinem Herzen Luft machen und die Schmerzen einfach mal beschimpfen“. F. folgt dem Vorschlag erst zögernd, schließlich bricht eine Flut von Schimpfwörtern, Flüchen, Verwünschungen auf die Schmerzen, das Leben, die Menschen, seine Familie aus ihm hervor. Ich ermutige: „Schreien Sie nur die ganze Scheiße heraus!“ F. hat sich aufgerichtet und brüllt. Er schlägt mit beiden Fäusten auf die Bettdecke (vorher konnte er die Arme nicht anheben). Dann hält er inne: „Gott bin ich hinter Atem, aber das hat mal gut getan. Danke schön, Herr Doktor, ... was doch alles in einem drinsitzt ...“ T.: „Ein Teil Ihrer Schmerzen kommt sicher daher, daß Sie zuviel geschluckt und zurückgehalten haben.“ F.: „Das soll wohl so sein, aber das gibt es jetzt nicht mehr, ne, damit ist Schluß“. Am nächsten Tag steht F. wieder auf. Die Schmerzen haben erheblich nachgelassen.

Das Gespräch in der folgenden Woche verläuft schwierig. F. fällt im Moment der Begegnung in eine starre, düstere Haltung. Die Konfrontation mit seinen Töchtern ist offensichtlich sehr belastend. Meine Ko-therapeutin springt als stützendes Doppel-Ich (*Petzold 1979d*) ein. Sie tritt neben F., legt ihm die Hand auf die Schulter und doppelt: „Ihr könnt mir gar nichts, wir sprechen hier auf gleichen Ebenen.“ T.: „Es ist sicher für alle Beteiligten schwierig, nach so langer Zeit in Kontakt zu kommen. Ich möchte deshalb vorschlagen, daß jeder hier versucht, kurz seine persönliche Lebenssituation darzustellen, wie es ihm zur

Zeit im Leben geht, damit einer vom anderen mehr weiß.“ Der Vorschlag wird aufgenommen. Bei F. muß das stützende Doppel-Ich verschiedentlich einspringen, überleiten, weiterhelfen. Die Atmosphäre lockert sich zusehends. Es wird über die Enkel, den Alltag im Heim gesprochen. Die Mutter und die Vergangenheit bleiben ausgespart. Nach einer Stunde verabschiedet sich die älteste Tochter mit der Versicherung, sie werde bestimmt wiederkommen. F.: „Darüber würde ich mich sehr freuen. Wir haben ja auch noch einiges von früher auszuräumen, ich möchte mal die alten Sachen begraben.“ Die Tochter wehrt ab: „Ach laß man gut sein. Die Vergangenheit wollen wir mal ruhen lassen.“ Wir bitten sie, doch möglichst wieder mit den Geschwistern zu kommen und an einer weiteren familientherapeutischen Sitzung teilzunehmen. Die beiden anderen Geschwister gehen noch mit dem Vater spazieren und ins Cafe.

Drei Wochen später kann die nächste Sitzung stattfinden. F. hat dieses Mal keine Schwierigkeiten wie vor oder während des ersten Termins. Es werden nun von der älteren Tochter Schwierigkeiten thematisiert, die sie mit der Mutter hat, die absolut dagegen ist, daß sie den Vater besucht. Sie ist gekommen, ohne es der Mutter zu sagen. F. wird sehr erregt, die Tochter reagiert aggressiv, da springt der Sohn ein: „Wir müssen uns endlich damit abfinden, daß Mutter und Vater getrennt sind, auch wenn die selbst sich damit *nie* abfinden. Ich komme mit Vater und Mutter *alleine* gut aus. Ich werd' mit Mutter nochmal reden. Ich bin die Hetzerei satt.“ F. hat sich beruhigt: „Also ich werfe Elfriede nichts mehr vor. Einmal muß ja Schluß sein. Ich habe nur nicht verkraften können, daß ich durch sie keinen Kontakt mehr zu Euch hatte und natürlich durch meine unwirsche Art.“ Ich schlage vor, daß die älteste Tochter einmal die Rolle der Mutter übernimmt und F. diese Aussage nochmal macht. TM: „Ich kann Dir nicht vergessen, was Du mir und den Kindern angetan hast, und ich werd Dir das bis ans Grab sagen!“ F.: „Dann mußte das eben tun. Ich will Dich nicht mehr und ich laß mich davon auch nicht mehr belasten!“ TM: „Ja, so hast Du Dich immer aus allem rausgezogen!“ F.: (zu den Therapeuten) „Ich möchte hier nicht mehr weiterspielen. Sie ist ja nicht hier und sie kommt wohl auch nie her, und ich werde nicht hingehen. Ich will das endlich mal abschließen, auch in mir.“ Jüngere Tochter: „Da tuste wirklich gut dran, Vater. (Zur Schwester gewandt) Und wir sollten das auch so machen.“ Die Schwester nickt zustimmend.

In der Folgezeit kommen alle drei Kinder regelmäßig zu Besuch, die älteste Tochter allerdings seltener. Auch die Enkel kommen. Die verödete Kernzone des sozialen Atoms wurde durch die familientherapeutische Intervention mit dem Psychodrama belebt. Das allgemeine Wohl-

finden von F. hat sich sichtlich verbessert. Es ist nicht mehr so mürrisch und depressiv und hat erheblich seltener „sein Rheuma“ und auch nicht mehr in so schwerer Form wie vor der Behandlung.

### 4.1.3 Das Psychodrama als Gruppentherapie mit alten Menschen

Am Anfang jeder Gruppenarbeit stehen die Vorgespräche, die ein bis drei Sitzungen in Anspruch nehmen. Eine sorgfältige Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Lebenssituation, der wichtigsten biographischen Daten und der Konflikt- und Krankheitsgeschichte der vergangenen beiden Jahre stehen im Zentrum (Bellak 1976). Mit jedem Patienten wird das aktuelle soziale Atom erstellt, wodurch ein wichtiger diagnostischer Überblick über das Sozialgefüge des Patienten, seine Beziehungen und die außenbestimmten Faktoren seiner Identität gewonnen wird. Auf dieser Grundlage erfolgt die Zusammenstellung nach dem Grundsatz „Heterogenität ohne Extrempositionen“ (Petzold, Berger 1978), d. h. die Geschlechterverteilung sollte hälftig sein und möglichst ein Drittel nicht unterschreiten. Im Hinblick auf Aktivität und Krankheitsbild ist gleichfalls eine gute Durchmischung anzuempfehlen – eine Gruppe mit überwiegend depressiven Teilnehmern ist schwer zu aktivieren. Allerdings sind oft institutionelle Notwendigkeiten gegeben, die einer optimalen Zusammenstellung entgegenstehen. Auf jeden Fall ist eine gründliche internistische und neurologische Voruntersuchung erforderlich, so daß man über den Gesundheitszustand und damit über die Belastungsfähigkeit sowie über grobe zerebrale Veränderungen informiert ist. Dies ist besonders für ambulante Gruppen (Liederman et al. 1967; Larson 1970) oder Gruppen in freier Praxis von Bedeutung.

Therapeutische Psychodramagruppen mit alten Menschen können, je nach Beweglichkeit der Teilnehmer und Schweregrad der Erkrankung bzw. Störung zwischen sechs und zehn Teilnehmer haben. Es empfiehlt sich, sehr vorsichtig mit Warm-Up-Techniken umzugehen, um die oftmals vorhandenen Widerstände nicht zu übergehen, was meistens zu einem Fernbleiben von der Gruppe führt. Projektive Methoden wie der „leere Stuhl“, und auf direkte Kommunikation ausgerichtete, nonverbale Techniken aus der Encountertradition haben sich für „Normalbürger“ als besonders ungeeignet erwiesen, wohingegen Bewegungsübungen gut aufgenommen wurden (vgl. 4.2.1 das Improvisationstraining des Therapeutischen Theaters). Verbale Warm-Up-Formen, wie z. B. Gespräch mit dem Nachbarn, Gespräch in Dreiergruppen eignen sich für die Initialphase einer Gruppe. Später können

die klassischen Warm-Up-Techniken (Sacks 1967; Blattner 1970; Petzold 1977h) bedenkenlos verwandt werden. Bei sehr abgebauten Patienten haben sich nonverbale Techniken besonders bewährt, weil sie einen unmittelbaren Zugang erlauben, der keine hohe Verbalisationsfähigkeit erfordert (Pankratz, Buchan 1966).

Der unmittelbare Einstieg in psychodramatisches Spiel ist meistens nicht möglich. Die Methode muß eingeführt und erläutert werden. Sie muß für die teilnehmenden alten Menschen vom „Alltagsverstand“ her einsichtig und plausibel sein. Ich erkläre meistens, daß man Dinge viel besser erfassen kann, wenn man sie zeigt und vorspielt, als wenn man sie nur berichtet. Oft improvisiere ich eine kleine Szene, die ich mit einem der Teilnehmer irgendwann außerhalb der Gruppe hatte, um meine Behauptung „zu beweisen“.

T.: „Frau M., ich hatte Sie gestern auf dem Korridor nach Ihren Enkeln gefragt, und wir hatten uns dann unterhalten. Versuchen wir das doch einmal nachzuspielen. ‘Guten Tag Frau M.! Ich wollte Sie schon immer einmal fragen, was Ihre Enkel machen? Ich habe Sie schon lange nicht mehr hier gesehen.’“ Frau M.: „Soll ich jetzt so antworten wie gestern?“ T.: „Ja bitte.“ M.: „Da komm ich mir aber komisch vor.“ T.: „Versuchen Sie’s doch mal.“ M.: „Also jut! ‘Ne Herr Doktor, die waren vorije Woche noch hier. Denen jeht et jut, die sin munter und kregel ...“ T.: (zur Gruppe) „Sehen Sie, jetzt haben wir ein viel lebendigeres Bild von der Situation“.

Bei zu direktem Einstieg ins Spiel, d. h. bei klassischem psychodramatischen Vorgehen, habe ich häufig eine massive Abwehr gefunden, die sich z. T. darin äußerte, daß die Teilnehmer von der Gruppe wegblieben oder erklärten, sie seien nicht in der Lage, eine Rolle „so ganz ohne Vorbereitung“ zu spielen. Derartige Reaktionen sind allerdings sehr gruppenspezifisch. Ich habe mit anderen Gruppen alter Menschen gearbeitet, bei denen sich die Moreno-Methode problemlos verwenden ließ. Allerdings handelte es sich hier in der Regel um „aktive“ alte Menschen, von denen psychodramatische Techniken, wie das „Doppel-Ich“ oder der „Rollentausch“ (Petzold 1977h, 145-150) ohne Schwierigkeiten aufgenommen wurden, während bei schwerfälligeren Alten und bei Hochbetagten häufig diese Techniken auf massive Verständnisschwierigkeiten stießen und gar nicht einzusetzen waren. Außerdem habe ich häufig konventionsbedingte Ablehnung gefunden, eigene Probleme zu thematisieren oder gar zu spielen. „Das sind meine privaten Angelegenheiten, die gehen niemanden was an“ ... „Das hat niemanden zu interessieren, das mache ich mit mir alleine ab“ ... „Aber was denken Sie, ich werd doch nicht hier vor all den Leuten meine Probleme auspacken“. Der Widerstand war häufig durch psy-

chodramatische Warm-up-Methoden nicht zu überwinden. Eine längere verbale Anlaufzeit war für die Gruppe erforderlich. Beim Therapeutischen Theater (vgl 4.2) haben wir in dieser Hinsicht weniger Schwierigkeiten gehabt.

Die Dauer der Sitzungen hängt von der Verfassung der Teilnehmer ab. Zwischen dreißig und neunzig Minuten sind möglich, ohne daß die Aufnahmefähigkeit und Spannkraft der alten Menschen überfordert wird. Die Einführung der Aktionsmethoden, wie z. B. des Doppel-Ich und des Rollentauschs, muß didaktisch klar und vor der eigentlichen Spielsequenz erfolgen, am besten dadurch, daß man wieder durch ein kurzes Spiel die Technik demonstriert. Im Spiel selbst die Techniken einzubringen, führt häufig dazu, daß die Spieler verwirrt sind, den Sinn des Vorgehens nicht verstehen und unruhig werden. Techniken wie den „Spiegel“ oder das „Behind-your-back“ (Petzold 1977h, 150) haben wir nach einigen schlechten Erfahrungen nicht mehr eingesetzt. Bei der zuweilen hohen Kränkbarkeit alter Menschen, die oft mit einer verminderten Fähigkeit, zwischen Spiel und Außenrealität zu diskriminieren, verbunden ist, sind derartige Konfrontationstechniken kontraindiziert. Sie können zum Abbruch der Gruppenarbeit und zu Zerwürfnissen zwischen Teilnehmern im Außenfeld führen, wenn Überhänge bleiben, die nicht bemerkt wurden oder nicht aufgelöst werden konnten. Überhaupt ist der Anteil an heiteren, erlebniszentrierten Sitzungen in unserer Arbeit mit alten Menschen, - auch solchen im Patientenstatus -, größer als mit Patienten in der mittleren Lebensphase. Das Leiterverhalten ist klar strukturierend und eindeutig (Rustin, Wolk 1963, 25). Die Interventionen werden deutlich artikuliert. Dabei ist darauf zu achten, daß kein schulmeisterliches oder gar strenges Verhalten aufkommt, besonders wenn schwerfällige und störende Gruppenmitglieder da sind.

In der Regel arbeiten wir als Therapeutenpaar (vgl. Linden 1954), wenn möglich, mit zwei oder drei Psychodramaassistenten. Bei alten Menschen im Patientenstatus ist es kaum möglich und auf jeden Fall nicht empfehlenswert, Gruppenteilnehmer als Doppel einzusetzen. Oft können von ihnen auch die Antagonistenrollen nicht adäquat, d. h. mit entsprechender Einfühlung und Differenziertheit, wahrgenommen und gespielt werden, so daß der Assistent einspringen muß. In ludi-schen Sequenzen ist ein „Verhauen“ der Rolle durch ein Gruppenmitglied „kein Beinbruch“, im Konfliktspiel jedoch fatal. Bei noch geistig regen alten Menschen stellt sich diese Situation schon anders dar. Aber auch dann haben wir die Doppel-Ich-Rolle nicht von Gruppenmitgliedern übernehmen lassen. Wir selbst verwenden das Doppeln sparsam und unter Berücksichtigung der Übertragungskonstellationen und der

Widerstände (Binswanger 1977). Durch die Einbeziehung gestalttherapeutischer Methoden in unsere Psychodramaarbeit gelingt es, auf das Doppel-Ich oftmals zu verzichten. Dieses birgt in der Arbeit mit alten Menschen - und nicht nur dort - die Gefahr der Passivierung, besonders wenn die Doppel-Ich-Funktion nur von den Therapeuten ausgeübt wird. In schwierigen Passagen verläßt sich der Patient/Klient darauf, daß das Doppel-Ich ihm weiterhilft. Dies wird durch Gestaltinterventionen vermieden.

*Beispiel:* Herr F. sitzt vor Frau L., die die Rolle seiner Schwiegertochter übernommen hat, die ihn immer „herumschustert“. F. ist sichtlich verärgert, kann aber seinen Ärger nicht herausbringen.

### *Klassisches Psychodrama*

Doppel tritt hinter F.: „Ich hab es ja so satt, mich immer herumkommandieren zu lassen.“

F.: „Ja, das habe ich wirklich dicke.“

(schweigt)

D.: „Ich müßte ihr mal die Meinung sagen. Ich kann mir das doch nicht immer gefallen lassen. Was sag ich ihr denn gleich...“

(F. nimmt das Angebot nicht auf).

D.: „Ilse, so geht das nicht weiter. Ich bin kein Schuljunge!“

F.: (sichtlich angesprochen) „Ich bin immerhin zweiundsiebzig Jahre und habe zwei Weltkriege mitgemacht. Ich bin doch nicht Dein Rotzjunge!“

### *Gestalt drama*

T.: „Was geht jetzt in Ihnen vor, Herr F.?“

F.: „Ich bin verärgert.“

T.: „Zeigen Sie Ihren Ärger?“

F.: „Ne.“

T.: „Was machen Sie?“

F.: „Ich denk mir meinen Teil.“

T.: „Machen Sie das immer so?“

F.: „Meistens.“

T.: „Sprechen Sie doch mal laut aus, was Sie so denken.“

F.: „Die soll erst mal so alt werden wie ich. Die wird sich noch wundern.“

T.: „Können Sie das mal direkt zu Ilse sagen?“

F.: „Hoffentlich behandeln Dich Deine Kinder mal nicht so wie Du mich.“ (Mit zunehmendem Ärger) „Ich bin doch nicht Dein Rotzjunge!“

Die Sequenz wird „klassisch“ psychodramatisch weitergespielt. Obgleich man in beiden Ansätzen zum gleichen Resultat kommt, besteht ein wichtiger Unterschied: Das Doppel-Ich „übergeht“ die Blockierung und leistet die Arbeit für den Klienten, der dann nachzieht. Die Gestaltintervention macht die Blockierung deutlich erlebbar und zeigt das Verhaltensmuster auf. Der Therapeut spricht nicht für den Patienten, sondern der Patient muß seinen Vorwurf selbst aussprechen. Im Gestaltansatz ist nicht das Resultat, der Ausdruck des zurückgehaltenen Zorns, das Wichtigste, sondern der Weg, wie man zu diesem Resultat kommt. Außerdem ist die Gefahr der „projektiven Verfälschung“ durch das Doppel-Ich gemindert (vgl. hierzu Perls 1976).

Die Gestaltinterventionen im Psychodrama wirken aktivierend, und auf Aktivierung kommt es in der Gruppenarbeit mit alten Menschen

an (Davis 1967). Ein hervorragendes Instrument der Aktivierung ist das Spiel in verschiedenen Rollen und der Rollenwechsel. Beide Verfahren ermöglichen, daß die Rollenflexibilität der alten Leute erhalten, und - wo schon Einbußen vorhanden sind - restituiert wird. Dieser für die Integrität des Selbst so entscheidende Effekt wird nicht nur durch konfliktzentriertes Spiel, sondern in gleicher Weise durch erlebniszentriertes, ludisches Vorgehen erreicht. Heilende Wirkung liegt schon im Spiel selbst. Dies ist ein Vorteil der Verfahren „dramatischer Therapie“ gegenüber rein verbalen Formen der Gruppentherapie in der Arbeit mit alten Menschen.

Die „Anlaufzeiten“ sind für Gruppen, die mit dramatischen Methoden arbeiten, sicher unterschiedlich anzusetzen. Nach meinen Erfahrungen hat es aber nie länger als acht Sitzungen gedauert, bis wir ins Spiel kamen, und dies gilt auch für abgebaute, langfristig hospitalisierte Patienten. Autoren, die mit einem rein verbalen, abstinenteren bzw. nondirektiven Ansatz der Gruppentherapie arbeiten, berichten von Anlaufzeiten, die bei einem halben Jahr lagen (Bourestom 1961, 74). Wolf (1959, 218) unterstreicht: „the therapist took the role of a more or less passive listener, showing sympathy and understanding for their problems. He gave support to shy and withdrawn patients and kept the overtalking from talking too much.“ Wolf kann über gute Resultate berichten (1956, 1961, 1963, 1967) und hat mit der Zeit offenbar einen aktiveren Stil entwickelt; wichtig erscheint mir, daß seine Patienten an einem differenzierten Freizeit- und Beschäftigungstherapieprogramm teilnahmen, so daß eine allgemeine Aktivierung gegeben war. Die Arbeit mit Verfahren dramatischer Therapie vermag die direkte emotionale Ansprache, Stütze und Aktivierung zu geben, die schon Gilbert (1952) und Ginzberg (1953) für die Behandlung von Alterspatienten als die Haltung der Wahl angesehen haben.

Die aktive, bisweilen direktive Haltung des Therapeuten in der Psychodramatherapie mit alten Menschen hat Rückwirkungen auf die Entwicklung des Übertragungs/Gegenübertragungsgeschehens (vgl. hierzu Kaufmann 1937; Goldfarb 1955, 1964; Meerloo 1955; Radebold et al. 1973, 1979; Pfeiffer 1976). Für den in der Regel wesentlich jüngeren Therapeuten findet sich in der Anfangszeit seines Kontaktes mit Alterspatienten häufig eine Zurückhaltung und Scheu, „gegenüber diesen Leuten, die seine Eltern oder Großeltern sein könnten“. Diese Haltung, die für die erforderliche Klarheit der Interventionen abträglich ist, steht in Gefahr, „umzukippen“ in eine Elternhaltung, angeregt durch die oft so *appellative Hilflosigkeit* mancher Patienten. Es kann auf diese Weise ein überprotektives Verhalten entstehen, das passivierend wirkt. Von der Versorgungshaltung bis zur Dominierung ist nur

ein kleiner Schritt. Gerade eine direktive Technik birgt die Gefahr eines Mißbrauchs von Macht, wenn sich der Therapeut dieser Zusammenhänge nicht bewußt ist. Die teilweise langwierige Arbeit mit Altpatienten, die um so zäher wirkt, wenn man zuvor mit jüngeren Patienten gearbeitet hat, kann zu Frustrationen und damit zu Aggression führen, die z. B. in forcierendem Doppeln, zu starker Konfrontation o. ä. agiert werden.

Besonders problematisch wird die Handhabung der Gegenübertragung, wenn im Psychodrama mit alten Menschen Generationskonflikte in Szene gesetzt werden. Die Assistenten, die die Antagonisten spielen, bzw. die doppelnden Therapeuten stehen in der Gefahr, sich mit den „Kindern“ in der Handlung zu stark zu identifizieren und in ihren Interventionen eigene, ungelöste Elternproblematik zu projizieren. Es ist diese Situation nicht mit der üblicher Therapiegruppen zu vergleichen, da die evozierende Kraft alter Menschen für das Aufkommen und die Intensität von Gegenübertragungsreaktionen weitaus stärker ist als in Gruppen mit erwachsenen Patienten. Eine kontinuierliche Supervision ist, wie ich verschiedentlich betont habe (*Petzold 1977a*), gerade in der Arbeit mit alten Menschen erforderlich.

Die Übertragungssituation der Patienten zum Therapeuten ist, zumal wenn er jünger ist, in der Initialphase der Gruppenarbeit zuweilen vom Generationsgefälle geprägt. Diese Situation hält allerdings nicht lange an. Sie schlägt, von Ausnahmen - meist Männern - abgesehen, um in eine regressive Haltung, die durch den direkten körperlichen Kontakt im Spiel, die emotionale Zuwendung im *sharing* (*Leutz 1974, 102*) nicht immer leicht zu handhaben ist und eine gewisse Verführung für die Patienten und die Therapeuten darstellt. Hier ist ein aufdeckendes Vorgehen unbedingt erforderlich. Die Beziehung der Patienten zu den Therapeuten muß immer wieder thematisiert werden. Mit Deutungen gehen wir dabei sehr sparsam um und geben Interpretationen nur, wenn sie aus dem Kontext unmittelbar evident werden und für den „common sense“ der alten Leute plausibel sind. Bei dieser Art der Arbeit verbietet es sich, Spiel an Spiel zu reihen, sondern es müssen im Sinne des triadischen bzw. tetradischen Vorgehens (*Schützenberger 1977; Petzold 1978a*) analytisch aufarbeitende, gruppenspezifische, psychodramatische und übende Sequenzen aufeinander folgen.

Damit kommt auch die Beziehung der Teilnehmer untereinander immer wieder ins Spiel, was im institutionellen Rahmen besonders wichtig ist. Obwohl die alten Menschen oft auf engstem Raum leben- und vielleicht auch gerade deswegen - sind Isolation und Barrieren durchaus nicht selten. Das gemeinsame Spiel und das Sprechen über das ge-

meinsame Spielen, Handeln und Reden bieten die Möglichkeit zur Restituierung atrophischer sozialer Atome. Das kommunikative Element hat, wie schon *Silver* (1950, 148), *Zeman* (1951, 222), *Linden* (1953, 152) und *Rechtschaffen et al.* (1954, 28) in den Anfängen psychogeriatrischer Gruppenarbeit festgestellt haben, eminente therapeutische Bedeutung und Wirksamkeit. Durch die Technik des Rollentausches (*Petzold* 1977h, 147f; *Leutz* 1974, 107) und durch den damit verbundenen Aufbau der Fähigkeit, sich in den anderen einzufühlen, kann das kommunikative Klima in der Gruppe und darüber hinaus auf der Station oder im Heim nachhaltig verändert werden. Wo immer Patienten nicht in der Lage sind, den Rollentausch auszuführen, stellt sich dies als eine therapeutische Zielsetzung. Wird sie erreicht, hat der betreffende Patient einen wesentlichen Fortschritt gemacht.

Für die Handhabung der gruppendynamischen Prozesse ist darauf zu achten, daß Konfrontation und aggressive Auseinandersetzungen, wenn sie aufkommen, auf einem Level „mittlerer Intensität“ gehalten werden. Das heißt keinesfalls, daß zudeckend oder beschwichtigend interveniert werden soll oder man gar das Aufkommen von Konflikten verhindert. Das Gegenteil ist notwendig. Untergründig schwelende Konflikte müssen aufgedeckt werden. Jedoch empfiehlt sich eine versachlichende und/oder versöhnliche Interventionsstrategie, besonders wenn man die Gruppe, die physische und psychische Belastungsfähigkeit der Teilnehmer nicht oder noch nicht gut genug kennt. Auf diese Weise wird dazu beigetragen, daß zwischen den Klienten ein Klima der Offenheit und des Vertrauens aufgebaut werden kann, in dem Konflikte ausgetragen werden können, ohne daß, wie es sonst vielfach der Fall ist, mit Rückzug reagiert wird. Eine Gruppe, die ein solches Klima geschaffen hat, erreicht, daß die einzelnen Teilnehmer füreinander zu neuen Mitgliedern in der Mittel- und der Kernzone ihrer sozialen Atome werden. Eine Revitalisierung der sozialen Atome wird auf diese Weise erreicht. Es muß dabei die Gefahr massierter Kernständigkeit im Auge behalten werden, d. h. daß Konnektierung zu anderen Bereichen und Personenkreisen gefördert werden muß, womit ich auf den Grundsatz integrativen therapeutischen Vorgehens zurückkomme, daß jede Therapie über ihren unmittelbaren situativen Kontext hinaus verweisen und das gesamte Setting einbeziehen muß (*Petzold* 1977g).

Die psychodramatische Gruppentherapie mit alten Menschen gestaltet sich je nach Patientengruppe recht unterschiedlich. Im folgenden sollen drei Beispiele gegeben werden, eines für die Arbeit mit einer Gruppe auf der geriatrischen Station eines psychiatrischen Krankenhauses, ein anderes für eine Gruppe in freier Praxis, und eines aus einer Wohngemeinschaft von alten Menschen.

### *1. Beispiel: Psychodramagruppe auf einer geriatrischen Station*

Setting: Psychiatrisches Krankenhaus, Station mit 48 Betten

Gruppenzusammensetzung: 9 Männer Laufzeit: 12 Monate

Alter: Werner 68, Klaus 71, Hans 67, Jürgen 62, Hermann 67, Paul 58, Peter 72, Johann 69, Kunibert 64.

Von diesen Patienten waren 5 Langzeitpatienten mit 25 bis 37 Jahren Klinikkarriere. Zwei davon als endogen depressiv diagnostiziert, die übrigen drei als schizophran mit mäßigen Defekten. Von den anderen vier Patienten, die zwischen zwei und vier Jahren hospitalisiert waren, litten drei an zerebraler Arteriosklerose und einer an einer Lues des ZNS. Zwei der sklerotischen Patienten waren zudem Alkoholiker. Die Gruppe war aufgrund der vorhandenen Aktivität und einer möglichen Ansprechbarkeit und Aktivierbarkeit der Patienten zusammengestellt worden. Von ursprünglich dreizehn Patienten nahmen sieben den Vorschlag an, in eine Therapiegruppe zu gehen. Die Übrigen lehnten ab oder wollten „mal reinschauen“, „mal auf Probe kommen“, „kommen, wenn sie Lust hätten“. Wir\* haben uns entschlossen, die Gruppe mit den sieben Patienten zu beginnen, wurden dann kurz vor dem ersten Termin noch von einem Patienten, der von dem Projekt gehört hatte, angesprochen. Johann fragte, ob er und sein Freund Peter nicht teilnehmen könnten. Peter und Johann waren 27 und 29 Jahre hospitalisiert und zeigten auf der Station ein so zurückgezogenes Verhalten, daß wir sie gar nicht erst in Betracht gezogen hatten, was, wie sich herausstellen sollte, eine Fehleinschätzung war.

Die erste Sitzung begann mit einer schleppenden Diskussion über den Sinn der Gruppe. Das Thema wechselte über zum „Rauchverbot“. Paul sagt, daß er nicht kommen würde, wenn er nicht rauchen dürfe. Das sei seine erste und letzte Sitzung. Die Äußerung wurde nicht weiter aufgegriffen. Im wesentlichen sprachen Werner, Paul, Klaus und Kunibert. Hans, Jürgen und Peter sprachen nicht. Nach sechzig Minuten beendeten wir die Sitzung - wir hatten die Zeit zwischen sechzig und neunzig Minuten angesetzt, weil wir die Belastungsfähigkeit der Teilnehmer noch nicht einschätzen konnten. Die nächsten beiden Sitzungen verliefen verbal und waren auf Querelen auf der Station gerichtet. Die Gruppe wird mit der Situation vertrauter. In der vierten Sitzung bringt Paul wieder das Rauchthema zur Sprache.

#### *1. Initialphase:*

*Paul: Das gibt es ja gar nicht, daß man hier nicht rauchen darf.*

*T.: Ich sagte schon beim letzten Mal, das gehört zu meinen Bedingungen-*

---

\* Das „Wir“ bezieht sich im folgenden auf die Zusammenarbeit mit der Kotherapeutin

gen, daß hier nicht geraucht wird. War auch vorher bekannt.  
Paul: Jaja. Die Bedingungen von unsereinem will niemand hören. Also ich rauch hier, sonst ist das meine letzte Sitzung.

Kunibert: Lasset Jung, dat bringt doch nix.

Paul: Alles bringt hier nichts.

Johann: Ja.

T.: Was meinst Du genau Johann?

Paul: Was soll der schon meinen?

Werner: Das Essen war heute wieder zum Kotzen. Ich habe wieder Magenschmerzen. (Zur Therapeutin gewandt) Wissen Sie, meine Magenschmerzen werden immer schlechter ... das Essen, wissen Sie, zu wenig Obst, viel zu wenig Obst.

T.: Sie können sich doch Obst kaufen.

Werner: Ich noch kaufen, von meinen paar Groschen.

Kunibert: Et jibt doch jenuch Äppel, Jung. Un wenn nich, dann kläuste Dich paar. Mach ich sojar för Disch, für en Zerett versteht sich.

T.: Meinen Sie nicht, Sie könnten nicht auch bei der Küche um ein paar Äpfel fragen? Viele nehmen doch gar keine.

Klaus: Da sollten Sie mal die Meiersche an der Ausgabe hören.

T.: Na was sagt die denn?

Klaus: Wo käme mir denn hin, wenn jeder hier ne Extrawurscht kricht. Nä, da is nischt drin Junge.

Kunibert: Kläue is besser! De al Schrapnell, dat hätt kene Zweck!

Tn.: Klaus, Sie haben die Meier ganz prima nachgemacht. Wenn Sie dazu Lust haben, können Sie mal versuchen, die Meier noch ein bißchen mehr zu spielen und Sie, Werner, können ja mal um die Äpfel fragen.

Werner: Mit der red ich nicht. Nie.

Paul: Ich mach das mal, aber der blas ich den Marsch.

Kunibert: Lasset Jung, dat bringt doch nix.

Tn.: Na mal so tun als ob, kann man doch mal.

## II. Aktionsphase:

Es kommt ein lebendiges Spiel in Gang, in dem Paul Frau Meier ganz lustig „anpflaumt“, ohne heftig oder ausfällig zu werden. Klaus spielt die Rolle erstaunlich gut und gibt Kontra. Die Therapeutin geht als Doppel mit ins Spiel:

„Ich helfe Ihnen ein bißchen, Klaus, und wer dem Paul ein paar Argumente liefern will, kann das auch tun.“

Johann (aggressiv): „Mischen Sie sich doch da nicht ein.“ Verläßt wütend den Raum.

Kunibert: „Da müßt ihr nix drum jebe, Froller, dat hät der su an sich.“

Die Therapeutin tritt nach dem ersten Zwischenruf dieser Art aus dem Spiel, und Klaus weiß sich ganz gut zu wehren. Nach einiger Zeit beendet ich das Spiel.

### *III. Integrationsphase:*

*T.: Das war ein sehr gutes Spiel, finde ich. Was meinst Du, Jürgen?*

*Jürgen: Weiß nicht.*

*Werner: Das war lustig. Also der Klaus, nein der Klaus, und die Meier, wie die gekeift hat, nein die Meier. Aber das Essen wird sicher nicht besser. Ich weiß gar nicht, wie ich meinen Magen je...*

*T.: (unterbricht): Na wollen Sie nicht nächstes Mal nach nem Apfel mehr fragen?*

*Werner: Die nicht!*

*T.: Hans, was meinst Du zu dem Spiel?*

*Hans: antwortet nicht und schaut weg.*

*Kunibert: Dat kömer öfter mache!*

*Tn.: Und Sie, werden Sie die Meier fragen?*

*Kunibert: För ne Appel? Nä, förn Kottlett schon, äver dat bringt nix, nä ...*

*Paul: Also ich fand das gut. Ich tät dem K. (Pfleger) gerne mal so meine Meinung sagen. Der nervt mich schon lange. Die Meier ist mir egal. Wenn ich was brauche kauf ichs mir.*

*Werner: Du hast es ja. Aber ich mit meinen paar Groschen. (Zum Therapeuten:) Wissen Sie, es ist schon elend. Mit vierzig Mark im Monat. Mir schickt ja auch niemand was.*

*T.: Geht Ihnen das hier allein so? Schauen Sie mal, wie die anderen das machen.*

*Tn.: Hermann, was meinen Sie zu dem Spiel?*

*Hermann: Was soll ich dazu meinen? Ich weiß nicht, war wohl gut, nicht?*

*Tn.: Und Du Peter?*

*Peter: antwortet nicht.*

### *IV. Neuorientierungsphase*

*Tn.: Werner, an der Ausgabe ist doch auch oft Frl. L.. Können Sie die nicht nach Obst fragen?*

*Werner: Die? Nie!*

*Tn.: Was haben Sie denn gegen die? Die ist doch noch ziemlich neu und doch recht freundlich.*

*Jürgen: Der spricht doch nicht mit Frauen.*

*Tn.: Wieso? Werner hat doch mit mir gesprochen? Nicht wahr, Werner?*

Werner: Alles Quatsch, alles Quatsch. Natürlich, nein, sicher. Sicher kann ich die fragen.

T.: Versuchen Sie's doch mal. Paul hat das ja ganz fesch gemacht. (Zur Therapeutin) Frau B., spielen Sie doch mal die L.! Und Paul, machen Sie's dem Werner noch mal vor!

Werner: Na hören Sie, das kann ich alleine: Frau B., ich hätte noch gerne etwas Obst.

T.: Stellen Sie sich vor, Frau B. ist FrL. L. und sagen Sie nochmal, so als ob Sie unten an der Ausgabe wären.

Werner: Wieso, das ist doch Frau B.?

Hermann: Sei nicht so blöd, die tut doch nur so, als ob sie die L. ist!

Werner: Weiß ich doch selbst. FrL. L. geben Sie mir doch bitte noch nen Apfel, für meinen Magen. Dem gehts nicht so gut, wissen Sie, das Essen hier ...

Hermann: So gibt die Dir nie was, wenn de Dich über den Fraß beschwerst. Die kocht das Zeug doch mit. Meinste die gibt Dir dann noch was? Das mußte nicht glauben. Das mußte so machen: FrL. L. ich möcht Sie gerne noch um nen Apfel fragen. Es sind doch gestern so viel liegengeblieben. Wär' sehr freundlich, wenn Sie mal schauen könnten, obs noch welche gibt.

T.: Hermann, Sie können die ja ganz schön um den Finger wickeln.

Werner, versuchen Sie's nochmal!

Werner: Ach FrL. L., hätten Sie vielleicht noch nen Apfel übrig für mich, von denen von gestern, meine ich. Die bekommen mir nämlich so gut.

Tn.: Ja, gerne. Ich schau mal nach.

T.: Werner, das war rund, das hat mir gefallen.

Die Sitzung wurde so ausführlich im Transkript mitgeteilt, um die spezifische Interventionsform darzustellen, die durchaus direktiv ist, und mit direktem und vikariellem „social reinforcement“ und „imitation learning“ (Bandura 1969, 1976) arbeitet. Der Aufbau der Sitzung ist „tetradisches“ (Petzold 1978a). Die Initialphase diente der Themenfindung und verläuft verbal, ohne daß Warm-Up-Techniken eingesetzt werden. Über den Kunstgriff der Dramatisierung einer Aussage gelingt es, in ein Spiel zu kommen. Dieser „indirekte“ Weg kann oft eingeschlagen werden, wenn man Themen aus dem Stationsalltag oder aus dem Krankenhaus im Gruppengespräch aufgreift. Dabei ist es gut, Maniertheiten zunächst stehenzulassen oder einzubauen (z. B. Kunibert, dessen „Lasset Jung“ nach dem zwanzigsten mal kaum noch zu ertragen ist, oder Werners „Magen“, den man erst übergehen kann, wenn „er“ genügend Aufmerksamkeit bekommen hat). Weiterhin

wird das Potential der aktiven Gruppenteilnehmer (Paul, Klaus, Werner) ausgenutzt, um Bewegung in die Gruppe zu bekommen. Hermann bringt sich ja auch am Schluß spontan ein. Frau Meier ist offensichtlich eine Person, die so negativ besetzt ist, daß sich die Teilnehmer offenbar gerne im Spiel aggressiv entlasten. Ein schwerwiegendes Handicap ist, daß keine weiblichen Teilnehmer in der Gruppe sind (Männerkrankenhaus) und wir keine weiblichen Assistenten haben. Die Therapeutin spielt deshalb in der Anfangsphase die Frauenrollen, bis die Teilnehmer sich daran gewöhnen, daß im Psychodrama Frauenrollen auch von Männern gespielt werden können. Sie gerät in der *Aktions-* bzw. *Spielphase* dann auch unmittelbar ins „Feuer“ der Übertragungen. Reaktionen, wie die von Johann, geschehen öfters und sind besonders für diese Patientengruppe (abgebaute Alkoholiker, Cerebralsklerotiker, Defekte) charakteristisch. Sie können z. T. massiv aggressiven Charakter annehmen. Hier sind das Ignorieren oder die klare Abgrenzung die besten Reaktionen. Dies ist besonders für die Therapeutin in diesem Setting notwendig, wenn sie nicht zu einem Anhängsel des Therapeuten werden will, der sie vor den Zudringlichkeiten mancher Gruppenteilnehmer schützt.

In der *Integrationsphase* wird versucht, jedes Gruppenmitglied einzubeziehen. Dies geschieht durch direktes Ansprechen. Wird nicht geantwortet, so lassen wir *dies* als eine Antwort stehen und fassen nicht weiter nach. Auf Dauer macht sich diese Methodik bemerkbar. Nach und nach kommen in dieser Gruppe alle ins Geschehen, selbst so zurückgezogene Patienten wie Hans, Jürgen, Johann und Peter. In der *Neuorientierungsphase* versuchen wir, eine Lernerfahrung aus dem Spiel herauszuarbeiten und zu festigen, damit der *Transfer* in Alltagssituationen gefördert wird. Auch hierfür wird Rollenspiel im Sinne *Morenos* (1960a, 84) eingesetzt: „Role playing may be considered as an experimental procedure, a method, of learning to perform roles more adequately“. Werner, der das Thema der Aktionsphase eingebracht hat, soll versuchen, ein anderes Verhalten als sein übliches Muster zu spielen. Dabei treffen wir auf ein Problem, das sich in seinem stereotypen „Mit der, nie!“ schon angedeutet hat, und von Hermann benannt wird. Werners Schwierigkeiten mit „dem anderen Geschlecht“ wird später noch mehrere Sitzungen in Anspruch nehmen. In der vorliegenden Situation nutzt die Therapeutin die offensichtlich positive Übertragung, die Werner zu ihr hat und die sich später als Mutterübertragung herausarbeiten läßt, und „zieht“ ihn ins Spiel. Werner ist offensichtlich überrumpelt und verwirrt. Seine Differenzierungs- und Transferfähigkeiten sind ohnehin eingegrenzt, wie schon das „Ineinanderlaufen“ von Karl und Frau Meier in Werners *Sharing* zeigte. Werners Be-

griffsstützigkeit reizt Hermann, der sonst recht zurückgezogen ist und sich nicht beteiligt, zu seinem spontanen Einwurf. Dieser gibt eine ausgezeichnete Möglichkeit, Imitationslernen zu praktizieren. Werner soll das Gesehene, das überdies von den Therapeuten positiv bewertet wurde, nachspielen. Sein Spiel gelingt und wird wiederum verbal verstärkt (vgl. *Steller et al.* 1978).

Diese Form von „*Behaviourdrama*“ als verhaltensmodifizierende Phase des „tetradischen Psychodramas“ (*Petzold* 1977f) hat besonders in der Arbeit mit alten Menschen Bedeutung, wenn es darum geht, neue Verhaltensweisen einzuüben und zu festigen. Dabei können sowohl operantes Lernen (*Hoyer* 1973), vikarielles Lernen (*Bandura* 1976) als auch Methoden der Selbstregulation (*Kanfer, Phillips* 1975) Verwendung finden. Verhaltensmodifizierendes Rollenspiel (*Behaviourdrama*) sowie Interaktionsspiele und -training haben in der Interventionsgerontologie bei weitem noch nicht die Verbreitung gefunden, die sie aufgrund ihrer potentiellen Möglichkeiten verdienten (vgl. *Ritter-Vosen* 1979, dieses Buch). Sie bergen allerdings auch eine große Gefahr, wenn sie nicht, wie z. B. in unserem Vorgehen, in einen intersubjektiven Kontext eingebunden sind. Denn gerade der alte Mensch ist einer psychotechnischen und sozialtechnischen Abfertigung noch in weitaus größerem Masse hilflos ausgeliefert, als andere Klienten. Die verhaltensmodifizierenden Praktiken der Neuorientierungsphase beziehen sich immer auf Erfahrungen und Einsichten, die in den vorangegangenen Phasen des tetradischen Prozesses erlebt wurden. Sie werden als Angebote formuliert und können vom Patienten angenommen oder abgelehnt werden, so daß sein persönlicher Freiraum gewahrt bleibt. Auch der Einsatz von „*social reinforcement*“ - („*instrumental reinforcement*“ in Form von *token* oder Zigaretten und Nahrungsmitteln, *Kanfer, Phillips* 1975, 293, ist für unseren Ansatz abzulehnen, weil damit unlösbare Übertragungsschwierigkeiten in der Gruppe aufkommen) -, soziale Verstärkung also, soll in Form von verbalem Lob erfolgen und zwar so, daß andere Gruppenmitglieder nicht gekränkt oder zurückgesetzt werden oder ein Patient zu einer Starposition „hochgelobt“ wird. Der Therapeut muß dabei von den Handlungsmöglichkeiten eines jeden Patienten ausgehen und sehen, wo er steht, um schwache Gruppenmitglieder nicht zu benachteiligen oder zu entmutigen. Von Kritik oder Tadel als Verstärker ist nach Möglichkeit abzusehen.

Ganz wird man gerade bei sehr abgebauten Alterspatienten auf diese Interventionen nicht verzichten können, wobei die Möglichkeit der Nichtbeachtung störenden Verhaltens bis zu einem gewissen Grade noch eine Zwischenlösung sein kann. In unserem Beispiel wurden Wer-

ners „Klagelieder“ verschiedentlich nicht beachtet. Es hat aber auch Sitzungen gegeben, in denen Interventionen wie: „Jetzt reicht's aber mit dem Magen für heute“ gegeben wurden. Sie lösten nie mehr als eine momentane Indignation aus. Wenn Paul einen aggressiven Tag hatte, habe ich ihn in der Gruppe schon anschreien müssen oder darauf bestanden, daß er den Gruppenraum verläßt und an der laufenden Sitzung nicht weiter teilnimmt. Derartige Interventionen störten nach unseren Erfahrungen das Vertrauensverhältnis der Gruppe zu den Therapeuten nicht, werden doch alle von den Störungen belästigt. Die betroffenen Patienten waren in der Regel auch nicht nachtragend, sondern sahen die Notwendigkeit der Intervention ein. Überhänge konnten durch Gespräche ausgeräumt werden.

Der weitere Verlauf der Gruppe brachte eine erhebliche Aktivierung der Patienten, die immer öfter mit Spielvorschlägen kamen. Dabei standen Themen aus dem Stations- und Klinikalltag im Vordergrund z. B. Auseinandersetzungen mit dem Pflegepersonal, Beschwerden über die Küche, über Ärzte, über Mitpatienten. Derartige Thematiken entsprachen offensichtlich dem Entlastungsbedürfnis der Patienten, brachten aber die Therapeuten oft in die schwierige Lage, den Part der Institution zu übernehmen, wenn Forderungen und Klagen unangemessen und unerfüllbar waren oder die beanstandeten Zustände unabänderlich. Die Grenzen der Institution waren oft genug für uns eine erhebliche persönliche und methodisch-praktische Belastung. Wir haben derartige Parteinahme entweder offen angesprochen oder auch „indirekt“ gelöst, indem wir einen Rollentausch anordneten: „Jetzt spielen Sie doch mal den B. (Pfleger). Ihre Darstellung haben wir ja gesehen. Aber was würde der B. denn dazu sagen? Man muß ja beide Seiten hören.“ Wir ließen auch den Pfleger von einem anderen, im Konflikt nicht involvierten Patienten spielen. Auf diese Weise konnten Extremreaktionen vermieden werden. Zu einem späteren Zeitpunkt (nach 6 Monaten) nahmen dann zwei Pfleger an der Gruppe teil, was deren Effektivität entgegen unseren anfänglichen Bedenken nicht beeinträchtigte sondern eher steigerte. Andere Angehörige des Pflegepersonals weigerten sich, an der Gruppe teilzunehmen oder beschwerten sich, daß die Patienten durch die Gruppe aufsässig würden. Oft mußten wir aufgrund der Gruppenarbeit mit Pflegepersonal und Kollegen sprechen, so daß die Gruppenarbeit nicht nur Wirkungen auf die Patienten hatte, sondern auch Rückwirkungen auf die Therapeuten und die Institution. Letzteres allerdings in geringem Maße. Wo es möglich ist, derartige Stationen in Form therapeutischer Gemeinschaften (Ploeger 1972) zu organisieren, wird die therapeutische Gruppenarbeit, ganz gleich welcher Ausrichtung, effektiver werden (Petzold 1980).

Nach achtmonatiger Laufzeit verstarb plötzlich Klaus, der Luespatient, an der Ruptur eines Aneurysmas. Das Ereignis wurde zunächst in der Gruppe gänzlich übergangen.\* Wir hatten es zu Beginn der Gruppe, obwohl es jeder wußte, kurz mitgeteilt, ohne daß eine Reaktion kam. Wir selbst waren uns unsicher, wie die Gruppe reagieren würde, und hofften, daß das von uns angebotene Thema aufgenommen würde. Im Verlauf der Sitzung wurde Johann sehr aggressiv, und die gesamte Gruppe reagierte im Unterschied zu sonst sehr gereizt. In der folgenden Sitzung ist die Gruppe in depressiver Stimmung, kein Gespräch oder Spiel kommt in Gang. Auch wir brechen das einstündige Schweigen nicht. Dieses Verhalten steht im Gegensatz zu unserer sonstigen Interventionsstrategie in dieser Gruppe und in Gruppen mit alten aber auch mit psychotischen Patienten, in denen lange Schweigephasen durch aktivierende Interventionen und Übungen aufgelöst werden. Die Spannung der Gruppe nimmt zu. Gegen Schluß der Sitzung bricht Peter das Schweigen: „Der Klaus ist jetzt wohl in der Ewigkeit.“ Es ist das erste Mal, daß Peter in der Gruppe spricht. Werner fängt an zu weinen. Kunibert: „Mach Disch nix draus Jung, dat jeht uns alle so, früher oder später, wen et trifft. De Klaus, dat ware ne nette Keel.“ Die Gruppe ist sehr gedrückt. Ich stelle einen leeren Stuhl in die Mitte und sage: „Wer sich vom Klaus noch verabschieden will oder ihm noch was zu sagen hat, der kann das jetzt tun“. Paul beginnt, und danach geht die Verabschiedung reihum. Jeder hat Klaus noch etwas zu sagen. Auch die Patienten, die sonst nicht oder kaum sprechen wie Peter, Jürgen und Hans, verabschieden sich. Viele verdrücken ein paar Tränen. Dieser Abschied in der Gruppe unterscheidet sich grundsätzlich von der Art, wie sonst der Tod eines Patienten auf der Station aufgenommen wird, nämlich mit Gleichgültigkeit oder Verleugnung. Die Gruppe hat offensichtlich eine Kohäsion und Zusammengehörigkeit zwischen den Teilnehmern geschaffen und ihre Emotionalität und Beziehungsfähigkeit restituiert.

Über eine Sequenz von Sitzungen waren nun die Themen Tod, Sterbenmüssen, Hölle, Himmel, Jesus, Gott im Vordergrund. Es wurde wenig gespielt. Die religiöse Thematik, insbesondere das Höllenthema, hatte auf Johann offenbar eine so beunruhigende Wirkung, daß er von den Sitzungen fortblieb. Er wurde vorübergehend wieder psychotisch. In dieser Zeit kümmerten sich Peter und Kunibert intensiv um ihn.

---

\* Das Thema „Tod eines Gruppenmitgliedes“ fehlt bezeichnender Weise in den großen Manualen der Gruppen- und Familientherapie wie z. B. *Battegay* (1976) *Yalom* (1974); *Sager, Kaplan, Heigl-Evers* (1973); *Skynner* (1978), *Boszormenyi-Nagi, Framo* (1975). Vgl. zum Thema: *Wylie et al.* 1964.

Nach sechs Wochen kam Johann wieder zur Gruppe. Paul wird eine Sitzung später nach Hause entlassen. Es werden zwei neue Patienten in die Gruppe aufgenommen. Der neue Stationsarzt tritt an die Stelle der Kotherapeutin, die ausscheidet. Die Umgruppierung wirft die Gruppe zurück. Besonders das Ausscheiden der Therapeutin, „der einzigen Frau auf Station“ löst heftige Trauerreaktionen aus.

Ich gebe die Gruppe nach zwölfmonatiger Laufzeit ganz an den Kollegen ab. Einer der Pfleger wird Kotherapeut. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß jeder der teilnehmenden Patienten deutliche Verhaltensänderungen im Sinne einer Besserung seines Zustandes zeigte. Zwei Patienten, die seit Jahren mutistisch waren, haben dauerhaft wieder verbale Kommunikationen aufgenommen. Insgesamt sind die sozialen Fähigkeiten der Patienten aufgebaut worden, was sich in ihrem Verhalten auf der Station, der Zunahme an Interessen, Teilnahme in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie und in der Körperpflege und Kleidung zeigte. Ein Patient konnte nach Hause, ein anderer in ein Altenheim entlassen werden. Bei einem weiteren Patienten stand bei meinem Ausscheiden aus der Gruppe die Entlassung in ein Altenheim durchaus im Bereich des Möglichen. Bei allen Patienten, die noch Familienbezüge hatten, wirkte sich die Gruppenarbeit positiv auf die Kommunikation mit den Verwandten aus.

## 2. Beispiel: Psychodramagruppe in freier Praxis

Gruppenzusammensetzung: 5 Frauen, 4 Männer

Alter: Johanna 81, Hedi 75, Kläre 73, Maria 70, Gertrud 68, Peter 78, Johannes 73, Karl 71, Joseph 71

Laufzeit: 12 Monate

Die Teilnehmer sind bis auf drei Ausnahmen (Gertrud, Kläre, Joseph), die von ihrem Arzt überwiesen wurden, auf Grund ihrer Teilnahme an geragogischen Programmen der Volkshochschulen Meerbusch und Büttgen und einer von mir durchgeführten Reihe zu Verfahren moderner Gruppentherapie an der Volkshochschule Neuss in die Gruppe gekommen. Es handelt sich um geistig aktive alte Menschen der bürgerlichen Mittelschicht. Die Hauptmotivation für die Teilnahme war, „mit den Problemen des Alters besser fertig zu werden“. Bei der Mehrzahl der Klienten findet sich eine ausgeprägte Symptomatik.

Johanna 81 J., Arztfrau seit 12 Jahren verwitwet. Sie hat zwei Töchter (57 u. 61), vier Enkel, ein Urenkel. Sie lebt seit vier Jahren in einem Altenwohnheim in Neuss. Allgemeiner Gesundheitszustand ist gut. Ihre Schwerhörigkeit wird durch ein Gerät gut kompensiert. Leidet unter Einsamkeitsgefühlen und diffusen Angstzuständen. Geistig sehr rege, besucht regelmäßig VHS-Kurse, macht Studienfahrten und Exkursionen. Das soziale Atom ist mit einem Konsistenzwert von 25.8 (Qn 23, Kn vielseitig, D optimal, Kh befriedigend) in einem guten Zustand.

*Hedi* 75 J., mit Peter verheiratet. Zwei Söhne 47 u. 49 und eine Tochter 37, 3 Enkel. Sie war, nachdem die Kinder „aus dem Hause waren“, wieder in ihrem alten Beruf als Sachbearbeiterin beim Amtsgericht bis zum Alter von 63 Jahren tätig gewesen. Gesundheitszustand ausreichend (Altersdiabetes, z. T. offene Beine, gehbehindert)\*, ansonsten rege und ausgeschlossen. Sie kommt hauptsächlich wegen ihres Mannes, der an schweren Depressionen leidet (KSA 22.8, Qn 19, Kn einseitig, D massiert kernständig, Kh gut, vgl. *Diagramm VIII*, S. 228).

*Kläre* 73 J., seit zwei Monaten verwitwet, keine Kinder. Lebt in eigener Wohnung. Gesundheitszustand gut. Bis zum Tode ihres Mannes aktiv und geistig rege. Leidet an schweren Depressionen und hat Angst vor dem Sterben. Bis zur Pensionierung ausgeübter Beruf war Studienrätin für die Fächer Deutsch und Geschichte. Großer Freundeskreis, von dem sie sich fast völlig zurückgezogen hat. KSA 28.4 (aufgenommen für die Zeit vor dem Tod ihres Mannes) de facto 14.0 Qn 27 (z. Zt. des Interviews ausgeübt 5) D optimal (z. Zt. fehlende Kernständigkeit) Kh gut (kommt nur nicht zum Tragen, weil sie die Kontakte ihrer Freunde zurückweist) Kn grundsätzlich vielseitig, z. Zt. isoliert. Das SA ist dekompensiert und muß dringend restabliert werden. Kläre wurde wegen der Depressionen und Suizidalität überwiesen. Sie ist zusätzlich in Einzelstunden.

*Maria* 70 J., mit Karl verheiratet. Einen Sohn 42, eine Tochter 44, zwei Enkel. Hausfrau, abgebrochenes Jurastudium. Gesundheitszustand befriedigend (Osteoporose, degenerative Veränderungen HWS). Leidet an „chronischen Kopfschmerzen“ und Schmerzen in den Knochen; sonst geistig rege und interessiert und in der kirchlichen Altenarbeit seit Jahren aktiv. Sie will in der Gruppe auch etwas für diese Arbeit lernen. Sie nimmt zusätzlich an einer Atem- und Entspannungstherapie teil, in der die verspannte Dorsalmuskulatur behandelt wird. Akute Schmerzzustände konnte ich in zwischengeschalteten Hypnosesitzungen erfolgreich lindern. KSA 37.5 Qn 67 (davon 39 randständig) Kn vielseitig, D optimal, Kh gut. Maria hat neben Joseph das intakteste und vitalste SA der Gruppe.

*Gertrud* 68 J., verheiratet mit einem Immobilienmakler 71, eine Tochter 44, drei Enkel. Bis vor zwei Jahren als Geschäftsfrau im Betrieb ihres Mannes aktiv, der immer noch täglich ins Geschäft geht. Gesundheitszustand befriedigend (Hochdruck, allgem. Arteriosklerose). Gertrud leidet an Schwindelsensationen, Gedächtnisverlust und Depressionen. Sie ist in internistischer und psychiatrischer Behandlung. Sie leidet stark unter dem Nachlassen ihrer geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit („es ist furchtbar, so seinen Verfall mitzerleben“). Sie hat mit ihrem vitalen und unternehmungslustigen Mann große Schwierigkeiten, der ihr „Herumkränkeln“ nicht verstehen bzw. nicht annehmen kann. KSA 22.6, Qn 17, D massiert kernständig, Kh gut, Kn einseitig.

*Peter* 78 J., mit Hedi verheiratet. Verwaltungsjurist in der Finanzbehörde. Gesundheitszustand befriedigend (chron. rheumatische Erkrankung); leidet an schweren Depressionen (zwei kürzere Psychiatrieaufenthalte in den letzten fünf Jahren). An „guten Tagen“ ist er interessiert und ausgeschlossen. Er besucht gerne Konzerte und länderkundliche Vorträge. Er wurde von seiner Frau dazu bewegt, an der Gruppe teilzunehmen. KSA 23.6, Qn 21, D massiert kernständig, Kh gut, Kn einseitig.

---

\* Im Hinblick auf die körperlichen Erkrankungen beschränken wir uns auf die „prevailing disease“, ohne die Begleiterkrankungen bei vorliegender Multimorbidität (*Schubert, Störmer* 1973) aufzuführen.

*Johannes 73 J.*, verheiratet 52 (zweite Ehe), sechs Kinder (zwei aus zweiter Ehe, Tochter 18, Sohn 19), Wirtschaftsprüfer, seit drei Jahren nicht mehr berufstätig. Gesundheitszustand gut. Johannes hat erhebliche Schwierigkeiten mit seinen Kindern, die „ganz aus der Art schlagen“ und das Gymnasium nicht schaffen. Die Ehe ist gut. Die Frau ist als Abteilungsleiterin in einer Exportfirma tätig. Sie sind vielseitig interessiert und unternehmen große Reisen. Er hat „Angst vor dem Nachlassen der Kräfte“, denn er möchte seiner Frau auf keinen Fall zur Last fallen. („Es ist schon schlimm genug, daß sie wahrscheinlich viele Jahre allein leben muß“). KSA 28.6, Qn 31, D optimal, Kh befriedigend, Kn vielseitig.

*Karl 71 J.*, mit Maria verheiratet. Amtsgerichtsrat. Gesundheitszustand ausgezeichnet (aktiver Sportler, goldenes Sportabzeichen, Vegetarier). Ausgeprägte Zwangssymptomatik, die sich in den letzten beiden Jahren so verschlimmert hat, daß ein erheblicher Leidensdruck entstanden ist (Kontrollzwang, Zwangsgedanken, im Haus könnte während der Abwesenheit Feuer ausbrechen). Geistig sehr rege. Ist an mindestens drei Abenden in der Volkshochschule. KSA 27.8, Qn 31, D optimal, Kh befriedigend, Kn vielseitig.

*Joseph 71 J.*, seit zwei Jahren verwitwet; drei Söhne 33, 35, 39, vier Enkel. Gesundheitszustand befriedigend (Bürgersche Krankheit, chron. Bronchitis, starker Zigarrenraucher, seit einem Jahr unkontrolliertes Trinken). Landwirt mit Hochschulstudium und großem Gut. Sehr selbstbewußt und bestimmend, weitgereist, kulturell und politisch sehr aktiv (Gemeinderat). Er hat Schwierigkeiten mit seinen Söhnen. Zur Gruppe kommt er, weil er von seinem Internisten „einen Schuß vor den Bug bekommen hat“ wegen des Rauchens und Trinkens. „Ich seh’ das ein, ich muß von beidem runter, sonst ist das Bein weg und ich ein Trinker auf die alten Tage, nein! Ich habe mich seit dem Tod meiner Frau gehen lassen, aber damit muß jetzt Schluß sein, und wenn ich es alleine nicht schaffe, dann mit Ihrer Hilfe hier.“ KSA 27.8, Qn 57 (davon 39 randständig) D fehlende Kernständigkeit, hohe Mittelständigkeit. Kh befriedigend, Kn. vielseitig.

Die Gruppe lief zähflüssig an. Die gruppensituation war zunächst davon bestimmt, daß sich die VHS-Teilnehmer schon kennen und die anderen sich fremd fühlen. Die Ehepaare Hedi/Peter und Maria/Karl kennen sich fast zwanzig Jahre. Gertrud und Kläre sind sehr zurückgezogen und beteiligen sich kaum am Gruppengeschehen, kommen aber regelmäßig.

Die Gruppe findet Dienstags am späten Nachmittag statt und dauert anderthalb bis zwei Stunden.

In der Anfangsphase wird wenig gespielt. Die Gruppensitzungen verlaufen verbal. Jeder teilt die wesentlichsten Ereignisse aus seiner Lebensgeschichte und seiner gegenwärtigen Lebenssituation mit. In der vierten Sitzung kommt es zum ersten Spiel. Maria, die neben Joseph der positive soziometrische Star der Gruppe ist, spielt eine Situation aus ihrer karitativen Arbeit. Sie hat mit einem jüngeren Kaplan Schwierigkeiten, der ihr immer in die Arbeit reinreden will, die sie schon seit fünfzehn Jahren tut. Dieses Thema ist einerseits unverfänglich genug, zum anderen bietet es für einen Teil der Gruppe eine gute Identifikationsmöglichkeit. Das Unverständnis der jungen Leute wur-

de schon verschiedentlich themasiert. Der Spielvorschlag kam von Maria selbst, so daß kein Warm-Up zur Überwindung eines Spielwiderstandes erforderlich war. In den ersten beiden Sitzungen war das Vorgehen im Psychodrama vom Leiter beschrieben worden mit dem Hinweis, daß jeder, der eine spielbare Szene habe, die er in und mit der Gruppe darstellen wolle, diese einbringen könnte. Die Möglichkeit zum Spiel stand also als Angebot im Raum.

Der Aufbau der Szene - ein Zimmer im Pfarrhaus - wird vom Therapeuten besonders sorgfältig angeleitet. Das erste Spiel hat einen wichtigen Modellcharakter für nachfolgende Psychodramen. Die Visualisierungstechnik wird als Einstieg benutzt: „Vielleicht können Sie einmal die Augen schließen und sich den Raum so deutlich wie möglich vorstellen!“ Maria: „Ja, das ist ein hoher düsterer Raum mit einem Teppich.“ T.: „Welche Farbe hat der Teppich?“ Maria: „So dunkelrot mit braunen und blauen Einwebungen.“ T.: „Wie ist das Zimmer eingerichtet?“ Maria: „Ziemlich altfränkisch. Ein großer Tisch steht in der Mitte ...“ Es folgt eine detaillierte Beschreibung des Zimmers. Dann wird die Aufforderung gegeben, das Zimmer mit den Stühlen und Stelltschchen, die im Therapieraum sind, aufzubauen. Die Gruppe wird am Aufbau mitbeteiligt, dies im Unterschied zum Psychodrama mit jüngeren Menschen, wo der Protagonist die Szene als Warm-Up in der Regel alleine aufbaut. Bei alten Menschen empfiehlt es sich, daß die Gruppe stärker miteinbezogen wird. Das mobilisiert die Teilnehmer. Außerdem können schwerere Möbelstücke nur auf diese Weise zum Aufbau von Szenen verwandt werden.

Bei der Rollenwahl bittet Maria ihren Mann, den Kaplan zu spielen -, „Der kennt ihn ja!“ Hedi und Gertrud sollen zwei andere anwesende Helferinnen aus der Frauenarbeit, Kläre eine Schwester („das Nönnen“) darstellen. Gertrud lehnt die Rollenwahl ab, dafür springt Johanna ein. Johannes und Joseph spielen zwei Jugendgruppenleiter. Joseph soll den besonders netten und dynamischen übernehmen. Es ist also ein Gutteil der ehrenamtlichen Mitarbeiter der Pfarre anwesend. Das Spiel kommt in Gang, und die Rollen werden ohne große Schwierigkeiten übernommen und flüssig gespielt. Offenbar sind die Rollen dieser Szene den meisten der Anwesenden vertraut, und das Geschehen selbst ist gut einfühlbar und nachvollziehbar. Dieses ist eine Voraussetzung für eine leichtläufige Rollenperformanz. Joseph muß etwas gebremst werden, denn er reißt die Handlung an sich und will die Auseinandersetzung für Maria machen. Die Intervention: „Sie nehmen Maria ja alle Arbeit ab!“ genügt.

Nach anfänglichem Zögern greift Maria den Kaplan heftig an: „Hören Sie, ich mache diese Arbeit seit fufzehn Jahren. Ich weiß, was die

alten Leute hier wollen. Und sie kommen ja auch gerne. Sie sollten mal nach der Josefspfarre gehen, wie es da aussieht. Die machen das so, wie Sie das wollen. Ich sag Ihnen, das hat gar keinen Zweck, von den Leuten zu viel zu verlangen. Denen muß man was bieten, sonst bleiben die weg.“ Auf diesen mit Nachdruck vorgetragenen Angriff kann der Kaplan (Karl) nichts entgegnen. Ich führe jetzt die Doppel-Ich-Technik ein und trete hinter Karl. „Ich helfe Ihnen jetzt mal ein bißchen aus. Ich tue so, als sei ich Ihre innere Stimme. Wir nennen das im Psycho-drama Doppel. Versuchen Sie sich sobald wie möglich wieder ins Spiel einzuschalten. TD: „Frau F., Sie brauchen dabei doch nicht so heftig zu werden. Wir können doch sachlich darüber sprechen.“ Maria: „Was heißt hier sachlich. Es geht doch um meine Arbeit.“ TD: „Die Sie aber hier in unserer Pfarre machen.“ Karl übernimmt wieder: „Und da bin letztendlich ich für verantwortlich, und deshalb habe ich auch ein Wort mitzureden, wie das hier abläuft.“ Maria: „Mitreden ja, aber nicht über unseren Kopf weg anzuordnen, wie das Absetzen der Filmvorführung letzten Dienstag.“ Karl: (heftig) „Also das muß ich mir aber doch vorbehalten...“ Jetzt treten die anderen Mitspieler in die Debatte ein und greifen den Kaplan/Karl an. Der wehrt sich immer störrischer. Die Grenze zwischen Spiel und Ernst beginnt sich für ihn zu verwischen. Ich interveniere, indem ich einen Rollentausch mit Joseph, seinem heftigsten Opponenten anordne: „Halt! Ich möchte hier einmal vorschlagen, daß Sie, Karl, die Rolle von Joseph zu spielen versuchen und sie, Joseph, spielen mal den Kaplan weiter. Dann kann jeder mal sehen, wie man sich in den verschiedenen Rollen fühlt.“ Joseph ist konzilianter. Karl wird bald wieder heftig, aber Maria vermittelt zwischen den beiden, so daß man zu einer Einigung kommt: künftig sollen alle Veränderungen vorher mit den Mitarbeitern abgesprochen werden.

Nach dem Spiel spricht die Gruppe über ihre Erfahrung. Allen hat das Spiel großen Spaß gemacht. Die Ausführung der einzelnen Rollen wird durchgesprochen. Joseph wird auf sein dominierendes Verhalten hingewiesen, Karl auf seine Unnachgiebigkeit. Der Therapeut bemerkt hier ein kurzes, genugtuendes Lächeln bei Maria, was seine Hypothese bestätigt, daß die Wahl von Karl nicht nur erfolgt war, weil der den „Kaplan so gut kennt“, sondern weil Maria mit der zwanghaften, kleinlichen und bestimmenden Art ihres Mannes Schwierigkeiten hat. Nicht von ungefähr wählt Maria Joseph, dessen Beweglichkeit und weltmännische Art ihr offenbar zusagt - es kommt später zu einer Beziehung zwischen den beiden, die Karl völlig verdrängt. Kläre erhält die Rolle des „Nönneken“ zugewiesen, was ihrer augenblicklichen Rückzugsstrategie, von der sie in der Gruppe übrigens nichts berichtet

hat, ganz entspricht. Ich deute auch vorsichtig: „Vielleicht können Sie sich einmal überlegen, warum Maria Sie für die Rolle der Nonne gewählt hat?“ Kläre antwortet nicht. Sie schaut mich an, und ich weiß, sie hat mich verstanden. Das Spiel wurde auf der ludischen Ebene belassen. Die sich anbietende Eheproblematik von Maria und Karl wurde bewußt nicht aufgegriffen. Sie wird zu einem späteren Zeitpunkt die Gruppe noch ausgiebig beschäftigen. Der Rollentausch hatte für die Situation entlastende Funktion, um eine Eskalation zwischen Maria und Karl zu vermeiden. Dennoch hatte für Maria, die sonst alles schluckt, die Auseinandersetzung auf „verschobener Ebene“ offenbar eine positive Wirkung. Sie tritt in der Gruppe aus dem Schatten ihres Mannes heraus.

Ein zu massiv konfliktzentriertes Vorgehen hat sich nach unseren Erfahrungen für die Anfangsphase der Gruppenarbeit mit alten Menschen als sehr nachteilig erwiesen. Es kann dadurch sehr viel Angst und beim Protagonisten nachträglich Scham erzeugt werden. Ein Widerstand gegen das Spiel ist die Folge. Die Anfangsphase muß deshalb ganz darauf gerichtet sein, die Motivation für psychodramatische Arbeit zu legen und zu bekräftigen.

Erst nach zehn Sitzungen im Rahmen eines Wochendseminars, zu dem sich die Gruppe entschlossen hat, kommt es zu intensiven Problemsitzungen. Joseph arbeitet über den Tod seiner Frau. Schmerz und Groll brechen aus ihm hervor. Vorwürfe, daß sie ihn allein gelassen habe und Liebeserklärungen, die alle sehr berühren. Die Sitzung wurde ohne Antagonisten bzw. *auxiliary ego* in Form eines Mono- bzw. Gestaltdramas mit dem „leeren Stuhl“ gespielt. Bei derart massiven und besetzten Rollen verwenden wir diese Methode lieber als klassisches Psychodrama. Es ist für den Antagonisten sehr belastend, derartige Rollen zu spielen. Gestaltdrama birgt für den Protagonisten nicht das Risiko der Störung durch unangemessenes Spiel.

Im Sharing nach der Arbeit von Joseph bricht Kläre, die schon die ganze Zeit wie versteinert dagesessen hat, in Tränen aus. Die Kotherapeutin hatte sich zu Beginn der Sitzung schon neben Kläre gesetzt, nachdem Joseph in der vorausgehenden Sitzung das Thema angekündigt hatte, an dem er arbeiten wollte. Derartige Situationen machen in der Tat das umsichtige Handeln des Kotherapeuten oder, wo vorhanden, der Assistenten (*auxiliary egos*, Zinger 1975, 152), erforderlich, und es ist sicherlich wohlbegründet, daß Moreno für seine Methode die Rolle und Funktion des Assistenten eingerichtet hat.

Wir beginnen mit Kläre zu arbeiten. Die Therapeutin hat den Arm um Kläre gelegt - im Psychodrama gibt es kein Berührungstabu (*Forer*

1969), wenn Trost und Stütze gegeben werden müssen. Tn: „Sagen Sie mir doch, was Sie bewegt!“ Kläre schluchzt immer nur „Robert, Robert, Robert“. Sie drängt sich an die Therapeutin, kuschelt sich an. So bleibt sie für einige Zeit. Dann beginnt sie mit leiser Stimme zu berichten, wie schrecklich es war, als ihr Mann „aus heiterem Himmel“ an einem Schlaganfall gestorben ist. „Ich habe das nie fassen können. Ich hab nie daran gedacht, daß das so plötzlich kommen könnte. Er war so rüstig und lebensfroh“ (beginnt wieder heftig zu weinen). Der Therapeut unterstützt den Ausdruck der Trauerreaktion: „Lassen Sie den Schmerz ruhig zu, nichts zurückhalten!“ Nach weiterem Weinen fährt sie fort: „Ich habe eine solche Angst, daß er mich auch holen kommt. So plötzlich, so heimtückisch.“ Therapeutin: „Stellen sie sich vor, sie könnten dem Tod das direkt sagen, ganz unmittelbar, als wenn er hier im Zimmer wäre“. Kläre beginnt zu zittern. „Ich will nicht sterben. Ich habe solche Angst vor dem Sterben!“ Therapeut (übernimmt die Rolle des Todes): „Viele Menschen haben Angst vor dem Sterben. Aber das Sterben gehört zum Leben. Es ist unausweichlich!“ Therapeutin: (zu Kläre) „Versuchen Sie zu antworten!“ - „Ich will nicht so plötzlich.“ Therapeut: „Ob plötzlich oder langsam, wer weiß was leichter, was besser ist?“ Kläre: „Im Tod ist man so allein. Auch Robert war allein, (weint) ich war nicht bei ihm.“ Therapeutin: „Aber da brauchen Sie sich doch keine Vorwürfe zu machen. Sie konnten doch nicht wissen, daß so etwas passiert.“ Kläre: „Wir haben immer alles zusammen gemacht, die Kinder groß gezogen, das Haus gebaut, an der gleichen Schule unterrichtet. Es war alles so gut. (Wird ruhiger) Aber den Weg mußte er wohl allein gehen. Den muß ich wohl auch allein gehen.“ Therapeut: „Und Ihr habt ja viele gute Wege zusammen gehabt.“ Kläre: „Ja das ist wahr, bald fünfzig Jahre; (ruhig) eigentlich kann ich dankbar sein... fast fünfzig Jahre.“ Therapeutin: „Was geht Ihnen so durch den Sinn, wenn Sie jetzt an den Tod denken?“ Kläre: „Ich bin ganz ruhig. Ich habe ein langes und schönes Leben gelebt...“ Johanna: (spontan) „Und Sie leben noch. Sehen Sie, ich hab noch sechs Jährchen mehr auf dem Buckel als Sie, und ich hab einen Spaß am Leben, und wenn mein Stündlein kommt, dann kommt es eben. Das macht mir keine Angst.“ Kläre: (lächelt) „Vielleicht komme ich auch wieder dahin. Ich glaube schon.“

Es folgt ein sehr intensives Sharing, das über zwei Sitzungen geht, in denen noch eine kleinere gestalttherapeutische Arbeit mit Karl läuft. In ihr wird ihm klar, daß seine sportliche Betriebsamkeit und seine gesunde Lebensweise auch ein Ausdruck von Todesfurcht ist. „Wenn man so gesund lebt wie ich, dann will man sich wohl Freund Hein vom Le-

der halten.“ Die ironisierende Formulierung ist noch Ausdruck von Abwehr. T.: „Und jetzt sagen Sie's noch mit einem ironischen Seitenhieb auf ‚Freund Hein‘.“ „Karl: „Das macht's leichter. Das Ganze gibt ne Menge zu denken, wirklich ne Menge zu denken mit der Angst vorm Tod.“ Therapeut: „Sie haben ja auch genug Ängste in den Gedanken investiert, daß ihnen das Haus abbrennen könnte. Da bleibt für den Tod dann nicht mehr so viel übrig.“ Die Deutung hat Karl sichtlich getroffen. Er wird ganz still. Das Sharing geht weiter. Nach der Sitzung kommt Karl zu mir. „Ich glaube, mir ist durch Ihre Bemerkung was wichtiges klar geworden. Da möchte ich Ihnen für danken“, (drückt mir die Hand und wendet sich schnell weg, damit ich seine Tränen nicht sehe).

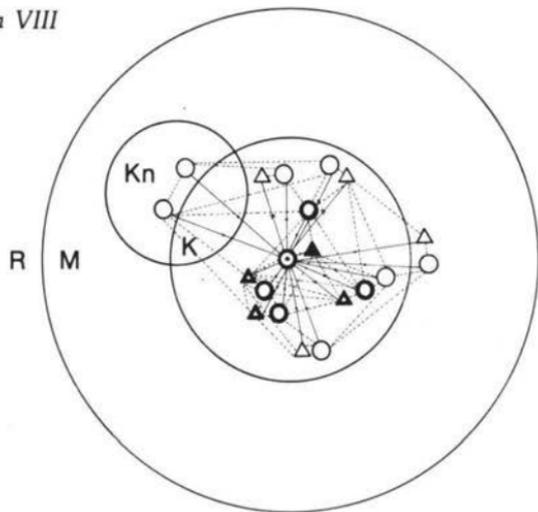
Das Wochenende war für alle eine sehr intensive Erfahrung, auch für uns als Therapeuten. Wir haben oft im Sharing von unseren eigenen Ängsten und Unsicherheiten gesprochen und dieses „*selfdisclosure*“ (Mowrer 1964; Weiner 1978) hat uns näher an die Gruppenmitglieder gebracht. Beim Thema Tod, wenn es mit derartiger Direktheit und Offenheit angegangen wird, ist nach Auffassung von Psychodrama- und Gestalttherapeuten ein abstinentes Therapeutenverhalten nicht angebracht (Abraham 1972; Maurer, Petzold 1978). Der direkte, stützende körperliche Kontakt der Therapeutin zu Kläre war eine wichtige Voraussetzung dafür, daß Kläre „sich fallen lassen konnte“. Die kathartische Abreaktion festgehaltener Trauergefühle, sowie die Entlastung von Schuldgefühlen, die die Intervention der Therapeutin ermöglichte, haben den Weg zu einem „Evidenzerlebnis“ vorbereitet: „Ich habe ein langes und schönes Leben gelebt.“

Nach dem Wochenende läuft die Gruppe sehr intensiv weiter. Allerdings - als Kontrasteffekt - mit vorwiegend ludischen Sitzungen. Drei Wochen nach dem Intensivseminar meldet sich Gertrud schriftlich von der Gruppe ab, sie sei ihr zu belastend. Im übrigen hätte sie keine Therapie notwendig, ihr Leistungsabfall sei rein organisch. Außerdem, so wirft sie uns vor, sei es uns nicht gelungen, ihren Mann in die Therapiegruppe zu bringen. - Wir hatten in der Tat, entgegen unserer sonstigen Praxis, dem Mann telefonisch vorgeschlagen, mit an der Gruppe teilzunehmen, da auch noch andere Ehepaare da seien, und uns eine glatte Abfuhr geholt: er habe keine Zeit für solche Mätzchen. Rückblickend kann man sagen, daß Gertruds Teilnahme an der Gruppe und wohl ein Teil ihrer Symptomatik zu einem Machtspiel in dieser Ehe gehörte. Die Gruppe bedauerte das Fehlen nicht, da Gertrud „nie so richtig reingekommen ist“. Sie war einfach noch zu jung für unseren Club. ... Die wollte sich überhaupt nicht verändern.“

Wir hatten die Laufzeit der Gruppe zu Beginn auf vierzig Sitzungen terminiert, d. h. unter Abzug der Ferienzeiten auf ein Jahr. Nach dieser Zeit konnten wir folgende Bilanz ziehen: Johanna ist nach wie vor „munter“. Sie hat Kläre überredet, zu ihr ins Wohnheim zu ziehen. Beide haben sich sehr befreundet und unternehmen viel gemeinsam. Kläre hat ihr soziales Atom gut stabilisieren können. Die Ausfälle, die sie durch den Tod ihres Mannes an Personen hatte, die zwar mit ihr bekannt, aber stärker an ihrem Mann orientiert waren, sind durch die Personen der Gruppe und Menschen aus Johannas sozialem Atom kompensiert worden. Gleichmaßen hat Johanna aus dem Freundeskreis von Kläre Beziehungen hinzugewinnen können. Kläres Todesängste haben sich so weit verringert, daß sie in ihr Leben nicht mehr störend und bedrängend hineinwirken. Maria ist unverändert aktiv, hat aber Unnötiges abgegeben und ihr konservativ-versorgend ausgerichtetes Konzept von Altenarbeit revidiert, ohne in ein Gegenextrem zu fallen. Karl hat seit der Wochenendsitzung „nur noch anflugweise“ den Zwangsgedanken, daß das Haus brenne. Seine Aktivität ist weniger hektisch, er selbst etwas weicher geworden. Das Zwangsverhalten ist nach wie vor sehr stark. Die Beziehung läuft besser, weil er Maria mehr Freiraum geben kann. Hedi ist aktiver geworden. Sie hat ihrem Mann gegenüber eine weniger versorgende Haltung eingenommen, was diesem offensichtlich nach anfänglichen Schwierigkeiten gut bekommt. Peters Zustand ist leicht gebessert. Zumindest hat er gelernt, mit seinen Depressionen besser umzugehen. In Verbindung mit einer stimmungsaufhellenden Medikation ist sein Aktionsradius weiter geworden. Johannes konnte seine Kinder „loslassen“. Wir hatten eine familientherapeutische Sitzung zwischengeschaltet, an der allerdings der Sohn nicht teilnahm. Wesentlich mitbedingt durch den nachlassenden Druck des Vaters, hat sich die Tochter entschlossen, doch die Schule nicht abzubrechen. Johannes hat sich mit Joseph befreundet („jetzt saufe mer zusammen, dann kricht jeder wenischer ab“). Joseph hat schon bald nach Beginn der Therapie das Rauchen aufgehört. Er geht einmal die Woche mit Karl schwimmen, der sich sogar überwunden hat, ins Warmwasserbad zu gehen. Seinen Alkoholkonsum hat er drastisch reduziert.

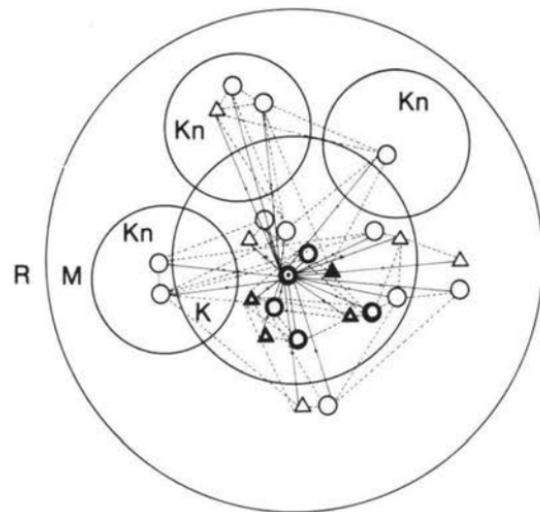
Die Gruppe hat beschlossen, sich regelmäßig zu treffen und eine gemeinsame Ferienreise an den Comersee zu unternehmen. Ein nochmaliges Durcharbeiten der sozialen Atome bei Abschluß der Gruppe ergab eine positive Veränderung bei allen Teilnehmern, womit, wie schon in einer früheren Untersuchung für eine andere Gruppe nachgewiesen (Petzold 1974/1979 c), psychodramatische Therapie nachhaltigen Einfluß auf die Struktur sozialer Atome gewinnen kann.

## Diagramm VIII



Soziales Atom von Hedi 75 J.  
vor der Therapie KSA 22.8

R = randständig 0  
 M = mittelständig 4  
 K = kernständig 15  
 Qn = Quantität der Relationen 19  
 Ql = Qualität der Relationen 17 positiv 2 negativ  
 D = Distanzen im SA massiert kernständig  
 Kh = Kohäsion gut  
 Kn = Konnektierung einseitig



Soziales Atom von Hedi 76 J.  
nach der Therapie KSA 29,2

R = 0  
 M = 10  
 K = 14  
 Qn = 24  
 Ql = 22 pos. 2 neg.  
 D = optimal  
 Kh = gut  
 Kn = vielseitig

## Legende:

△ = Männer  
 ○ = Frauen  
 ▲ = Söhne, Schwiegersöhne, Enkel  
 ● = Töchter, Schwiegertöchter  
 ⊙ = Kernindividuum  
 ▲ = Ehemann  
 — = positive Beziehungen  
 - - = negative Beziehungen  
 ..... = Verflechtungen

Werte der sozialen Atome der Therapiegruppe in freier Praxis  
 Altersmittel: 74.4

vor der Therapie	nach d. Therapie	vor der Therapie	nach d. Therapie
<i>Johanna</i> 81.0 J. KSA 25.8 Qn 23 Ql +19/−3 D optimal Kh befriedigend Kn vielseitig	82.0 J. 29.2 27 +24/−3 optimal gut vielseitig	<i>Joseph</i> 71.2 J. KSA 27.8 Qn 57 Ql +18/−6 D fehlend knst Kh befriedigend Kn vielseitig	72.2 J. 36.8 62 +24/−4 optimal gut vielseitig
<i>Hedi</i> 75.6 J. KSA 22.8 Qn 19 Ql +17/−2 D massiert knst. Kh gut Kn vielseitig (vergl. Diagramm IX)	76.6 J. 29.2 24 +21/−2 optimal gut vielseitig	<i>Karl</i> 71.3 J. KSA 27.8 Qn 31 Ql +22/−4 D optimal Kh befriedigend Kn vielseitig	72.3 J. 28.2 29 +25/−3 optimal befriedigend vielseitig
<i>Maria</i> 70.1 J. KSA 37.5 Qn 67 Ql +25/−4 D optimal Kh gut	71.1 J. 36.6 61 +25/−3 optimal gut	<i>Johannes</i> 73.11 J. KSA 28.6 Qn 31 Ql +25/−3 D optimal Kn befriedigend	74.11 J. 32.0 35 +26/−1 optimal gut
<i>Peter</i> 78.3 J. KSA 23.6 Qn 23 Ql +16/−1 D massiert knst. Kh gut Kn einseitig	79.3 J. 26.6 26 +18/−1 massiert knst. gut vielseitig	<i>Gertrud</i> 68.7 J. KSA 22.6 QN 17 Ql +16/−1 D massiert knst. Kh gut Kn einseitig	ausgeschieden — — — — —
<i>Kläre</i> 73.4 J. KSA 14.0 Qn 5 Ql +5 D fehlend knst. Kh gut Kn isoliert	74.4 J. 27.8 21 +20/−2 optimal gut vielseitig	<i>Kläres</i> SA vord. Dekompensation 73.2 J. 28.4 27 + 19/−4 optimal gut vielseitig	

Mittelwerte KSA

vor der Therapie			nach der Therapie		
insgesamt	25.6	♀ 24.54 ♂ 26.95	30.8	♀ 30.7	♂ 30.9

Damit ergibt sich eine Steigerung des KSA durch zwölf Monate Therapie um 16,6% im Mittel.

### 3. Beispiel: Dramatische Therapie in der Wohngemeinschaftsarbeit mit alten Menschen

Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, das von J.L. Moreno in seinem Hudson Projekt inauguriert wurde (Moreno 1934) und durch die Arbeiten und Initiativen von Maxwell Jones (1953) in der Psychiatrie Verbreitung fand (vgl. Ploeger et al. 1973), hat erst in neuerer Zeit Eingang in die Arbeit mit alten Menschen gefunden. Es ist für die therapeutische Gemeinschaft charakteristisch, daß sie in etablierte Institutionen z.B. eine Klinik, eine Anstalt, ein Heim, eingebunden ist, und daß das *therapeutische* Element der Gemeinschaft zwischen Personal und Patienten im Vordergrund steht. Auf der Grundlage von Selbsthilfeinitiativen haben sich aber noch andere Modelle entwickelt, die therapeutischen Wohngemeinschaften oder Wohngruppen (Petzold, Vormann 1980), in denen das gemeinsame Wohnen, die Lebensgemeinschaft, als das therapeutische Agens betrachtet werden muß. Derartige Wohngemeinschaften finden sich ohne spezifisch therapeutisches Personal, mit Laientherapeuten oder mit professionellen Therapeuten, die in der oder außerhalb der Wohngruppe leben (Vormann, Heckmann 1980). In der Arbeit mit alten Menschen hat sowohl das psychiatrische Modell der *therapeutischen Gemeinschaft* als auch das Alternativmodell der *therapeutischen Wohngemeinschaft* Möglichkeiten zu bieten, deren Potential bislang kaum genutzt wurden. Auch das Wohngemeinschaftsmodell als nicht-therapeutische Lebensgemeinschaft alter Menschen bietet eine Alternative zum isolierten Leben in eigener Wohnung oder zum Leben im Heim. (Gronemeyer, Bahr 1979).

Ich habe meine Erfahrungen mit therapeutischen Wohnkollektiven von alten Menschen an anderer Stelle ausführlicher beschrieben (Petzold 1980) und will hier nur auf die Rolle der Verfahren dramatischer Therapie in diesem Setting eingehen, die für den Aufbau und die Begleitung derartiger Projekte erhebliche Bedeutung gewinnen können (Siroka 1967; Siroka 1971; Seabourne 1972; Ploeger 1973). Einen ersten Eindruck, wie dramatische Therapie in einer therapeutischen Gemeinschaft eingesetzt werden kann, erhielt ich durch die Arbeit V.N. Iljines in einem russischen Altersheim bei Paris (1964-1969) und später (1969) im Gestaltkibbuz am Lake Cowichan, den F.S. Perls als Lebens-, Lern- und Therapiegemeinschaft gegründet hatte. B. Stevens (1970) hat den Einfluß dieser Gestalt Community auf sie, die damals mehr als Siebzigjährige, eindrucksvoll beschrieben.

Altersheime sind in der Regel faktische Lebensgemeinschaften auf unfreiwilliger Basis, von Menschen, die zuvor in einem kleineren, selbstbestimmten Rahmen gelebt hatten. Dies führt häufig zu der Ablehnung der Lebensgemeinschaft Altersheim, zu Isolierung trotz massierten Beieinanderwohnens, zu gespannter oder lethargischer Stimmung. Durch die regelmäßigen Sitzungen mit dem Therapeutischen Theater, in die auch das Pflege- und Hauspersonal einbezogen wurden, gelang es *Iljine* ein kommunikatives Klima zu schaffen, eine Aussöhnung mit der faktischen Situation zu erreichen, so daß die Heimsituation zu einer *Wohngemeinschaft* wurde und die Beziehung des Personals zu den Klienten den Charakter einer *therapeutischen* Gemeinschaft gewann, in der das Interesse für das Wohlergehen des anderen und nicht Heimroutine im Vordergrund stand. Die Pflegekräfte begannen, sich für das persönliche Schicksal der Heimbewohner zu interessieren, weil es ihnen nicht in Klagegeschichten sondern im Spiel erlebnisnah vermittelt wurde. Die alten Menschen wiederum kamen der Lebenssituation des Personals näher, indem sie konkreter als bisher erfuhren, daß die Schwestern und Betreuerinnen auch einen privaten, für sie wichtigen Lebensbereich haben und deshalb nicht nur und ausschließlich für die Heimbewohner da sein können. Übertriebene Anspruchshaltungen und die aus ihrer Frustration entstehende Spannungen konnten auf diese Weise relativiert und abgebaut werden. Zentral aber war, daß die alten Menschen untereinander und füreinander mehr Offenheit, Interesse und Engagement entwickelten, daß wechselseitige Hilfeleistung und wechselseitiges miteinander und voneinander Lernen (*exchange learning*, *Laschinsky, Petzold, Rinast* 1979) möglich wurde.

Ein weiteres Projekt, in dem Methoden dramatischer Therapie eingesetzt wurden, war eine therapeutische Wohngruppe in der rue Vaugirad. In zwei einander gegenüberliegenden großen Wohnungen wohnten acht alte Menschen (3 Männer, 5 Frauen) zwischen 68 und 86 Jahren. Diese zunächst aus pragmatischen Gründen einer besseren Versorgung aufgrund einer kirchlichen Initiative eingerichtete Wohngruppe, faßte Menschen zusammen, die an Altersdepressionen, gelegentlichen Verwirrheitszuständen und körperlichen Behinderungen litten, dabei aber noch rüstig genug waren, um mit einiger Betreuung zurecht zu kommen. Eine Heimunterbringung war aufgrund des Umstandes, daß es sich um eine ethnische Minderheit handelte (Ukrainer), schwierig. Kurze Zeit nach der Einrichtung der Wohngruppe, die zunächst keine therapeutische sondern eher kustodial-versorgende Ausrichtung hatte, traten unter den Bewohnern derart massive Spannungen auf, daß an die Auflösung des Projektes gedacht wurde. Versuchsweise wurde dann mit Gesprächsgruppen begonnen, die zweimal wöchentlich statt-

fanden und in Arbeit mit dem therapeutischen Theater übergangen, mit dem Effekt, daß viele der kleinen Alltagsquerelen beseitigt werden konnten, die Gruppe sich gegenüber dem Träger im Hinblick auf die Verbesserung der Einrichtung durchsetzen konnte und auch darin, daß ein nicht tragbarer Mitbewohner in ein Heim verlegt wurde. Der wechselseitige Austausch und die wechselseitigen Hilfeleistungen wurden intensiviert, was besonders für zwei erheblich gehbehinderte Mitbewohner zu einer wichtigen Verbesserung ihrer Lebenssituation führte. Ein schwieriges Thema wurden in diesem Prozeß wechselseitiger Sorge umeinander die Fragen nach Abgrenzung, Nähe und Distanz, Hilfeleistung, Ausbeutung und Überforderung. Hier die richtige Mitte zu finden, war für alle Beteiligten schwierig. Insbesondere wurde darauf geachtet, daß der immer wieder aufkommenden Tendenz, bei schwierigen Situationen auf die Außenbetreuer (Pfarrer, zwei Schwestern, Therapeuten, Haushaltshilfe) zu rekurrieren, nicht nachgegeben wurde. Wo immer uns eine Situation von den Bewohnern selbst lösbar erschien, wurde sie an die Gruppe zurückgegeben, zuweilen durch bloßen verbalen Hinweis, daß könne doch selbst erledigt werden, ein anderes Mal durch Ratschläge aber auch, indem die Situation im Therapeutischen Theater durchgespielt und auf mögliche und gewünschte Lösungen hin untersucht wurde.

Ein weiteres Wohngemeinschaftsprojekt mit alten Menschen konnte ich in Düsseldorf 1970 in einem Altbauhaus, indem nur alte Menschen lebten, initiieren und begleiten. In dem Dreietagenhaus lebten auf zwei Etagen in den großen Wohnungen schon mehrere Parteien zusammen, insgesamt 7 Personen zwischen 61 und 84 Jahren, davon zwei Ehepaare, also zwei Männer, 5 Frauen. Auch hier konnten Methoden dramatischer Therapie zum Aufbau einer Haus- und Wohngemeinschaft mit therapeutischem Charakter und zu im Alltag durchgetragener wechselseitiger Hilfeleistung führen.

Die Düsseldorfer Wohn- und Hausgemeinschaft war durch eine von mir supervidierte Einzelfallhilfe zustande gekommen, bei der es darum ging, für eine 78jährige Frau, die alleine lebte und nach und nach verwehrte, eine Lösung zu finden - eine Aufnahme in ein Heim wurde von ihr heftig abgelehnt. In dem Bemühen, nachbarschaftliche Hilfe zu mobilisieren, kamen wir in die Situation, nur alte Menschen von unterschiedlicher Rüstigkeit und Interessenlage vorzufinden, die zueinander das freundlich distanzierte Nachbarschaftsverhältnis hatten, daß so viele bürgerliche Mittelstandshäuser kennzeichnet. Wir haben die Bewohner zu einem Gespräch gebeten, dem - zwar zögernd - alle „Parteien“ nachkamen.

Schon in diesem ersten Gespräch kam, ausgelöst durch die Situation unserer Klientin, die Frage nach wechselseitiger Hilfe auf und wurde die Barriere deutlich, daß man dem anderen nicht „zu nahe treten“ und sich nicht in seine „Privatsachen“ mischen wollte. Aus dem Gespräch ergab sich der Wunsch nach einer zweiten Gesprächsrunde und schließlich nach fortlaufenden Zusammenkünften, die vierzehntägig stattfanden und von denen nur das eine der beiden Ehepaare fernblieb, ohne jedoch eine grundsätzlich ablehnende Haltung einzunehmen. Es entwickelte sich eine Hausgemeinschaft mit dem Charakter einer Wohngemeinschaft, in der gemeinsames Kochen und Essen, Hilfe bei den Hausarbeiten und in praktischen Lebensproblemen die Regel wurde. Im Verlauf der Gruppenarbeit, die immer stärker Elemente der Gestalttherapie und des Psychodramas einbezog und die Form einer Selbsterfahrungsgruppe annahm, wurden massive therapeutische Bedürfnisse bei einzelnen Teilnehmern deutlich. Insbesondere zeigte sich, daß die Mehrzahl der Gruppenmitglieder mit der Situation des Alters, dem Nachlassen der Kräfte, den z.T. spärlichen Kontakt zu den Kindern, gar nicht gut fertig wurde. Die massierten psychosomatischen Beschwerden, die sich bei den meisten fanden, dürften in der beständigen Verdrängung dieser Situation eine gewichtige Ursache haben. Diese Annahme wird dadurch gestützt, daß etwa ein halbes Jahr nach der Umwandlung der anonymen Hausgemeinschaft in eine therapeutische Wohngemeinschaft sich das Allgemeinbefinden der Bewohner wesentlich gebessert hatte. Im Prozeß des Aufeinanderzugehens, der sich z.B. ganz konkret durch das Zusammenziehen auf eine Etage von drei Frauen äußerte und dadurch, daß eine Mahlzeit am Tag, nämlich das Frühstück, von allen Bewohnern gemeinsam eingenommen wurde, in diesem Prozeß intensivierter Kontaktaufnahme also kam es auch immer wieder zu Schwierigkeiten, die ohne „Hilfe von außen“ nur mit Mühen oder vielleicht auch gar nicht hätten gelöst werden können. Die Themen Eifersucht, Arbeitsteilung (wer macht was und wieviel) und Geld führten oft zu heftigen Spannungen, die z.T. dadurch gemildert werden konnten, daß in der Gruppe immer wieder zum Vergleich zwischen der Situation vor und nach der Umwandlung der Hausgemeinschaft angeregt wurde.

Die Arbeit mit Verfahren dramatischer Therapie führte zu einer intensivierten und direkteren Kommunikation zwischen den Bewohnern und ohne die Selbsterfahrungsgruppe wäre die organische und von den alten Leuten selbst ausgehende Umstrukturierung nicht möglich geworden. Durch die Gestaltarbeit konnten sich die Teilnehmer unterdrückte Bedürfnisse eingestehen und durch die psychodramatischen Rollenspiele Möglichkeiten erfahren, wie diese Bedürfnisse befriedigt

werden könnten. Auf weite Strecken war die Arbeit darauf zentriert, „Erlaubnis“ zu geben, Erlaubnis, Gefühle zu haben und zu äußern, Erlaubnis, persönlich zu werden, Erlaubnis, schwach sein zu dürfen, Erlaubnis, andere Menschen um Hilfe zu fragen oder anderen spontan Hilfe zu geben.

Die Erfahrungen mit diesem und den andern Projekten bekräftigen uns in der Überzeugung, daß Wohngemeinschaften mit oder ohne therapeutischen Charakter für alte Menschen ideale Möglichkeiten bieten, das Alter besser zu bewältigen; daß weiterhin in ihnen und durch sie neue Rollen bereitgestellt werden und das soziale Atom restituiert und bereichert wird. Das aber bedeutet eine Stabilisierung von und einen Gewinn an Identität. Der Wert von Verfahren dramatischer Therapie und psychologischer Gruppenarbeit beim Aufbau und bei der Begleitung von therapeutischen Wohngemeinschaften kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, wie *Seabourne* (1972) und *Siroka* (1967) für andere Zielgruppen gezeigt haben (vgl. *Petzold, Vormann* 1980).

#### *4.1.4 Verfahren dramatischer Therapie als Methoden der „death education“*

In der Arbeit mit Kläre, die als Kombination von Psychodrama und Gestalttherapie verlaufen ist, wurde schon deutlich, daß die Sitzung eigentlich eine Sterbevorbereitung einschloß. Der Bereich der „death education“ und „death preparation“ als Formen angewandter Thanatologie ist ein wesentliches Aufgabengebiet, das gerade in jüngster Zeit in Forschung und Praxis an Bedeutung gewonnen hat (*Krant* 1974; *Brim et al.* 1970; *Troup, Greene* 1974). Gestalttherapie und Psychodrama sind hier schon in der Praxis verwandt worden, und zwar in zweifacher Hinsicht: erstens allgemein zur Vorbereitung alter und junger Menschen auf den Tod durch aktive Auseinandersetzung mit ihm (*Schloss, Siroka* 1968; *Abraham* 1972 Psychodrama; *Keleman* 1978; *Lückel* 1979 Gestalt). Und zweitens in der professionellen Weiterbildung. Wir selbst haben ein Projekt zur Fortbildung von Personen, die mit Alten, Kranken und Sterbenden umgehen (Ärzten, Krankenschwestern auf Intensivstationen, Krankenhausseelsorgern u. a.), auf der Grundlage des Gestaltansatzes und unter Verwendung psychodramatischer Methoden konzipiert und führen es in selbsterfahrungsorientierten Seminaren durch (*Petzold, Bubolz, Lückel, Spiegel-Rösing* 1979).

Die Arbeit mit Alten und Sterbenden setzt immer die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben voraus (*Quint* 1967) und zwar in einer ganzheitlichen, nicht nur intellektuellen Art und Weise. Gestalttherapeutische und psychodramatische Selbsterfahrung bieten hier Mög-

lichkeiten, an die eigene Angst vor dem Sterben heranzukommen, die eigene Abwehr zu erleben und sich der Erfahrung der Unabänderlichkeit des eigenen Alterns und Endes auszusetzen. Ich habe eine Reihe von strukturierten Übungen entwickelt, die das Zeiterleben, das Erleben der Veränderung des Körpers mit dem Altern, das Erleben der internalisierten Einstellungen zum Altern und Sterben ermöglichen. Ich verwende hierzu die Methode des *Lebenspanoramas*, der bildnerischen Darstellung des eigenen Lebens von der Geburt bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt des Lebens, und lasse dann das Bild weiter in die Zukunft hinein ausgestalten (Petzold 1978 b; Eilenberger 1979) bis an das Lebensende. In projektiver Weise stellen die Teilnehmer ihre Vision ihres Alters und Todes bildnerisch dar. Dieses Material wird dann gestalttherapeutisch in seiner emotionalen Besetzung erschlossen und in der Gruppe durchgearbeitet.

Um die biographische Bedingtheit dieser Visionen bewußt und damit verfügbar zu machen, lasse ich parallel zu dem Lebenspanorama eine Linie zeichnen und illustrieren, auf der alle Erfahrungen mit dem Tod, mit Alter und Krankheit, die man von Jugend auf gemacht hat, eingezeichnet und festgehalten werden. In die Zukunftsdimension hinein werden die Krankheiten, die man am meisten fürchtet, sowie die Art, wie man selbst zu sterben wünscht und welchen Tod man fürchtet, gezeichnet. Auch diese Materialien werden aufgearbeitet. Dabei ist es von Bedeutung, daß eine gute, tragende Gruppe Grundlage einer solchen Arbeit ist, da derartige Übungen sonst in der Gefahr stehen, zu unangemessenen, melodramatischen und psychotechnischen „gimmicks“ (Perls 1969) zu degenerieren. Wie leicht man die Grenze zur Geschmacklosigkeit überschreiten kann, zeigt die Arbeit von Siroka und Schloss (1968).

Eine weitere Möglichkeit, an die Auseinandersetzung mit dem eigenen Ende heranzuführen, ist durch die psychodramatische Technik der Zukunftsprojektion (Yablonsky 1954, Petzold 1979 h) gegeben. Der Klient wird aufgefordert sich vorzustellen, er könne in die Zukunft reisen. Durch ein leichtes Hypnoid, ähnlich induziert wie beim „katathymen Bilderleben“ (Leuner 1970), werden Widerstände reduziert und ein projektives Geschehen in Gang gesetzt, in dem sich die unbewußten Ängste, Wünsche und Hoffnungen des Klienten artikulieren. Hier kann die Todesszene ganz gezielt angesteuert werden. Die Aufarbeitung kann psycho- bzw. gestaltdramatisch geschehen. Dabei kann die Form eines Symbolspiels wichtige Dimensionen erschließen. Symbolspiele können frei improvisiert oder nach der Methode des „Therapeutischen Theaters“ als Szenarien erarbeitet und inszeniert werden (vgl. 4.2). In dieser Form kann die Ebene des Symbolischen noch am besten

erschlossen werden. Der Tod, die Krankheit, das Leid, das Alter können personifiziert werden. Das Spiel allegorischer Personen öffnet auch das Geschehen in Richtung auf religiöse Thematik. Gott, Hölle, Ewigkeit können als Spieler auftreten oder Figuren aus der Mythologie oder aus individuellen Mythen, Träumen, Nachtmaren. Persönliche und kollektive unbewußte Dynamik kann sich im Symbolspiel des Therapeutischen Theaters voll entfalten. Aber auch in der einfachen psychodramatischen Stegreifimprovisation, in der ein Gruppenmitglied oder Assistent den Part des Todes übernimmt, werden im „Dialog mit dem Tod“ existentielle Auseinandersetzungen mit dem Thema „Sterben“ von beeindruckender Intensität möglich. Es ist hier durchaus möglich, nach einiger Zeit den Antagonisten aus dem Spiel zu nehmen und die Arbeit als Gestaltdrama fortzuführen, indem der Protagonist im ständigen Rollenwechsel seinen Part und den des Todes spielt. Derartige Symbolspiele bedürfen der sorgfältigen Aufarbeitung mit dem Einzelnen und mit der gesamten Gruppe, da von ihnen alle Anwesenden in der Regel sehr betroffen werden.

Als letztes Beispiel aus einer Vielzahl von Möglichkeiten, die ich für diese Art der persönlichen und professionellen Weiterbildung konzipiert habe, sei auf eine Übung hingewiesen, die unter dem Thema „mein Leib und mein Gesicht“ steht. Die Gruppenmitglieder werden aufgefordert, ihr „erstes Gesicht“ zu erinnern, sei es auf einem Foto, sei es die Erinnerung an ein Bild im Spiegel. Auf ein Bild z. B. mit fünf Jahren folgt das mit fünfzehn, dann die Erinnerung an ein Bild mit zwanzig, fünfundzwanzig, fünfunddreißig, dann die Phantasie des Gesichts mit vierzig, fünfzig, fünfundsechzig, auf dem Totenbett, schließlich „das letzte Gesicht“. Die gleiche Übung kann mit dem Bild des nackten Leibes durchgeführt werden. Derartige Übungen sind sehr intensiv. Sie gehören in die Hand des kompetenten Therapeuten, der sie nur bei ausreichender Kenntnis der Belastungsfähigkeit der Gruppenmitglieder einsetzen wird.

Man mag einwenden, daß derartige Übungen zu hart seien und die durch sie bewirkte emotionale und existentielle Konfrontation zu massiv. Mit dieser Realität aber werden tagtäglich die konfrontiert, die mit Sterbenden umgehen müssen. Die Verdrängungsarbeit, die eine Schwester auf einer Intensivstation, die oft mehrere Male am Tag „die Schläuche rausziehen muß“, zu leisten hat, um dieser Konfrontation in ihrer beruflichen Situation zu entgehen, ist enorm und hat nach unseren Erfahrungen aus Selbsterfahrungsgruppen mit Schwestern z. T. katastrophale Folgen für die seelische Gesundheit. Jeder Kontakt mit einem Toten ist ein „*memento mori*“, ist eine Bedrohung der eigenen Existenz, auf die mit Verdrängung oder Bewältigung reagiert werden

kann. Psychodrama und Gestalttherapie vermögen eine Hilfestellung in der Bewältigung zu geben, weil sie von der Ebene der akademischen Auseinandersetzung weg auf die des existentiellen Kontaktes mit der Erfahrung führen. Diese Erfahrung wird in einer Gruppe von Menschen gemacht und geteilt, die gleiches durchleben und durchleiden und damit eine tragfähige Gemeinschaft bilden. Es ist meine Überzeugung, daß eine Bewältigung der existentiellen Betroffenheit vom Altern und von der Finalität des Lebens nur auf der Grundlage mitmenschlichen Angenommenseins möglich wird.

Für diese Form der Gruppenarbeit zur persönlichen und professionellen „*death education*“ durch Psychodrama und Gestaltmethoden ist es erforderlich, daß die Therapeuten den Fragenkomplex Altern und Sterben in ihrer eigenen Biographie sorgfältig und auf einer sehr tiefen emotionalen Ebene durchgearbeitet haben; daß sie weiterhin in der direkten Arbeit mit Sterbenden sich der existenziellen Betroffenheit ausgesetzt haben, die die Begegnung mit einem sterbenden Menschen auslöst, wenn der Filter der Verdrängung fortgelassen wird; daß sie schließlich in ihrem eigenen Leben den Verlust geliebter Menschen durchlitten und ihr eigenes Altwerden angenommen haben. Nur dann kann der Therapeut die Sicherheit haben und vermitteln, die die Handhabung dieses Themas erfordert. Nur dann kann er seine eigenen Gefühle zulassen und einbringen, ohne von ihnen überschwemmt zu werden und damit das therapeutische Geschehen aus dem Auge zu verlieren. Nur dann wird er zu einem adäquaten Modell für die Interaktionen in der Gruppe.

*Abraham* (1972, 85) hat für die Arbeit mit Psychodramagruppen über das Thema „Tod und Sterben“ aufgrund seiner Erfahrungen folgende vier Regeln formuliert:

- „1. Every emotional expression (e. g. tears, laughter, scorn, cynism) is admitted, and its full development encouraged.
2. Encouragement of mutual aid in order to teach the group how to accept the most subjective expressions by abolishing the criteria of conformist emotional restraints.
3. Any resistance arising within the group is fully accepted. The guiding principle for the psychodramatist is that of emotional balance, which is determined by the group according to the level of anxieties which it can bear.
4. The group leader takes an active part in the discussions and enactments. He gives full expression to his feelings, anxieties and resistances.“

Diese Regeln entsprechen im Wesentlichen auch der Praxis, die wir im Laufe der Jahre entwickelt haben. Folgende Präzisierungen bzw. Er-

gänzungen erscheinen mir aber doch notwendig. Zu Punkt 3: Die emotionale Balance oder Tragfähigkeit richtet sich nicht nur an der Gruppe insgesamt aus, sondern an jedem einzelnen, ja letztlich an dem am wenigsten belastbaren Gruppenmitglied; weiterhin an der momentanen Belastungsfähigkeit der Therapeuten, denn auch diese haben ihre „Ökonomie“ und können nicht immer ein Höchstmaß an Intensität absorbieren; damit zu Punkt 4: Der Gruppenleiter muß zu jedem Zeitpunkt den vollen Überblick über das Geschehen behalten, es sei denn, er gibt die Leitung an seinen Kotherapeuten ab. Insoweit gehen wir in unserer Arbeit nicht so total in das Erleben wie die Gruppenteilnehmer, sondern handeln aus einer Haltung der partiellen Teilnahme heraus (Maurer, Petzold 1978, 105). Dies trifft wohl auch für den Interventionsstil von Abraham zu, denn anders könnte er das „Prinzip der emotionalen Balance“ nicht gewährleisten. Auch wir akzeptieren grundsätzlich jede Gefühlsäußerung und das mit ihr verbundene Verhalten mit Ausnahme brachialer Gewalt, nur daß wir, wo es uns angezeigt erscheint, die Funktion einer solchen Äußerung (z. B. Zynismus oder Galgenhumor) vorsichtig deutend aufdecken.

Allerdings ist es hierbei wichtig, daß die Therapeuten nicht in einen Habitus der Überlegenheit verfallen als der „Experten in Fragen Tod“. Eine solche Haltung, die aus dem im Vorgang der Interpretation immer implizierten Gefälle erwachsen kann, ist im Hinblick auf die Fragen um Leiden und Sterben deplaciert. Hier gibt es keine allgemeingültigen und verbindlichen Lösungen und vor allem keine, die man ein und für alle Male als einen gesicherten Besitz betrachten könnte, weil sich das Erleben von und die Einstellung zum Altern und Tod von Lebensabschnitt zu Lebensabschnitt und mit sich wandelnden Lebenssituationen ändern, so daß eine ständig neue Standortbestimmung notwendig wird.

Die Möglichkeiten der Verfahren dramatischer Therapie in der professionellen Weiterbildung und allgemeinen „death education“ konnten hier nur skizziert werden. Sie sind in der Praxis bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

#### 4.1.5 Verfahren dramatischer Therapie in der Begleitung Sterbender

Die Begleitung Sterbender, in früheren Zeiten und in nicht industrialisierten Gesellschaften eine selbstverständliche Aufgabe der Familie, ist in den modernen Industriegesellschaften weitgehend außer Gebrauch gekommen. Sie wurde an Institutionen, Krankenhäuser und Pflegeheime deligiert. Dort aber ist das Personal, wie Quint (1967),

Kastenbaum (1967) u. a. gezeigt haben, in keiner Weise auf eine psychologische Sterbehilfe und -begleitung vorbereitet. Das von LeShan (1964, 6 f) dokumentierte Verhalten von Schwestern, die dem Kontakt mit „terminal patients“ nach Möglichkeit aus dem Wege gingen, und die von Kübler-Ross (1972, 14 f) u. a. berichteten Verhaltensweisen des Krankenhauspersonals zeigen dessen Überforderungen mit dieser Aufgabe. Strauss und Glaser (1970) haben die „patterns of dying“ in Institutionen, d. h. die Interaktionen zwischen dem Personal, dem Sterbenden und dessen Familie untersucht und herausgefunden, daß Moribunde, die „schnell“ sterben, für das Personal weniger belastend sind, weil bei sich hinziehenden Sterbeprozessen die emotionale Konfrontation mit dem Patienten und seiner Familie für die Pflegekräfte große Probleme aufwirft, für die es, außer der medikamentösen „Ruhigstellung“ des Patienten durch hohe Dosierungen, keine adäquaten Lösungen gibt.

Ich habe im vorangehenden Abschnitt und an anderer Stelle (1979 e) diese Problematik angesprochen und die Notwendigkeit der selbsterfahrungsorientierten Mitarbeiterfortbildung betont. Darüber hinaus aber müssen Hilfen für die Methodik der Gesprächsführung und der Begleitung Sterbender gegeben werden. Mit dem in den vergangenen Jahren erwachten Interesse an der Todesproblematik und der rasant anwachsenden Literatur zu diesem Thema ist auch die Zahl der Veröffentlichungen zur Sterbebegleitung gewachsen (Wittkowski 1978, S. 17) und zeigt sich eine Veränderung der Seelsorgeliteratur zu diesem Thema (vgl. Bowers et al. 1971; Prest 1970; Leuenberger 1971). Es ist hier nicht der Ort, die verschiedenen Ansätze zur Sterbehilfe und -beratung (*care and counseling of the dying*) darzustellen (vgl. Saunders 1960; Schoenberg et al. 1972; Bowers et al. 1964; Troup, Greene 1974 usw.), sondern es sei kurz auf den Beitrag verwiesen, den die Verfahren dramatischer Therapie zur Methodik der Sterbebegleitung leisten können.

Für alle mir bekannten Ansätze der Sterbehilfe ist kennzeichnend, daß sie auf die Dimension des Gesprächs begrenzt bleiben - wenn man einmal von den recht problematischen Versuchen absieht, psychedelische Drogen in Verbindung mit Psychotherapie einzusetzen (Pahnke et al. 1970; Grof et al. 1973). Die Verfahren dramatischer Therapie bringen die nonverbale Dimension, die Arbeit mit imaginativen Methoden und mit kreativen Medien in die Methodik der Sterbebegleitung ein (vgl. jetzt Eibach 1979). Obwohl mit dem „auxiliary ego“ und der Doppel-Ich- und Rollentauschtechnik brauchbare Instrumente für die Arbeit mit Sterbenden vorhanden sind, ist von den Verfahren dramatischer Therapie nur die Gestalttherapie in der Begleitung Sterben-

der eingesetzt worden (Zinker 1966; Petzold 1979 e; Lückel 1979), wenn auch ein unveröffentlichter Bericht über Sterbehilfe mit Methoden des Therapeutischen Theaters von *Iljine* vorliegt.

*Iljine* [o. J.] beschreibt, wie er mit sterbenden Freunden und Patienten, oft in monatelanger Begleitung, Szenarien ihres Lebens erarbeitet hat, „um eine Bilanz im Angesichts des Todes zu ermöglichen, in der keine Rolle, kein Spieler ausgelassen wird, in der vergangenes Leben noch einmal lebendig werden kann.“ Dieses Vorgehen ist nicht mit dramatischer Handlung verbunden, sondern vollzieht sich als erlebnisaktivierendes Gespräch. Der Sterbende erzählt seinem Begleiter wichtige Szenen aus seinem Leben, rollt die Vergangenheit auf. Das „Drama der Gedanken wird im Gespräch nach ‚außen‘ gebracht, wird mitgeteilt, muß nicht mehr allein gespielt und betrachtet werden. Der Sterbende ist Autor und Zuschauer zugleich, wenn er sein Leben an sich vorüberziehen läßt, ja wenn es an ihm vorüberzieht, sein Denken überschwemmt, ohne daß er es abstellen kann. Diese quälende Doppelrolle ist umso bedrängender, weil er gewesener Autor ist. Das Stück ist fertig, unverfügbar geworden. Er ist nunmehr nur noch Autor, Spieler und Zuschauer des letzten Aktes“ (ibid.). Durch den Begleiter, dem er sich mitteilt, erhält der Sterbende einen Zuschauer für sein Drama, jemanden, mit dem er sich über sein Stück austauschen, die einzelnen Akte, Szenen und Rollen besprechen kann. Es wird ihm auch dadurch möglich, eindeutiger die Rolle des Zuschauers einzunehmen. Eine Betrachtung „aus der Distanz“ ist eine wesentliche Hilfe für die Aufgabe, Bilanz zu ziehen. Durch sie wird eine Überschau, d. h. ein Erfassen des Lebensganzen möglich, ohne daß Ereignisse, die mit negativen Gefühlen der Schuld, Scham, Angst belastet sind, einen unangemessenen Raum einnehmen.

*Iljine* hat bei derartigen „dunklen Szenen“ versucht, mit dem Sterbenden ein „alternatives Stück“ zu schreiben. Ausgehend von der Frage, „Was würden Sie anders machen, wenn Sie die Situation verändern könnten?“, wird mit dem Patienten die Szene in der Phantasie neu gestaltet. „Gedanken sind Kräfte. Der intensive Wunsch, Versäumtes nachzuholen, Böses ungeschehen zu machen, Ungesagtes zu sagen, wird in der Vorstellung verwirklicht. Im Leben, dem Vergangenen, war es anders. Aber das, was vor sechszig oder dreißig Jahren oder gestern war, ist im Strom der Zeit verloren und entfernt sich immer weiter. Der Gedanke *jetzt*, das Gefühl *jetzt* zählen. Die Szene auf dem Schlachtfeld 1918 ist Geschichte, Deine Geschichte und zugleich irgendeine Geschichte. Es geht hier nicht um die Nivellierung von Schuld. Die Relativität menschlicher Handlungen im großen Zusammenhang der Geschichte relativiert sie nicht, aber mildert ihre Bedeu-

tung, zeigt sie als Handlung unter Handlungen, abertausenden, milliard. Reue, die nur Versäumtes betrauert, wiegt nicht schwer genug. Wo keine materiellen Fakten mehr gesetzt werden können, setzen wir Fakten durch unsere Gedanken. Wir spielen das Geschehen neu, so wie wir es jetzt wollen, bejahen und für richtig halten“ (ibid.).

Diese Art der Arbeit ist natürlich von der philosophischen Position *Ilijines* bestimmt, aber sie vermag Sterbenden Trost und Entlastung zu geben. Die Interventionsebene ist vorwiegend die der Vorstellungen, der Imagination und setzt bei dem Prozeß des *life review* an, „a naturally occurring universal mental process characterized by the progressive return to consciousness of past experiences and particularly the resurgence of unresolved conflicts; simultaneously and normally these revived experiences and conflicts are surveyed and reintegrated“ (*Butler* 1963). Das Vorgehen *Ilijines* und der Gestalttherapie ermöglichen, wie kaum ein anderes Verfahren, eine wirkungsvolle Hilfe für die Überschau des Lebens zu bieten, von der *Karasu* und *Waltzman* (1976) meinen: „Sie kann als ein letzter Versuch angesehen werden, die eigene Identität zu deuten und für das Leben ein Gefühl des Sinnes zu gewinnen. Die Lebensüberschau hat, wie alle Muster der Adaptation, für die Psychotherapie des sterbenden Patienten bedeutende Implikationen.“

*K. Lückel* (1979) greift gerade diesen Aspekt der Lebensbilanz in seinem Bericht über gestalttherapeutische Sterbehilfe in der Seelsorge auf. Ziel einer solchen Bilanz ist nicht nur die Integration „unerledigter Dinge“ (*unfinished business*, *Perls* 1969 a), sondern darüber hinaus und damit verbunden persönliches Wachstum. *Perls* (1969 b) beschließt seine Autobiographie mit dem Satz: „There is no end to integration“, und am tatsächlichen Ende des Lebens soll als Ergebnis der kontinuierlichen Integrationsleistung das Leben ein sinnerfülltes Ganzes (*meaningfull gestalt*, *ibid.*) sein. „Eine Schließung der Lebensgestalt aber ist für den ‚ins Leben geworfenen‘ (*Heidegger*) Organismus das ultimative Ereignis des Todes. Der Abschluß des Lebens, der Tod, könnte in dieser Sicht zum ..., d. h. aber nicht nur zur letzten, sondern auch zur wesentlichsten Leistung des menschlichen Lebens werden: Schließung der offenen Gestalt des Lebens, Vollendung der ‚guten Gestalt‘“ (*Petzold* 1973 b, 15).

Auch *Zinker* (1966) betont die Möglichkeit des psychologischen Wachstums bei sterbenden Patienten und die Notwendigkeit, Hilfen zum Wachstum zu geben. Der kreative Prozess der Gestalttherapie (*Zinker* 1977) mit seinem Konzept des „I and Thou in the Here and Now“ (*Perls* 1969 a), ermöglicht eine Gestaltung des Todesereignisses in der zwischenmenschlichen Begegnung. Das Instrument der „aware-

ness“, der wachen Bewußtheit für das, was von Moment zu Moment in mir und um mich herum vor sich geht, wird zum Ausgangspunkt der Arbeit. Die „Phänomenologie des Hier und Jetzt“, wie sie Zinker (1975) beschrieben hat, erlaubt dem Patienten die bewußte Integration seines Erlebens. Er schweift mit den Gedanken nicht fortwährend in die Zukunft, sondern *bleibt bei dem, was ist*. Perls (1975), hat Angst als die „Lücke zwischen dem Hier und Jetzt und der Zukunft“ beschrieben, als „Katastrophenerwartung“. Indem der Begleiter den Patienten dazu anhält, im Hier und Jetzt zu bleiben, von Moment zu Moment, von Gegenwart zu Gegenwart voranzuschreiten, nimmt er ihn aus der Angst. Das Hier-und-Jetzt-Erleben kann dabei ein Erleben innerer Bilder und Gefühle, äußerer Realitäten wie Blumen und Bilder oder des zwischenmenschlichen Kontaktes mit dem Begleiter oder anderen Anwesenden sein. Die Zentrierung der Awareness auf gegenwärtiges Erleben ist für Sterbende eine große Hilfe. Die Fähigkeit hierzu ist oft bei längeren Krankenhaus- oder Pflegeheimaufenthalten abhanden gekommen. Zu viele Hoffnungen sind gehofft, zu viele Ängste durchlebt worden. Entweder ist der Patient immer noch in ständiger Zukunftsorientierung oder in resignative Apathie verfallen, so daß die Fähigkeit der „awareness“ erst wieder aufgebaut werden muß. Die Awarenessübungen und *Now-exercises* der Gestalttherapie (Stevens 1975) und der *Sensory Awareness* (Brooks, Selver 1979) bieten hierzu vielfältige Möglichkeiten.

Ich habe an anderer Stelle über die Arbeit mit einem sechszwanzigjährigen Krebspatienten berichtet (Petzold 1979 e). In dieser Sterbegleitung wurden Gestaltmethoden und kreative Medien als integrativer therapeutischer Ansatz verwandt (Bubolz 1979). Dem Patienten wurden Medien wie Ton, Wachskreiden und Fingerfarben zur Verfügung gestellt, mit denen er seine Gefühle und Stimmungen auszudrücken begann. Sterben ist ein Geschehen, das von der Sprache nicht mehr voll zu erfassen ist, wo Worte nicht mehr zureichen. An der Grenze des endgültigen Schweigens werden die Worte karg. Hier bieten der Strich und die Farbe Möglichkeiten für den Patienten, das, was in ihm vorgeht, besser auszudrücken. Gemeinsam an einem Bild malen, erschließt eine neue Dimension der Kommunikation.

Oft werden Bilder mit ganz konkreten Inhalten gemalt, oft nur Farb- und Formkompositionen. Diese Materialien können, soweit der Zustand des Patienten dies zuläßt, auch gestalttherapeutisch dramatisiert werden. So kann er mit dem Tod oder der Krankheit, die er im Bild dargestellt hat, in einen Dialog treten, kann Dialoge zwischen Tod und Leben, also zwischen zwei Bildelementen führen, kann sich über die Identifikationstechnik mit seinem Tod und seinem Leben vertraut ma-

chen. In einer Sitzung, wo Ton als Material mitgebracht wurde, gestaltet der Patient ein eingefallenes Totengesicht. Er streichelt es immer wieder: „Das ist mein Gesicht. Ein müdes Gesicht... kühl wie der Ton und glatt. Ich bin dieses Gesicht ... eigentlich ganz friedlich, wenn diese Quälerei zuende ist. Mein Gesicht ist aus Erde.... seltsam ... der Gedanke, daß mein Gesicht aus Erde ist. (Zum Begleiter). Von wieviel Gesichtern mag wohl Erde in diesem Ton sein?... Ich bin jetzt müde. (Streichelt das Gesicht) ... Mein Gesicht ist sehr müde geworden. (Zum Begleiter) Es ist nicht schlimm; nicht so schlimm wie vor ein paar Wochen... wirklich.“ Dieser Abschnitt einer Sitzung, die zwei Tage, bevor der Patient in die Agonie eintrat, stattfand, zeigt, daß vom Begleiter oft gar nicht viel gesagt werden muß. Die Sprache der Augen und des Gesichts, ein Händedruck oder ein Nicken sagen häufig mehr als Worte, wenn der richtige Kontakt gefunden ist.

Bei Patienten, die noch stark in der Phase der Auflehnung sind oder in der Phase des Verhandeln oder der Verzweiflung (Kübler-Ross 1972)\* sind die Techniken des Dialogs, des Rollentauschs und des Doppel-Ichs ausgesprochen hilfreich. Sie ermöglichen eine sehr konkrete und plastische Auseinandersetzung des Patienten mit dem Tod oder der Krankheit. Im Rollentausch mit ihnen wird meistens die Unabänderlichkeit ausgesprochen und kann dann bei der Rückkehr in die eigene Rolle leichter angenommen werden.

Mit einer 75jährigen, schwer herzkranken Patientin in einem Pflegeheim, die von großen Ängsten vor dem Tod gequält wurde, so daß sie, wenn niemand bei ihr war, in Panik geriet und für die Schwestern zu einer enormen Belastung wurde, konnte ich in einer Sitzung eine nachhaltige Entlastung erreichen. Hier der entscheidende Ausschnitt aus der Arbeit:

*T.: Frau M., diese Angstgefühle kann ich Ihnen nicht nehmen. Die liegen in Ihnen.*

*M.: Das weiß ich ja. Aber was soll ich denn machen? Ich kann mich dagegen gar nicht wehren. Der Tod steht immer im Zimmer, immer wenn keiner hier ist. Der holt mich. Wenn keiner hier ist, holt der mich.*

*T.: Wenn doch der Tod im Zimmer ist, dann sprechen Sie ihn an. Sprechen Sie zu ihm!*

---

\* Das Phasenmodell von Kübler-Ross behält, auch wenn es von verschiedenen Untersuchungen in seiner Allgemeinheit nicht bestätigt werden konnte (vgl. Karasu, Waltzman 1976, 262f), einen heuristischen Wert. Eine differentielle Sicht ist notwendig und erfordert eine sorgfältige Beurteilung der Gesamtsituation, d. h. des Zustandes des Patienten, seiner sozialen Bezüge, des klinischen Settings.

M.: *Den Tod ansprechen ...?*

T.: *Ja. Was würden Sie ihm sagen? Versuchen Sie's mal, jetzt; ich bin ja hier, bei Ihnen.*

M.: *Ich hab Angst. Ich will noch nicht.*

T.: *Was antwortet der Tod?*

M.: *Der antwortet nicht.*

T.: *Versuchen Sie mal die Rolle des Todes zu übernehmen. Was könnte der Tod antworten? Stellen Sie sich das mal vor!*

M.: *Der könnte antworten: „Du entgehst mir nicht“. Ja das sagt er. „Du entgehst mir nicht, niemand entgeht mir, auch wenn er sich noch so sträubt“.*

T. (doppelt): *Warum wehrst Du Dich denn so. Du machst es Dir nur schwer. Ich komme zu jedem, nicht nur zu Dir.*

M.: (wieder in ihrer Rolle): *Ja, Du kommst zu jedem, auch zu mir (fängt an zu weinen), an mir gehst Du nicht vorbei.*

T.: *Gehen Sie wieder in die Rolle des Todes. Was sagt der Ihnen darauf?*

M. (weint noch): *Ich komm zu Dir, bald schon, und das weißt Du auch. Ich steh ja schon hier. Ich dräng Dich nicht, aber ich bin sehr nah. (Sie weint wieder und wird nach einiger Zeit ruhiger. Sie hat die Augen geschlossen, den Kopf in die hintere, dunkle Ecke des Zimmers gewandt. Plötzlich fängt sie an leise und mit zittriger Stimme zu singen): „Gib deine Hand, du schön und zart Gebild, bin Freund und komme nicht zu strafen. Hab keine Angst, ich bin nicht wild, sollst sanft in meinen Armen schlafen.“ (Sie atmet ruhig.)*

*Ich bleibe noch zehn Minuten schweigend sitzen. Die Patientin ist eingeschlafen. Ich verlasse leise den Raum. Seit dieser Sitzung wurde sie von Ängsten nicht mehr gequält. Sie starb drei Monate später ganz friedlich, begleitet von ihrer Tochter.*

In der Arbeit mit Sterbenden übernimmt der Begleiter immer wieder die Rolle des „*auxiliary ego*“, eines Hilfs-Ich im Sinne des Wortes. Er stützt das verblässende, sterbende Ich des Patienten und hilft ihm, seine Bilanz zu ziehen, seine Lebensgeschichte zu integrieren und in Würde zu sterben (Krant 1974, Petzold, Marcel 1976).

## *4.2 Das Therapeutische Theater V. N. Iljines in der Arbeit mit alten Menschen*

Das „*Therapeutische Theater*“ V. N. Iljines hat, bei aller Verwandtschaft zum Psychodrama, eine ganz andere Charakteristik als dieses. Psychodrama und Gestalttherapie sind im eigentlichen Sinne dramati-

sche Interventionsmethoden, dazu geeignet und bestimmt, *ad hoc* eine vorhandene Situation aufzugreifen und zu strukturieren. Wo dieses im therapeutischen Theater notwendig wird, unterscheidet es sich nicht wesentlich vom gestaltdramatischen Vorgehen: es wird unter Einbeziehung imaginativer Techniken verbal exploriert, und die aufkommenden Fragestellungen werden im Improvisationsspiel mit einem „leeren Stuhl“ oder einem Antagonisten dramatisiert. Das eigentliche therapeutische Procedere des *Iljine'schen* Verfahrens ist anders orientiert. Es ist auf die Feststellung eines individuellen oder gruppalen Themas und auf seine Dramatisierung in Form eines Szenariums, gerichtet. Der Prozeß der Themenfindung, der Erarbeitung des Rahmenstückes, seine Inszenierung und die Auswertung in jeder Phase des Prozesses stehen im Zentrum.

Das „Therapeutische Theater“ steht in diesem Sinne dem klassischen Theater näher als das Psychodrama, das mehr an die Improvisationstradition des Mimus und der Comedia dell'Arte anknüpft (*Petzold, Schmidt 1972*). Es ist aber nicht wie die Theatertherapie auf die Inszenierung schon bestehender Stücke beschränkt oder auf das Spiel problemrelevanter Passagen aus der Literatur, wie es im therapeutischen Verfahren der „*expression scénique*“ (*Dars, Benoit 1973; Dars, Beaujean 1975*) geschieht. Vielmehr wird ein neues Stück als dynamischer Prozeß erstellt (*Iljine 1942, 1972; Petzold 1973, 1977h, 228-238*), und die in diesem Prozeß aufkommenden Inhalte, Interaktionen, ja der Ablauf selbst wird Gegenstand des therapeutischen Durcharbeitens (vgl. jetzt auch *Allen, Krebs 1979*). *Iljine* gründet dabei einerseits als Schüler *Ferenczis* auf der psychoanalytischen Theorie, andererseits auf Konzepten *Stanislawskijs* und der phänomenologischen Philosophie und Psychologie.

Das therapeutische Theater ist sicherlich „schwerfälliger“ als das Psychodrama, was die Dramatisierung angeht, aber es ist in gewissem Sinne subtiler. Es erfaßt die Ebene des Symbolischen besser und ermöglicht einen Brückenschlag zur Dimension des Ästhetischen, der künstlerischen Gestaltung. Auf der anderen Seite wird durch seine Praxis des Improvisationstrainings ein sehr effektives und unmittelbares Spontaneitätstraining möglich. Diese beiden, parallel eingesetzten Elemente „*Improvisationstraining*“ und „*Improvisationsspiel*“ von Rahmenstücken (*Schmidt-Ranson 1976, 209*) machen das Therapeutische Theater für die Arbeit mit alten Menschen sehr geeignet, weil aufdeckendes und übend-agogisches Vorgehen verbunden werden. Konflikte Dramatisieren, „einfach Theater spielen“, Fähigkeiten und Fertigkeiten für das Spiel üben, alles das fließt in der Arbeit im Therapeutischen Theater zusammen.

Die ersten Eindrücke über die Verwendung dramatischen Spiels mit alten Menschen erhielt ich durch die Teilnahme an Gruppen (seit 1964), die V. N. Iljine bis 1968 in zwei russischen Altersheimen bei Paris durchführte. Er war damals selbst schon vierundsiebzig Jahre alt und hatte sich neben seiner ausgedehnten Lehrtätigkeit und wissenschaftlichen Arbeit besonders der therapeutischen und pädagogischen Arbeit mit sozial Entwurzelten und alten Menschen gewidmet, ein Interesse, das ihn mit seinem Freund *Gabriel Marcel* verband. Im folgenden soll die Arbeit mit alten Menschen anhand der von *Iljine* durchgeführten Gruppenarbeit dargestellt werden.

#### 4.2.1 *Improvisationstraining*

Das Improvisationstraining besteht aus Atem-, Bewegungs-, Stimm-, Wahrnehmungs-, Ausdrucks- und Entspannungsübungen, die eine allgemeine Mobilisierung und Lockerung bewirken sollten und auf die Förderung der Vitalität und Gesundheit des Leibes gerichtet sind. *Iljine* (1965, 12) vertrat die Auffassung: „*Der Mensch wird alt, wenn er aufhört zu springen, wenn sein Lachen verstummt, wenn die Liebe kalt wird. Das Grab hat schon von ihm Besitz ergriffen, wenn er sich nicht mehr berühren läßt und niemanden mehr berührt - und dieses sage ich nicht nur im Hinblick auf das Herz sondern auch im Hinblick auf den Leib.*“

Das Improvisationstraining, das er aus der Stanislavskij-Methode zur Schulung von Schauspielern (*Reilstab* 1976) entwickelt hatte, sollte den Spaß am Spiel, das Lachen, den emotionalen, sozialen, körperlichen Kontakt wieder ermöglichen und die physische Aktivität aufbauen; denn „ohne einen vitalen Leib kann keine Handlung kraftvoll vollzogen, keine Rolle lebendig gespielt werden. Der Leib ist Anfang und Ende meiner Existenz. Seine Gesundheit, Lebendigkeit, Empfindsamkeit, seine Kraft und Festigkeit, seine Beweglichkeit und Durchlässigkeit sind die Voraussetzung jedes Gedankens, jeden Gefühls, jeder Beziehung, die nur als *Verkörperung* möglich sind“ (*Iljine* 1965, 17). Das Konzept der „*Verkörperung*“, das von *Stanislavskij* (1963) entwickelt wurde, steht bei *Iljine* (1923) an zentraler Stelle. Im Unterschied zu dem russischen Theaterinnovator, für den der Körper letztlich „doch nur ein Instrument für die Seele“ war, „ein Mittel, um eine Bewegung darzustellen, die aus dem Innern kommt“ (*Reilstab* 1976, 52), bildet der phänomenale Leib im Therapeutischen Theater „die Grundlage von allem“ (*Iljine* 1942, 57). Es wird deshalb auch eine Trennung von „innen und außen“ abgelehnt (vgl. *Waldenfels* 1976).

Der therapeutischen Arbeit eine leibliche Grundlage zu geben, ist gerade in der Arbeit mit alten Menschen - und nicht nur dort - von eminenter Bedeutung, ist doch ihr Alternsvorgang nicht nur soziale Realität, sondern auch konkretes leibliches Geschehen, wobei sich soziale, körperliche und geistige Involution wechselseitig bedingen (vgl. Epstein, Simon 1966; Lowenthal, Haven 1968; Simon 1968; Kahn et al. 1960; Olechowski 1969, 130; Petzold, Berger 1979; für die gesellschaftlichen Hintergründe siehe Kamper, Rittner 1976). Iljine hatte diese Zusammenhänge klar erkannt. Für ihn bereitete das Improvisationstraining nicht nur die Verkörperung von Rollen vor, sondern war „eine Kampfansage an den Primat der Rede und ein Plädoyer für das ganze Spiel“ (1942, 11) sowie ein erbitterter Angriff „gegen das Märchen, daß wir alten Menschen notwendig und unabänderlich Ruinen sein müssen. Wenn wir Ruinen sind, dann deshalb, weil wir unser Haus, unseren Leib haben verkommen lassen, ja nicht nur das, weil wir die von uns erwartete Demontage in dummem Gehorsam vollzogen haben“ - eine Äußerung, die er oft beim Improvisationstraining in Gruppen mit alten Menschen machte und durch seine eigene Lebenspraxis - er war bis zu seinem letzten Lebenstag körperlich und geistig und aktiv - unterstrich.

Das Improvisationstraining des therapeutischen Theaters bietet hier eine wesentliche Ergänzung des Psychodramas, weil es über gezielte Möglichkeiten der körperlichen Mobilisierung verfügt. Es trifft damit ganz eigentlich die Intentionen Morenos, der der körperlichen Seite des Rollenspiels in seinem Konzept der „psychosomatischen Rollen“ (1961, 519) Rechnung getragen hat und in seinen therapeutischen Experimenten mit Musik Bewegungselemente verwandte (1946, 277-298). Wir arbeiteten „mit dem Körper, der sich im Raum bewegt, und nicht primär mit sprachlichen Assoziationen. Es wurde kein verbaler Prozeß erwartet“ (ibid. 216). Moreno geht davon aus, daß bei jeder Aktivität „verschiedene Muskelgruppen in Aktion gesetzt werden und dadurch das Gemüt indirekt zu gewissen emotionalen Zuständen stimuliert wird. In den alltäglichen Aktivitäten des Lebens schließen die muskulären Anstrengungen immer Stimmungen oder Gemütszustände ein. Muskeln und Haltungen stehen in enger Beziehung“. Deshalb geht es darum, „geistiges Verhalten körperlich, zu einer 'Inkarnation' des Geistes zu machen. Wenn ein Mann eine Geschichte schreibt, so ist seine Handlung abstrakt und von seinem Körper weit entfernt, doch einer, der Geschichten erzählt und sie sogar improvisiert, trägt ihre Wirkung bis in sein körperliches Verhalten“ (Moreno 1946, 142).

In unserer Arbeit mit alten Menschen haben wir die Anregungen, die wir von Iljine, Perls und Moreno im Hinblick auf das Einbeziehen des

Leibes bekamen, aufgenommen und vertieft durch Gruppenarbeit mit „integrativer Bewegungstherapie“ (Petzold, Berger 1979). Im praktischen Vorgehen mit Methoden des Therapeutischen Theaters und des Psychodramas verwenden wir immer wieder Bewegungselemente zum „non-verbal-warm-up“ (Blatner 1970, 22; Fine 1970, 931f) und zur Vorbereitung auf die Verkörperung von Rollen.

#### 4.2.2 Improvisationsspiel

Im zweiten Element des Therapeutischen Theaters, dem „Improvisationsspiel“, arbeitet man im Unterschied zum Psychodrama Morenos nicht mit völlig freien Improvisationen, sondern geht nach einem Rahmenstück vor, das vom Therapeuten für die Gruppe bzw. einen Protagonisten, abgestimmt auf die spezifisch vorfindliche Problematik, geschrieben wurde, - eventuell unter Beteiligung der Gruppe oder des Klienten (Iljine 1972, 172) - und dann inszeniert wird. In einem solchen Rahmenstück kann dann frei improvisiert werden (Petzold 1973, 111). Mit aktiven und geistig beweglichen Gruppen kann man auch gemeinsam das Rahmenstück erarbeiten (Petzold, Iljine, Schmidt 1972). Die Vorgabe eines Rahmenstückes hat insbesondere bei unbeweglichen, unsicheren alten Menschen große Vorteile. Nach einem Stück „Theater zu spielen“, erzeugt für sie offenbar häufig weniger „kognitive Dissonanz“ als freies psychodramatisches Improvisationsspiel. Hier hat sich der Zugang über das Rahmenstück des Therapeutischen Theaters oftmals als einfacher und effektiver erwiesen. Die Rahmenstücke, die nicht mehr als ein grobes Handlungsgerüst sind, können auf die Situation im Heim oder im Altenclub oder auf spezifische Probleme der Zielgruppe zugeschnitten werden. Sie wirken, je nach der Art der Abfassung, zunächst weniger persönlich. Es empfiehlt sich auch, mit heiteren, Scharade-ähnlichen Stücken (Budenz, Lutz 1964), mit Tätigkeitsspielen (Haven 1970, 115), in denen alltägliche Geschehnisse und Tätigkeiten zur Darstellung kommen, zu beginnen. Ein derartiger Einstieg wird gerne als willkommene Anregung und Abwechslung aufgenommen. Im Rahmen eines Handlungsgerüsts bieten auch die freien Improvisationen keine großen Probleme. Im Gegenteil, es wird allgemein als erleichternd und auch als einsichtig erlebt, daß die Rollen nicht auswendig gelernt werden müssen, sondern nur eine grobe Kenntnis der Rollencharakteristik und des Handlungsablaufs erforderlich ist. Bei sehr gehemmten Patienten kann das Szenarium so ausformuliert werden, daß die Teile zunächst abgelesen und „deklamiert“ werden, um auf diese Weise die freie Improvisation graduell vorzubereiten.

Die von *Iljine* durchgeführten Gruppen hatten 8 - 16 Teilnehmer. Sie bestanden nicht nur aus alten Menschen, sondern es nahmen auch Studenten, Kinder und Enkel, die regelmäßig zu Besuch ins Heim kamen, und Leute vom Personal teil. Die Sitzungen waren offen, d. h. es konnte jeder, der Lust hatte zu kommen und mitzuspielen, teilnehmen. Die Zeiten an einem bestimmten Nachmittag hatten sich fest eingebürgert und waren zu einer Tradition geworden. Der Akzent der Arbeit war erlebniszentriert, ohne primär psychotherapeutische Ausrichtung. Dennoch war dieses ludische Vorgehen mehr als eine freizeitpädagogische oder beschäftigungstherapeutische Maßnahme. Das Therapeutische Theater diente der kreativen Entfaltung der alten Menschen (*Butler 1967, Cath 1973*) und hatte Rückwirkungen auf das Problemverhalten einzelner Teilnehmer, auf die Kommunikation im Heim und die Beziehungen zu teilnehmenden Angehörigen. Neben dieser offenen Gruppe gab es noch eine geschlossene, fortlaufende Gruppe mit Heimbewohnern, die psychotherapeutische Hilfe notwendig hatten. Diese Gruppe hatte acht Mitglieder. Zu den offenen Sitzungen wurden meistens von *Iljine* oder von einem der regelmäßig teilnehmenden Heimbewohner Rahmenstücke mitgebracht oder ad hoc in der Gruppe konzipiert. Das Schreiben von Rahmenstücken war für einige Teilnehmer zu einer beliebten Freizeitaktivität geworden. In der Therapiegruppe wurde mit aufeinander aufbauenden bzw. aufeinander bezogenen Rahmenstücken gearbeitet, die vom Therapeuten aufgrund des vorhandenen Materials und der Vorschläge der Teilnehmer konzipiert wurden.

Die offenen Gruppen waren von sehr großer Lebendigkeit und Spontaneität gekennzeichnet. Die Improvisationen waren oft geistreich, lustig, ausdrucksvoll und vital, wie man es von Siebzig- bis Neunzigjährigen kaum erwarten würde. Die regelmäßige, langjährige Arbeit mit Improvisationstraining und Improvisationsspiel hatte offensichtlich Früchte getragen. Ich habe jedenfalls später nie mehr eine so lebendige und aktive Gruppe alter Menschen im Therapeutischen Theater oder Psychodrama gehabt, wobei eingeräumt werden muß, daß meine anderen Gruppen stärker konfliktzentriert-therapeutisch ausgerichtet waren. Auch hatte ich keine Möglichkeit wahrgenommen, in einem offenen Setting zu arbeiten, sondern mich auf geschlossene Gruppen zentriert. Im Therapeutischen Theater arbeiten in der Regel zwei oder auch drei Therapeuten zusammen. Bei Gruppen mit mehr als zehn Teilnehmern können die erforderlichen Assistenz- und Souffleurfunktionen von einem Leiter nicht wahrgenommen werden. Die konkrete Arbeit im Therapeutischen Theater habe ich an anderer Stelle ausführlich anhand einer Sitzungssequenz dargestellt (*Petzold 1979 r*).

### 4.2.3 Die Effekte des Therapeutischen Theaters in der Arbeit mit alten Menschen

Das Therapeutische Theater hat, wie ich anhand von Beispielen zeigen konnte (Petzold 1979 r), einen sehr intensiven kommunikativen Effekt. Die Aufgabe, die sich mit der Erarbeitung und Realisierung eines Rahmenstückes stellt, erfordert die Kooperation und Verständigung der am Stück arbeitenden Gruppe. Die gruppodynamischen Prozesse entstehen nicht als Artefakte, sondern artikulieren sich aus einer konkreten Situation gemeinsamer Arbeit. Das Gespräch kommt dadurch unter Menschen in Gang, die vielfach in sich verschlossen sind oder deren kommunikative Kompetenz sich zurückgebildet hat. Die Forderungen, die sich mit der Aufgabe des Stückes an jeden einzelnen und an die Gruppe insgesamt stellen, führen zu einer Aktivierung, die gerade für den alten Menschen eine hohe Bedeutung hat. Er kann sich im Unterschied zu den meisten anderen Formen der Gruppentherapie an einer Sache, dem Stück, engagieren. Das inszenierte Rahmenstück steht am Schluß als ein kleines Kunstwerk da. Das Szenarium vermittelt das Gefühl, gemeinsam etwas *Überdauerndes* geschaffen zu haben - die meisten Gruppenmitglieder heben die Szenarien sorgfältig auf und schreiben die wichtigsten Aspekte der Realisierung nachträglich dazu. - Über das Engagement am Stück entwickelt sich das Engagement der Teilnehmer füreinander. Die Stücke präsentieren gemeinsam Erlebtes, gemeinsame Wünsche, Interessen, miteinander Geteiltes, einander Mitgeteiltes, persönliches Schicksal.

In den Dramatisierungen von aktuellen Problemen oder biographischen Ereignissen werden unabgeschlossene Situationen integriert und können anstehende Konflikte gelöst werden. Die halbliterarische Form macht es sinnfällig, *festgeschrieben*, daß ein Stück Vergangenheit ergriffen und sich wieder angeeignet wurde. Gerade dieser Aspekt hat in der Arbeit mit alten Menschen besondere Bedeutung. Dies wird durch die große Kontinuität deutlich, mit der viele Gruppenmitglieder an ihren Lebensthemen arbeiten. In therapeutischen Gruppen, die ich mit alten Menschen mit der Methode *Iljines* durchgeführt habe, wurden von den Teilnehmern Szenarien für ganze Lebensabschnitte geschrieben, ohne daß sie inszeniert wurden. Oft wurde in der Gruppe nur über die Themen der Szenarien gesprochen und das eine oder andere ins Spiel gebracht. Die „Dramatisierung“ des eigenen Lebens in Form von Szenarien als eine Art „Tagebuch aus der Retrospektive“ hatte den Effekt einer integrierenden Rückschau, in der das Leben „rund“ wurde. Die „*scenae vitae*“, die einzelnen Szenen des Lebens wurden zur „*fabula vitae*“, zur Lebensgeschichte verbunden, deren *Sinn* als

evident erfahren wird (Petzold 1978 d, 1979 i). Zu den wesentlichen Wirkungen des Therapeutischen Theaters bei alten Menschen ist die Konfrontation mit der eigenen Leiblichkeit zu rechnen. Die Annahme des eigenen Leibes als alternder durch die Selbsterfahrung mit dem Leib im Improvisationstraining hat zu einem tieferen Selbstverständnis der alten Menschen geführt und einen wesentlichen Anstoß gegeben, die „Resignation des Leibes“, ausgedrückt als Resignation an den Altersgebresten und dem „unabänderlichen“ Abbau der Kräfte, zu überwinden. Es wurde auf diese Weise eine grundsätzliche Reaktivierung in den Gruppen möglich, die als Reaktivierung des Leibes auch den emotionalen, kognitiven und kommunikativen Bereich einbezog. Das Therapeutische Theater hat sich besonders in der Arbeit in Institutionen bewährt. In Altersheimen wirkt die Arbeit an den Szenarien oder an der Inszenierung - besonders, wenn Kostüme und Masken in die Realisation einbezogen werden - über die Gruppenstunden hinaus in das alltägliche Leben hinein. Es wird Beschäftigung und mehr als das erreicht: gemeinsame Arbeit und wechselseitiger Austausch.

Bleibt man im begrifflichen Rahmenwerk *Morenos*, so werden Spontaneität und Kreativität gefördert, und zwar meiner Meinung nach nachhaltiger als im Psychodrama, weil die Eigenbeteiligung und Eigenleistung des Einzelnen und der Gruppe im Therapeutischen Theater stärker gefordert und damit gefördert werden. Rollenrepertoire und Rolleninventar werden aktiviert bzw. reaktiviert, und die Ausbildung integrierender, transzendenter Rollen wird durch die Erarbeitung bilanzierender Szenarien und deren Dramatisierungen gefördert. Zentral ist die Stabilisierung der psychosomatischen Rollen durch die Methoden des Improvisationstrainings. Hier werden die Möglichkeiten des Psychodramas überschritten. Insgesamt kann der Effekt des Therapeutischen Theaters als der einer Stabilisierung und Revitalisierung des sozialen Atoms und der konkreten Basis desselben, d. i. der Leib des Kernindividuums, gekennzeichnet werden.

*Iljine* hat in seinem Verfahren auf dem Boden der „aktiven Technik“ seines Lehranalytikers *Ferenczi* konfliktzentriert-aufdeckende Arbeit mit agogischen, aktivierenden Maßnahmen verbunden, die die Leibfunktionen ertüchtigen, neues Verhalten aufbauen und alternatives Erleben ermöglichen. Es ist gerade diese „Mischung“, die das Therapeutische Theater für die Arbeit mit alten Menschen so hervorragend geeignet macht.

## Schlußbemerkung

Psychotherapie und psychosoziale Interventionen in der Arbeit mit alten Menschen sollten davon ausgehen, daß „der Mensch in einer lebenslangen Entwicklung steht, die auf eine immer tiefere Erkenntnis seiner selbst, der Menschen und des Kosmos zielt“ (Iljine 1909), daß sein Leben nicht enden muß, „wie der absteigende Teil einer Gauss'schen Kurve“, sondern daß Wachstum der Persönlichkeit auch beim alten Menschen geschieht (Pruyser 1975). Dies ist nicht nur eine Prämisse der philosophischen Anthropologie sondern wird auch durch die Forschungen zur Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (Baltes 1979) nahegelegt. Der alte Mensch kann bis an sein Lebensende wachsen und schöpferisch sein, wenn man ihm hierzu nicht die Möglichkeiten nimmt, denn solange der Mensch lebt, haben Integration und Kreation kein Ende, ja sein Sterben vermag ein integrativer und kreativer Akt zu werden, nicht nur seine letzte, sondern seine äußerste Leistung: *ἔσχατον ἔργον*.

Die Verfahren dramatischer Therapie: Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gestalttherapie bieten mit ihrem integrativen und kreativen Ansatz für die Arbeit mit alten Menschen die Möglichkeit, deren kreative Potentiale freizusetzen und wieder zu mobilisieren.

Ihre flexible Methodologie erlaubt die Kombination mit anderen Kreativmethoden (Bubolz 1979; Frohne 1979; Petzold, Berger 1979). Ihre theoretischen Konzepte und ihre Praxis weisen in die Richtung, in die eine „angewandte Gerontologie“ als interventionsorientierte Disziplin gehen muß. Es ist zu hoffen, daß diese Verfahren in der Arbeit mit alten Menschen entsprechende Verbreitung finden werden.

### Literatur

*Die Literatur zu diesem Artikel findet sich, soweit sie nicht nachstehend aufgeführt ist, in der Bibliographie am Schluß dieses Bandes.*

Abraham, K. 1942. The applicability of psychoanalytic treatment to patients at an advanced age. In: Selected papers. London, Hogarth Press, 312-317.

Allen, R.D., Krebs, N. 1979. Psychotheatrics. The new art of self-transformation, Garland, STPM Press, New York.

Baltes, P.B. 1973. Strategy for psychological intervention in old age. *Gerontologist* 13, 4-12.

Baltes, P.B. 1978. Intervention in lifespan development and aging: a preliminary catalogue of issues and concepts. Vortrag auf der Konferenz „Interventionsgerontologie“. Heidelberg.

Baltes, P.B., Barton, E.M. 1978. Functional-operant analysis of aging: a theoretical model, research and intervention paradigm. Vortrag auf der Konferenz „Interventionsgerontologie“. Heidelberg.

- Baltes, P.B. 1979 (Hrsg.). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Stuttgart.
- Bandura, A. 1976. Lernen am Modell. Klett, Stuttgart.
- Barns, E.K., Sack, A., Shore, H. 1973. Guidelines to treatment approaches - modalities and methods for use with the aged. *Gerontologist* 13, 513-528.
- Benaim, S. 1957. Group psychotherapy within a geriatric unit. An experiment. *Intern. J. Social Psychiatry* 3, 123-128.
- Bennett, A. 1973. The psychiatric management of geriatric depressive disorders. *Diseases. Nerv. System* 34, 222-225.
- Berger, M.M., Berger, L.F. 1973. Psychogeriatrische Gruppenarbeit, in: Sager, Kaplan, Heigl-Evers (zit. Gesamtbibliographie) III, 931-944.
- Berger, M.M., Berger, L. 1973. A holistic group approach to psychogeriatric out patients, *Int. J. Group Psychother.* 23, 432-444.
- Berland, D.I., Poggi, R. 1979. Expressive Group Psychotherapy with the Aging. *Intern. J. Group Psychother.* 1, 87-108.
- Berner, P., Gabriel, E. 1977. Krisenintervention in der Psychiatrie. *Psychiatria Clinica* 1/3 (1977).
- Besems, Th. 1977. Philosophisch-anthropologische Bemerkungen zur Integrativen Therapie/Gestalttherapie. *Integrative Therapie* 3/4, 176-186.
- Besems, Th. 1977. Integrative Therapie als Ansatz zu einer „kritischen“ Gestalttherapie. *Integrative Therapie* 3/4, 187-193.
- Binstock, R.H., Levin, M.A. 1976. The political dilemmas of intervention policies. In: Binstock, R.H., Shanass, E. 1976. Handbook of aging and the social sciences. New York (1976) 511-535.
- Bloom, S. 1975. A study of the impact of sensitivity training on the elderly, *Interpersonal Development* 3/4, 150-152.
- Breloer, G. 1976. Bildungsarbeit mit alten Menschen aus bildungspolitischer Sicht. In: Petzold H., Bubolz, E. (1976) 61-88.
- Brenner, P., Hoff, H. 1958. Krisen des Altwerdens, *Vita Humana* 2, 165-190.
- Buber, M. 1923. Ich und Du. Lambert Schneider 9. Aufl. 1977.
- Bubolz, E. 1979. Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen, *dieses Buch*.
- Bubolz, E. 1979a. Ein humanistischer Lernbegriff für die Arbeit mit alten Menschen. *Z. f. humanist. Psychol.* 4 (in Vorbereitung).
- Burnside, I.M. 1970a. Crisis intervention with geriatric hospitalized patients. *J. Psychiatric Nursing and Mental Health Services* 8, 17-20.
- Burnside, I.M. 1970b. Loss: A constant theme in Group work with the aged. *Hospital and Community Psychiatry* 21, 173-177.
- Burnside, I.M. 1970c. Group work with the aged: selected literature. *Gerontologist* 10, 241-246.
- Burnside, I.M. 1971. Long-term group work with hospitalized aged. *Gerontologist* 10, 213-218.
- Butler, R.N. 1963. The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 26, 65-76.
- Butler, R.N. 1969. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist* 9, 243.
- Butler, R. N. 1974. Successful aging and the role of the life review. *J. Amer. Geriatric Society* 22, 529-535.
- Butler, R.N. 1975. Psychiatry and the elderly: An overview. *Americ. J. Psychiatry* 132, 893-900.
- Charbonneau, L. 1971. Der Gott der Perfektion. Goldmann, München.
- Coleman, J. S. 1976. Policy Decision, Social Science Information and Education. *Sociology of Education* 49, 303 ff.

- Cowper, R. 1970. Welt ohne Sonne. Goldmann, München.
- Eck, K., Imboden-Henzi, A. 1972. Erfülltes Alter und reicheres Erleben. Freiburg.
- Eibach, H. 1979. Sterbehilfe in der Klinik unter Einsatz des katathymen Bilderlebens, *Psychother. med. Psychol.* 3, 96-104.
- Eisdorfer, C., Stotsky, B.A. 1977. Intervention, treatment and rehabilitation of psychiatric disorders. In: Birren, J.E., Schaie, K.W. (Hrsg.) Handbook of the psychology of aging. New York. (1977) 724-748.
- Epstein, L.J., Simon, A. 1966. Social, psychological and physical factors in mental health and illness in old age. In: Proceedings of the 7th Intern. Congr. of Gerontology, Wien 1966. Verlag der Wiener medizinischen Akademie, Wien.
- Erikson, E. 1963. Childhood and Society, New York, 2. Aufl.
- Estes, C.L., Freeman, H.E. 1976. Strategies of design and research for intervention. In: Binstock, R.H., Shanas, E. 1976. Handbook of aging and the social sciences. New York (1976) 536-560.
- Fals Borda, O. 1978. Über das Problem, wie man die Realität erforscht, um sie zu verändern. In: Moser, H., Ornauer, H. 1978. Internationale Aspekte der Aktionsforschung. Kösel, München (1978) 78-135.
- Feil, N.W. 1967. Group therapy in a home for the aged. *Gerontologist* 7, 192-195.
- Finkel, S., Fillmore, W. 1971. Experiences with an older adult group at a private Psychiatric Hospital. *J. Geriatr. Psychiatry* 4, 188-199.
- Folsom, J.C. 1968. Reality orientation for the elderly mental patient. *Journal of Geriatric Psychiatry* 1, 291-307.
- Foucault, M. 1978. Von der Subversion des Wissens, Frankfurt.
- Frohne, I. 1979. Musiktherapie mit alten Menschen, *dieses Buch*.
- Geiger, G., Johnson, L. 1974. Positive education for elderly persons: correct eating through reinforcement. *Gerontologist* 14, 432-436.
- Ginzberg, R. 1955. Orientation in geriatric psychiatry. *J. Amer. Ger. Soc.* 3, 435-438
- Glasser, W. 1965. Reality Therapy. Harper & Row, New York.
- Goldfarb, A.I. 1955. Psychotherapy of aged persons. *Psychoanal. Review* 2, 72-80.
- Goldfarb, A.I. 1953a. Recommendations for psychiatric care in a home for the aged. *J. Gerontology* 8, 343-347.
- Goldfarb, A.I. 1953b. The orientation of staff in a home for the aged. *Mental Hygiene* 37, 76-83.
- Goldfarb, A.I., Turner, H. 1953. Psychotherapy of aged persons. Utilization and effectiveness of „brief“ therapy. *Amer. J. Psychiatry* 109, 916-921.
- Griese, H.M. 1979. Erwachsenensozialisation, Beltz, Weinheim.
- Gronemeyer, R., Bahr, H.-E. 1979. Niemand ist zu alt, Fischer, Frankfurt.
- Grotjahn, M. 1951. Some analytic observations about the process of growing old. *Psychoanal. Social Sciences* 3, 301-312.
- Grotjahn, M. 1955. Analytic psychotherapy with the elderly. *Psychoanal. Review* 42, 419-417; *dtsch. dieses Buch*.
- Gunn, J.C. 1968. An objective evaluation of geriatric ward meetings. *J. Neurol., Neurosurg. and Psychiatry* 31, 403-407.
- Gutmann, D., Gottesman, L.E., Tessler, S. 1973. Therapeutic and prothetic living environments for nursing home residents. *Gerontologist* 13, 419-423.
- Haase, H.J. 1978. Krisenintervention in der Psychiatrie, Schattauer, Stuttgart.
- Häfner, H. 1977. Psychiatrische Krisenintervention - Umsetzung in psychiatrische Einrichtungen. *Psychiatria Clinica* 10, 27-63.
- Häfner, H., Helmchen, H. 1978. Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise - konzeptuelle Fragen, *Nervenarzt* 49, 82-87.

- Handy, H.M. 1968. Foster care as a therapeutic program for geriatric psychiatric patients. *J. Americ. Geriatr. Society* 16, 984-993.
- Heinl, H., Petzold, H. 1980. Gestalttherapeutische Fokalthherapie bei Störungen aus der Arbeitswelt, *Integrative Therapie* 1
- Hiatt, H. 1971. Dynamic psychotherapy with the aging patient. *Amer. J. Psychotherapy* 25, 591-600.
- Himmelstrand, U. 1978. Aktionsforschung und angewandte Sozialwissenschaft: Wissenschaftlicher Wert, praktische Anwendungsmöglichkeiten und Missbräuche. In: Moser, H., Ormauer, H. Internationale Aspekte der Aktionsforschung. Kösel, München (1978) 51-77.
- Horn, K. 1979. Aktionsforschung. Syndikat, Frankfurt.
- Hummel-Steiner, I., Hummel, K. 1979. Das Altenheim als Gemeinschaftswesen, *Z. f. Humanistische Psychol.* 3/4
- Ilijine, V.N. 1942. Therapeutisches Theaterspiel. Sobor, Paris (russ.).
- Ingersoll, B., Silverman, A. 1978. Comparative group psychotherapy for the aged. *Gerontologist* 18, 201-206.
- Kahana, E. 1973. The human treatment of old people in institutions. *Gerontologist* 13, 282-289.
- Kanfer, F.H., Phillips, J. 1975. Die lerntheoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie. Kindler, München.
- Karasu, T., Waltzman, W. 1976. in: Bellak, Karasu (1976 Gesamtliteraturverzeichnis).
- Klein, W.H., LeShan, E.J., Furman, S.S. 1965. Promoting mental health of older people through group methods: A practical guide. Mental Health Material Center, N.Y.
- Labouvie, C.V. 1973. Implications of geropsychological theories for intervention: the challenge for the seventies. *Gerontologist* 13, 10-14.
- Lakoff, S.A. 1976. The future of social intervention. In: Binstock, R.H., Shanas, E.S. (Hrsg.) Handbook of aging and the social science. New York (1976) 643-664.
- Laschinsky, D., Petzold, H., Rinast, M. 1979. Exchange Learning, ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3, 224-225.
- Lawton, M.P. 1970. Institutions for the aged: Theory content and methods for research. *Gerontologist* 10, 305-312.
- Lazarsfeld, P.F., Reitz, G.G. 1975. An introduction to Applied Sociology, New York.
- Lehr, U. 1977. Psychologie des Alters. Heidelberg. 3. Aufl.
- Lehr, U. 1979. Interventionsgerontologie. Steinkopff, Darmstadt.
- Lewin, K. 1945. The research center for group dynamics at Massachusetts Institute of technology. *Sociometry* 2, 211-212.
- Lewin, K. 1948. Resolving social conflicts. Harper & Row, New York.
- Lewis, S.A. 1975. A patient determined approach to geriatric activity programming within a state hospital. *Gerontologist* 15, 146-149.
- Lewis, M., Butler, R. 1974. Life-review therapy: putting memories to work in individual and group psychotherapy. *Geriatrics* 29, 166-173.
- Lieberman, M.A., Gourash, N. 1979. Evaluating the effects of change groups on the elderly, *Int. J. Group Psychotherapy* 3, 283-304.
- Linden, M.E. 1953. Group psychotherapy with institutionalized senile women: Studies in gerontologic human relations. II. *Intern. J. Group Psychotherapy* 3, 150-170.
- Linden, M.E. 1954. The significance of leadership in gerontologic group psychotherapy: Studies in gerontologic human relations III. *Intern. J. Group Psychother.* 4, 262-273.
- Linden, M.E. 1955. Transference in gerontologic group psychotherapy. Studies in gerontologic human relations IV. *Intern. J. Group Psychotherapy* 5, 61-79.
- Linden, M.E. 1956. Geriatrics. In: S.R. Slavson, Fields of Group Psychotherapy, International Universities Press, New York.

- Linden, M.E., Courtney, D. 1953. Human life cycle and its interruptions: Studies in gerontologic human relations I. *Amer. J. Psychiatry* 109, 906-915.
- Loew, C.A., Silverstone, B.M. 1971. A program of intensified stimulation and response facilitation for the senile aged. *Gerontologist* 11, 341-348.
- Looft, W.R. 1973. Reflection on intervention in old age: motives, goals and assumptions. *Gerontologist* 13, 6-13.
- Lowenthal, M.F. 1964. Lives in distress: The path of the elderly to the psychiatric ward. Basic Books, New York.
- Lowenthal, M.F., Robinson, B. 1976. Social Networks and isolation. Handbook of aging and the social sciences. Van Nostrand, New York.
- Lückel, R. 1979. Integrative Arbeit mit Märchen. Beihefte zur Integrativen Therapie, Junfermann, Paderborn.
- Mahoney, M.J. 1974. Cognition and behavior modification. Ballinger, Cambridge, Mass.
- Malzahn, B. 1974. Psychotherapie im Alter? Ein empirischer Beitrag zu medizinisch-soziologischen Aspekten der Gerontologie, Med. Diss., Univ. Ulm.
- Manaster, A. 1972. Therapy with the „senile“ geriatric patient. *Intern. J. Group Psychotherapy* 22, 250-257.
- Marcel, D. 1965. Sein und Haben. Schönigh, Paderborn.
- Maslow, A. 1964. Religion, values and peak experiences. Ohio State University Press, Columbus, Ohio.
- Maurer, Y., Petzold, H. 1978. Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie. In: Battegay, R., Trenkel, A. Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen. Huber, Bern, 95-116.
- MacDonald, M.L., Butler, A.K. 1974. Reversal of helplessness: producing walking behavior in nursing home wheelchair residents using behavior modification procedure. *J. Gerontol.* 29, 97-101.
- MacDonald, M.L., Settin, J.M. 1978. Reality orientation versus sheltered workshops as treatment for the institutionalized aging. *J. Gerontol.* 33, 416-421.
- Meerloo, J.A.M. 1955. Transference and resistance in geriatric psychotherapy. *Psychological Review* 42, 72-82.
- Moeller, M.L. 1979. Selbsthilfegruppen, Reinbek.
- Moore, W.E. 1963. Man, Time and Society, New York.
- Moreno, J.L. 1934. Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations. Nervous and Mental Disease Publishing Company, Washington, D.C.; erw. Ausg. Beacon House, Beacon 1953; dtsh. Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft. Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen 1954, 2. Aufl. 1967.
- Moreno, J.L. 1942. Foundation of the Sociometric Institute. *Sociometry* 2.
- Moreno, J.L. 1942. Sociometry in action. *Sociometry* 4, 298-315.
- Moreno, J.L. 1943. Sociometry and Cultural Order. Sociometry Monographs 2, Beacon House, Beacon.
- Moreno, J.L. 1947. The social atom and death. *Sociometry* 10, 81-86.
- Moreno, J.L. 1949. Origins and foundations of interpersonal theory, sociometry and microsociology. *Sociometry* 1/3, 235-254.
- Moreno, J.L. 1951. Sociometry, Experimental Method and the Science of Society. Beacon House, Beacon.
- Moser, H. 1975. Aktionsforschung als kritische Theorie der Sozialwissenschaften. Kösel, München.
- Moser, H. 1977a. Methoden der Aktionsforschung. Kösel, München.
- Moser, H. 1977b. Praxis der Aktionsforschung. Kösel, München.

- Moser, H., Ornauer, H. (Hrsg.) Internationale Aspekte der Aktionsforschung. Kösel, München.
- Mueller, D.J., Atlas, L. 1972. Resocialization of depressed elderly residents: a behavioral management approach. *J. Gerontol.* 27, 390-392.
- Nevruz, N., Hurshka, M. 1969. The influence of unstructured and structured group psychotherapy with geriatric patients on their decision to leave the hospital. *Intern. J. Group Psychotherapy* 19, 72-78.
- Oberleder, M. 1966. Psychotherapy with the aging: An art of the possible. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 3, 139-142.
- Oberleder, M. 1970. Crisis therapy in mental breakdown of the aging. *Gerontologist* 10, 111-114.
- Oesterreich, K. 1978. Krisenintervention bei alten Menschen, *Therapiewoche* 28, 2908.
- Pauls, W. 1978. Psychotherapie - ein „Gegenstand“, der Aktionsforschung fordert. *Gruppendynamik* 6, 426-442.
- Perls, F.S., Hefferline, R., Goodman, P. 1951. Gestalt Therapy. Julian Press, New York; dtsh. Gestalttherapie, 2 Bde. Klett-Cotta, Stuttgart 1979.
- Perls, F.S. 1969. Gestalt Therapy Verbatim. Real People Press, Laffayette; dtsh. Gestalttherapie in Aktion. Klett, Stuttgart 1975.
- Perls, F.S. 1980. Gestalt, Wachstum, Integration, Frühe Schriften, Hrsg. H. Petzold, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. 1970. Le „Gestaltkibbouz“ modèle et méthode thérapeutique, Paris.
- Petzold, H.G. 1980a. Wohnkollektive - eine Alternative für die Arbeit mit alten Menschen. In: Petzold, H., Vormann, G. (1980)
- Petzold, H.G. 1980b. Ablösung und Trauerarbeit. In: Petzold, H., Vormann, G. (1980).
- Petzold, H.G. 1980c. Dramatische Therapie, Hippokrates, Stuttgart (in Vorber.)
- Petzold, H.G., Vormann, G. 1980. Therapeutische Wohngemeinschaften. Modelle, Erfahrungen, Supervision, Pfeiffer, München (im Druck).
- Pieper, M. 1979. Erwachsenenalter und Lebenslauf, Kösel, München.
- Pincus, P. 1970. Reminiscence in aging and its implications for social work practice. *Social Work* 15, 47-43.
- Pruyser, P.W. 1975. Aging: Downward, upward, or foreward. *Pastoral Psychology* 24, 101-118.
- Radebold, H. 1979. Psychotherapie und Soziale Therapie in und durch Gruppenprozesse. In: *Das ärztliche Gespräch*, Tropon-Symposien.
- Rahm, D. 1979. Gestaltberatung. Junfermann, Paderborn.
- Rechtschaffen, A., Atkinson, S., Freeman, J.G. 1954. An intensive treatment program for State Hospital geriatric patients. *Geriatrics* 9, 28-34.
- Riessmann, F. 1977. Older persons: unused resources for unmet needs. Sage Publications, Beverly Hills.
- Ritter-Vosen, X. 1979. Verhaltenstherapie in der Arbeit mit alten Menschen, *dieses Buch*.
- Rogers, C.R. 1976. Entwicklung der Persönlichkeit. Klett, Stuttgart.
- Rosenmayr, L. 1978. Die menschlichen Lebensalter. Kontinuität und Krisen. Piper, München.
- Rustin, S.L., Wolk, R.L. 1963. The use of specialized group psychotherapy techniques in a home for the aged. *Group Psychotherapy* 1/2.
- Saul, S.R., Saul, S. 1974. Group psychotherapy in a proprietary nursing home, *Gerontologist* 14, 446-450.
- Schenda, R. 1976. „Education permanente“ für das Alter: Prinzipien einer sozialgerontologischen Bildung der Jüngeren. In: Petzold/Bubolz (1976) 19-36.

- Schulte, W. 1967. Psychotherapie im höheren Lebensalter unter Ausnützung der auto-protektiven Mechanismen in der Involution, *Altersforsch.* 20, 129-133.
- Schwartz, E.D., Goodman, J.I. 1952. Group psychotherapy of obesity in elderly diabetics, *Geriatrics* 7, 280-283.
- Seabourne, B. 1972. Psychodrama und therapeutische Gemeinschaft, in: H. Petzold, *Angewandtes Psychodrama*, Junfermann, Paderborn.
- Segal, H. 1958. Fear of Death. Notes on the Analysis of an old man. *Intern. J. Psychoanal.* 39, 178-181.
- Shere, E.S. 1964. Group psychotherapy with the very old. In: R. Kastenbaum, (Hrsg.) *New Thoughts on old age*, New York, Springer, 146-160.
- Silver, A. 1950. Group psychotherapy with senile psychotic patients. *Geriatrics* 5, 147-150.
- Silverstone, B. 1976. Beyond the one to one treatment relationship. In: Bellak, L., Karasu, T.B. 1976. *Geriatric Psychiatry. A handbook for psychiatrists and primary care physicians*. Grune & Stratton, New York. 207-224.
- Simon, A., Lowenthal, M.F., Epstein, L. 1970. Crisis and Intervention. The fate of the elderly mental patient. Jossey-Bass, San Francisco.
- Siroka, R.W. 1967. Psychodrama in a therapeutic community. *Group Psychotherapy* 20, 123-126.
- Siroka, R.W., Siroka, E.K. 1971. Psychodrama and the therapeutic community, in: L. Blank, G.B. Gottsegen, M.G. Gottsegen, *Confrontation*, Macmillan, New York, 77-105.
- Sorokin, P., Merton, R.K. 1937. Social Time, *Americ. J. Sociol.* 42, 615-625.
- Spiegel, Y. 1973. *Der Prozess des Trauerns*, Chr. Kaiser, München, 2 Bd.
- Stevens, B. 1970. Don't push the river. Real People Press, Lafayette.
- Strauss, A.L., Glaser, B.G. 1970. Patterns of Dying, in: O.G. Brim et al., *The Dying Patient*, New York, 129-155.
- Steer, R.A., Boger, W.P. 1975. Millieuthérapie with psychiatric-medically infirm patients. *Gerontologist* 15, 138-141.
- Stuhr, U. 1979. Gestalttherapie und Aktionsforschung. *Integrative Therapie* 3.
- Ten Have, T.T. 1973. *Andragologie*. Groningen, Holland.
- Thomae, H. 1970. Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human Development* 13, 1-16.
- Thomae, H. 1975. Psychologische Intervention im höheren Alter - ein Ansatz in der Gerontologie, *Z. Gerontol.* 8, 473-475.
- Thomae, H. 1976. Patterns of aging. Findings from the Bonn Longitudinal Study of aging. Karger, Basel.
- Thomae, H. 1978. Besuch von Einrichtungen und Veranstaltungen der offenen Altenhilfe und Lebenszufriedenheit. Forschungsbericht an das BMJFG, Bonn.
- Thomson, P.W. 1968. The personal physician, the psychiatrist, the family, and the older patient. *J. Americ. Geriatric Society* 16, 984-993.
- Turbow, S.R. 1975. Geriatric group day care and its effects on independent living. *Gerontologist* 15, 508-510.
- Tymieniecka, A.-T. 1975. *The human being in action*, Analecta Husserliana VII, Reidel, London/Dodrecht.
- Vormann, G., Heckmann, W. 1980. Zur Geschichte der Therapeutischen Wohn-Gemeinschaften in Deutschland. In: Petzold, Vormann (1980).
- Wayne, G.J. 1953. Modified psychoanalytic treatment in senescence. *Psychoanal. Review* 40, 99-116.
- Weibel, U. 1979. Interaktionsspiele mit alten Menschen. *Ztschr. f. Humanistische Psychologie* 4 (in Vorbereitung).

- Weiner, M. F. 1978. *Therapist Disclosure. The use of the Self in Psychotherapy*. Butterworth, Boston.
- Weinstock, C., Bennet, R. 1969. The relation between social isolation and related cognitive skills in residents of a catholic and a jewish home for aged. *Proceedings 8th Intern. Congr. Gerontol.*, Washington.
- Weinstock, C., Bennet, R. 1968. Problems in communication to nurses among residents in a racially homogenous nursing home. *Gerontologist* 8, 72-75.
- Wolf, K. 1956. Treatment of the geriatric patient in a mental hospital. *J. Americ. Geriatric Society* 4, 472-479.
- Wolf, K. 1961. Group psychotherapy with geriatric patients in a veterans administration hospital. *Group Psychotherapy* 1/2, 85-89.
- Wolf, K. 1963. *Geriatric psychiatry*. C. Thomas, Springfield.
- Wolf, K. 1967. Group psychotherapy with geriatric patients. *Group Psychotherapy* 3/4, 186-187.
- Wolf, K. 1970. *The Emotional Rehabilitation of the Geriatric Patient*. Springfield, Illinois.
- Yalom, I. P., Terrazas, F. 1968. Group therapy for psychiatric elderly patients. *Amer. J. Nursing* 6, 1690-1694.
- Zimberg, S. 1969. Outpatient geriatric psychiatry in an urban ghetto with non-professional workers. *Amer. J. Psychiat.* 125, 1697-1702.
- Zinberg, N.E., Kaufman, I. 1979. *Normal psychology of the agig process*. International Universities Press, New York, 2. erw. Aufl.
- Zwingmann, Chr. 1962. *Zur Psychologie der Lebenskrisen*. Akademische Verlagsanstalt, Stuttgart.



# Der Gestaltansatz in einer integrativen psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und agogischen Arbeit mit alten Menschen

Hilarion Petzold, Düsseldorf

## 1. Zur Situation des alten Menschen und der Altenarbeit

Die Situation alter Menschen in unserer Gesellschaft ist erst in jüngster Zeit in das Blickfeld der Öffentlichkeit getreten. Das „Elend der alten Leute“ (Schenda 1972), ihre z. T. desolate soziale und eingeschränkte ökonomische Lage sind in einer Reihe von engagierten Büchern (Beauvoir 1972; Améry 1974; Sieber 1972) dargestellt worden. Auch die Zahl der gerontologischen Forschungsprojekte und Veröffentlichungen, die sich mit der Altersproblematik aus psychologischer, soziologischer, sozialpsychologischer und pädagogischer Sicht befassen, hat zugenommen (Lehr 1972; Tews 1971; Schneider 1974; Birren 1975; Botwinik 1975; Petzold, Bubolz 1976; Thomae 1976).

Dem hohen Stand gerontologischer Forschung und Theoriebildung steht jedoch eine unzureichende Praxis der Arbeit mit alten Menschen gegenüber. Die herkömmliche Altenhilfe und Altenpflege haben immer noch vorwiegend einen versorgenden, kustodialen und damit passivierenden Charakter und verfügen kaum über Methoden, mit denen die sozialen und emotionalen Bedürfnisse der alten Menschen adäquat angegangen werden können. Erst in jüngster Zeit beginnen sich aus den angewandten Humanwissenschaften Teilbereiche auszugliedern, die sich spezifisch mit den alternden und alten Menschen befassen:

*Geragogik* als Teilbereich der Erziehungswissenschaften und der *Gerontologie* (Petzold 1965; Mieskes 1971; Petzold 1977b).

*Sozialgeragogik* als Teilbereich der Sozialarbeit (Radbold u. a. 1973; Lowy u. a. 1971) und der Sozialpädagogik (Petzold/Bubolz 1976; Petzold 1977a).

*Alterspsychotherapie* als Teilbereich der Psychotherapie (Petrilowitsch 1964).

In allen drei Bereichen wirft das Methodenproblem große Schwierigkeiten auf. Es erhält eine besondere Bedeutung durch die Tatsache, daß der alte Mensch in einer Situation steht, die durch eine „Reduktion in allen Bereichen“ gekennzeichnet ist. Neben dem unabänderlichen Abbau physischer Kräfte geht ein Verlust an sozialen Rollen, an Status, Einkommen und Einfluß einher, Einbußen, die man insgesamt

als Verlust „sozialer Potenz“ bezeichnen kann (Petzold/Bubolz 1976, S. 134).

Mit dem Eintritt in das Rentenalter, die Aufnahme in ein Altersheim oder die Übersiedlung in ein Altenviertel (Rose, Petersson 1965) erfolgt eine multiple Deprivation; die sozialen Kontakte nehmen ab, das soziale Netzwerk (*social atom*, Moreno 1947, Petzold 1979c) verarmt, die sensorische und perzeptuelle Stimulierung wird reduziert. Die Folgen einer solchen Situation zeigen sich in einem rapiden Abbau der kognitiven, emotionalen und physischen Funktionen. Die Disuse-Hypothese (Berkowitz, Green 1965) und Rohrachers Theorie der Aktivitätshypertrophie und der Inaktivitätsatrophie (1965 S. 242), nach denen Funktionen, die nicht gebraucht werden, sich zurückbilden, sind durch neurophysiologische Untersuchungen hinreichend belegt (Olechowski 1969; 1976).

Der Verlust von Funktionen in allen Bereichen ist für den alten Menschen in erster Linie ein „soziales Schicksal“ (Thomae 1968), wie die gerontologische Forschung gezeigt hat. Der Rollen- und Stimulierungsverlust durch die negative Altersstereotype und die Zuweisung von Altersrollen in unserer Gesellschaft führt bei vielen Menschen zu einer „Hospitalisierung im Alltagsleben“.

Da das Problem der alten Menschen ein gesamtgesellschaftliches Problem ist (Breloer 1976), das neben ökonomischen und politischen Aspekten (Verres-Muckel 1974) auch in den in unserer Gesellschaft vorherrschenden anthropologischen Konzeptionen begründet liegt (Marcel, Petzold 1976), müssen politische Aktivitäten und eine praxisorientierte Arbeit geleistet werden, die die verschiedenen Zielgruppen unter den alten Menschen mit ihren spezifischen Bedürfnissen zu erreichen und zu aktivieren suchen. Dies ist ohne pädagogische und soziotherapeutische Maßnahmen nicht möglich. Durch sie soll dem alten Menschen eine Hilfe zur „Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenskontext“ gegeben werden (Petzold, Bubolz 1976).

## 2. Der Gestaltansatz in einer Integrativen Arbeit mit alten Menschen

Die im Vorstehenden kurz skizzierten Erfordernisse in einer komplexen Arbeit mit alten Menschen verlangen einen komplexen und integrativen methodischen Ansatz. Wenn ich mich in der Praxis für die Verfahren „dramatische Therapie“ (Moreno 1959; Perls 1976; Passons 1975; Petzold 1973) entschieden habe, so weil Gestalttherapie und Psychodrama wesentliche Elemente der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie, die für die Altenarbeit von Wert sind, inkorporieren. Die

klassischen Formen der Verhaltenstherapie (Wolpe 1969; Skinner 1972) haben zu wenig Möglichkeiten, den emotionalen, sozialen und intellektuellen Bedürfnissen des alten Menschen Rechnung zu tragen. Es fehlt ihnen das Instrumentarium zu differenzierter Sozialintervention, zur Bearbeitung von Wert- und Sinnfragen, die in der zweiten Lebenshälfte zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Die Psychoanalyse wiederum hat bis in die jüngste Zeit den Menschen in der zweiten Lebenshälfte mit dem Stigma der Rigidität und der eingeschränkten Veränderungsfähigkeit versehen und damit zur Zementierung eines negativen Altersstereotyps beigetragen, das sich nach neueren Forschungen (Lehr 1972; Botwinik 1973) nicht aufrecht erhalten läßt. Dennoch kann sich eine psychoanalytische Betrachtungsweise des Lebenszyklus (Erikson 1974) durchaus als fruchtbar erweisen und hat in jüngster Zeit eine psychoanalytisch orientierte Sozialarbeit mit alten Menschen interessante Ergebnisse gebracht (Radebold u. a. 1973). Die Möglichkeiten der psychoanalytischen Intervention sind jedoch im Hinblick auf eine emotionale Aktivierung und die Einbeziehung der Körperlichkeit begrenzt. Ihr vorwiegend verbaler Ansatz, der ein hohes Maß an Introspektion und Reflexionsvermögen erfordert, macht eine Arbeit mit alten Menschen aus benachteiligten Schichten unmöglich. Ein Gleiches gilt für Personen mit altersbedingten Einbußen an Intelligenz und Verhaltensmöglichkeiten.

### 3. Prinzipien der Gestalttherapie

Die Gestalttherapie und das Psychodrama bieten nach meinen Erfahrungen breitere Möglichkeiten. Da ich die psychodramatische Arbeit an anderer Stelle ausführlicher dargestellt habe (Petzold 1979b) will ich mich hier auf die Gestalttherapie zentrieren. Zunächst seien hier kurz einige ihrer theoretischen Prinzipien und Prämissen im Hinblick auf ihre Relevanz für die Arbeit mit alten Menschen aufgeführt:

#### 3.1 Das Ganzheitsprinzip - der Mensch als personales System

Nach Auffassung der Gestalttherapie wird der Mensch als lebendiges, organismisches System mit einer körperlichen, seelischen und geistigen Dimension gesehen (Perls 1948), die insgesamt eine Ganzheit bilden. Für die Arbeit mit alten Menschen folgt aus dieser anthropologischen Annahme, daß immer die körperliche Dimension (z. B. durch Atem- und Bewegungstherapie), die seelische Dimension (durch emotionszentrierte Verfahren) und die geistige Dimension des Menschen (z. B. durch meditative Verfahren der Besinnung, Betrachtung und

Versenkung) angesprochen werden müssen. Bei allen Verfahren zur Förderung der Lebensbewältigung und der Lebensgestaltung geht es um die Wahrung dieser Ganzheit, die die Identität des Menschen konstituiert.

### 3.2 *Das Kontextprinzip - der Mensch und sein Umfeld*

Der Mensch ist Figur vor seinem jeweiligen Hintergrund. Er ist in ein physikalisches und soziales Umfeld, in ein Gefüge umliegender Systeme eingebunden und gewinnt aus der Interaktion mit ihnen seine Identität. In der Arbeit mit alten Menschen ist der Kontext, der Lebenszusammenhang, die handlungsleitende Kategorie. Der Verlust an sozialen Beziehungen, die Einschränkungen des physikalischen Lebensraumes führen zu einem Verlust von Funktionen und Handlungsmöglichkeiten, d. h. einem Verlust von Identität (vgl. Disuse-Hypothese).

### 3.3 *Selbstregulation des Organismus*

Die Gestalttherapie geht davon aus, daß der menschliche Organismus die Fähigkeit besitzt, sich in seinem Umfeld selbst zu regulieren, soweit das Umfeld nicht störend oder zerstörend in den Regulationsvorgang eingreift. Das bestimmende Prinzip in der organismischen Selbstregulation ist das der homöostatischen Balance. Diese ist umfeldabhängig und im Verlauf des Lebens altersbedingten Veränderungen unterworfen. So hat die Disengagementtheorie des Alterns (*Cumming, Henry 1961*) den Rückzug als einen natürlichen, in der Regulation des Körpers verankerten Prozeß angesehen. Bei genauerer Betrachtung aber ergibt sich, daß das Disengagement zu einem beträchtlichen Teil - wenn auch nicht vollständig -, ein unfreiwilliges, von der Gesellschaft erzwungenes, ist (vgl. *Schneider 1974; Petzold, Bubolz 1976*), daß der Verlust an Aktivität die Selbstregulation empfindlich stört und einen Rückzug zur Selbstbesinnung und Integration unmöglich macht. Der alte Mensch muß deshalb lernen, wieder wahrzunehmen, was für ihn fördernd und was toxisch ist (*Greenwald 1974*), er muß ein Gespür (*awareness*) dafür gewinnen, was ihn in seiner Selbstregulation blockiert oder wie er sich selbst blockiert, dadurch, daß er gesellschaftlichen Rollenerwartungen und nicht seinen Bedürfnissen folgt.

### 3.4 *Personal Growth - persönliches Wachstum*

In der neueren Entwicklungspsychologie wird das Konzept der Entwicklung nicht nur auf Kindheit und Jugend begrenzt, sondern auf den gesamten Lebensverlauf ausgedehnt. Das Verständnis des Alterns muß

daher in einer Theorie der menschlichen Entwicklung gründen. Die Gestalttherapie gibt mit ihrem Konzept des persönlichen Wachstums einen solchen theoretischen Rahmen. Nach *Perls* ist „Wachstum der Prozeß der Festigung des Selbst und der Entwicklung seiner Potentiale durch die Aufnahme (*integration*) und Verarbeitung (*assimilation*) von materieller, emotionaler und geistiger Nahrung“ (1969, S. 4). Der Begriff des Wachstums in der Gestalttherapie und der humanistischen Psychologie ist also nicht biologistisch zu verstehen, und er ist weiter gefaßt als der Wachstumsbegriff der Entwicklungspsychologie. Wachstum wird verstanden als „ganzheitlicher Prozeß, als Entfaltung der menschlichen Potentiale auf der geistigen, seelischen und körperlichen Ebene durch die Integration von Realität aus der *Umwelt* (Materialien, Impulse, Informationen) und der *Innenwelt* (Gedanken, Erinnerungen, Phantasien, Bedürfnisse). Mit fortschreitendem Alter zentrieren sich die Wachstumsvorgänge auf der geistigen und seelischen Ebene. Es erfolgt eine Zunahme an Wissen und Erfahrungen, an emotionaler Reife. Auch der Körper bleibt in diesen Wachstumsprozeß einbezogen - auch wenn ein biologischer Abbau geschieht. Mimik und Gestik werden ausgestaltet und gewinnen an persönlicher Charakteristik. Schaut man auf die Altmeister des Joga oder der japanischen Budokünste, so sieht man, daß mit fortschreitendem Alter eine immer größere Beherrschung und Einfachheit der Bewegung, Anmut und Kongruenz von innerer und äußerer Haltung gewonnen werden“ (*Vöbus* 1956, S. 15).

Wachstum als „Prozeß der Veränderung in der Zeit“ ist abhängig von dem jeweilig relevanten soziophysikalischen Umfeld. Stabilisierung und Zugewinn von Identität im Sinne einer Erhaltung des Systembestandes durch adaptive Strategien und einer Entfaltung der Systempotentiale durch evolutive Strategien sind also einerseits abhängig von dem endogenen Faktor der organismischen Ausstattung, andererseits von den jeweiligen Umweltbedingungen und schließlich von der aus beiden Faktoren resultierenden jeweiligen psychischen und physischen Verfassung des Menschen. Veränderungen im organismischen System (z. B. Krankheit, Abbauerscheinungen) und im Umfeld (z. B. Verlust von Rollenerwartung, Abnahme sozialer Verstärker) führt zu Krisen im Sinne einer Labilisierung des Systems mit der Möglichkeit der Gefährdung seines Bestandes, d. h. der Gefährdung seiner Identität. Wachstum kann also nur erfolgen, wenn die Organismus-Umfeldrelationen und die Funktionen des Organismus selbst nicht gestört sind. Störungen aber sind in der Alterssituation sehr häufig vorhanden. Der Entzug von Stimulierung und die Einschränkung des sozialen Umfeldes bieten eine Situation, in der Wachstumsprozesse stagnieren

oder Abbau eintritt und wo auf diese Weise die integrativen Leistungen des Alters unmöglich gemacht werden. An die Stelle eines natürlichen Disengagements tritt ein erzwungener Rückzug. Disengagement als die Fähigkeit, ohne Verbitterung, Resignation und Passivität sich zurückzuziehen, um einen Freiraum für die Auseinandersetzung mit der eigenen Person und dem eigenen Leben zu finden, kann für sich selbst schon als Ergebnis eines Wachstumsprozesses angesehen werden. Die durchaus feststellbare „Tendenz zum Disengagement im Alter“ steht dem gestalttherapeutischen Konzept des fortwährenden Wachstums nicht entgegen. Wenn die Erlebnisse und Erfahrungen eines Lebens integriert werden sollen, so ist ein gewisser Rückzug und eine Ausrichtung nach innen (Henry 1964; Martin 1970) notwendig. Die „Integration der Innenwelt“ (Vööbus 1956) wird durch die Aktivierung von Früherinnerungen, dem sogenannten Altgedächtnis, vom sechsten Lebensjahrzent aufwärts noch angeregt. Sie bedarf jedoch auch der Außenstimulierung, der Kommunikation, des Ausdrucks und der Selbstdarstellung. So haben für die Erklärung des Wachstumsprozesses im Alter Aktivitäts- und Disengagementtheorie gleichermaßen Gültigkeit. Sie finden eine Entsprechung im gestalttherapeutischen Konzept von *Kontakt* und *Rückzug* (Latner 1973; Polster 1974).

„Wachstum wird nur möglich gemacht, 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 nicht nur darum, Wachstum zu fördern und Wachstumshemmnisse zu beseitigen, sondern auch darum, daß der Mensch die Dynamik, den Prozeß seines eigenen Wachstums kennenlernt und eigenverantwortlich in die Hand nimmt“ (Petzold 1965).

#### 4. Konzepte zur Methodik und Gestaltarbeit

Was sind nun die Möglichkeiten, durch die Gestalttherapie dazu beitragen kann, Identität zu erhalten und durch die Förderung von Wachstumsprozessen Identität zu entfalten?

Auch hier seien einige Konzepte und Prinzipien aufgeführt:

##### 4.1 *Stimulierung und Excitement*

„Leben ist Erregung, Erregung, die zu einem Teil zum inneren Energiepotential unseres Organismus gehört und zum anderen, größeren Teil durch Stimulierung aus dem Außenfeld hervorgerufen wird. Stimulierung bewirkt *Kontakt* mit dem Umfeld, bewirkt Erregung, Energie und Leben“ (Perls 1969).

Stimulierung ist lebensnotwendig. Entzug von Stimulierung führt, wie die Hospitalismusforschung bei Kleinkindern und die Deprivationsexperimente gezeigt haben, zu schwerwiegenden physischen und psychischen Störungen (vgl. *Weinstein* 1968). Gerade der alte Mensch ist in der Situation, daß sein Erregungsniveau durch den Entzug sozialer, sensorischer und perzeptueller Stimulierung erheblich reduziert wird und er in seinen Fähigkeiten (*competence*) und Möglichkeiten (*potentials*) Einbußen hinnehmen muß (vgl. *Petzold, Bubolz* 1976; *Nahemow, Lawton* 1973), was Verlust an Identität bedeutet.

In der gestalttherapeutischen Arbeit mit alten Menschen wird deshalb auf Methoden der körperlichen, emotionalen und kognitiven Stimulierung besonderer Wert gelegt. Dabei geht es nicht nur um ein optimales Stimulierungsniveau in quantitativer Hinsicht (*Helson* 1963; *Wohlwill* 1964), sondern auch der qualitative Aspekt ist wesentlich, weil durch den Monotonieeffekt einseitiger bzw. homogener Stimulierungen ein Verlust an Kompetenz eintritt, wie es sich gerade bei Heimbewohnern gut beobachten läßt. *Multiple Stimulierung* (*Petzold* 1977c) auf körperlicher, emotionaler und kognitiver Ebene mittels breitgestreuter Angebote an Aktivitäten vermag hier Involutionen entgegenzuwirken.

## 4.2 Kontakt

Kontakt ist die Grundlage von Stimulierung und Erregung. Kontakt vollzieht sich an der Grenze vom Organismus zum Umfeld. „Die Kontakt-Grenze, an der das Erleben geschieht, trennt den Organismus nicht vom Umfeld; sie begrenzt ihn vielmehr, bewahrt und beschützt ihn und ermöglicht gleichzeitig die Berührung mit dem Umfeld“ (*Perls, Hefferline, Goodman* 1951, S. 229). In dieser Berührung, in diesem Kontakt aktualisiert sich das *Ich*. Auf die physikalische Welt bezogen, heißt das: das *Ich* aktualisiert sich im wahrnehmenden und handelnden Kontakt mit den Dingen. Auf die soziale Welt bezogen, heißt das: das *Ich* aktualisiert sich in der *Begegnung* mit dem *Du*, in der Kommunikation mit anderen Menschen.

Die Arbeit mit alten Menschen zielt daher darauf ab, Kontaktmöglichkeiten bereitzustellen und die aufgrund der sozialen Situation häufig eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten zu fördern. Außerdem müssen die Kontakte zur physikalischen Umwelt erweitert werden. Club- und Gruppenarbeit, Gruppenreisen und Exkursionen, die gezielt im Hinblick auf Erlebnisaktivierung konzipiert werden, sind hier einzusetzen.

### 4.3 Awareness - bewußte Wahrnehmung

Damit Stimulierung, Erregung, Kontakt für die Persönlichkeit zum Tragen kommen können, ist *awareness* erforderlich, bewußte klare Wahrnehmung dessen, was in mir und um mich herum vorgeht. Awareness bedeutet das bewußte In-Kontakt-Sein mit der inneren und äußeren Realität im „Hier und Jetzt“. Nur wenn ich wahrnehme, *was* meine Situation ist und *wie* ich mich in ihr erlebe, habe ich die Möglichkeit, sie selbständig zu strukturieren und verändern zu können. Für viele alte Menschen ist es kennzeichnend, daß sie ihre Situation nicht mehr adäquat wahrnehmen. Die Zuweisung von Rückzugsrollen (Tews 1975) und die negativen Erwartungen der Gesellschaft determinieren den alten Menschen so weit, daß sich sogar sein Selbstbild verändert (Lehr 1972). Gestalttherapeutisches Awarenessstraining, Interaktions- und Kommunikationstraining und strukturierte Lernerfahrungen der Gestaltpädagogik (Brown, Petzold 1977) zur Förderung des Selbstwertgefühls sind hier Mittel der Wahl. Initiativgruppen, die die sozialen, historischen und ökonomischen Zusammenhänge, die im *Hier und Jetzt* wirksam werden aufzeigen und herausarbeiten, fördern eine „komplexe Awareness“ der Betroffenen, die Voraussetzung für jede Veränderung ist (Petzold 1978).

### 4.4 Verantwortung als Fähigkeit zu antworten

Komplexe Awareness zu haben und der Selbstregulation Raum zu geben heißt, Verantwortung für die eigenen Bedürfnisse und für die Strukturierung der Altersrealität im Sinne einer Veränderung oder kreativen Anpassung zu übernehmen. Verantwortung ist in der Gestalttherapie ein zentrales Konzept, wobei von Perls (1969) *responsibility* mit *response-ability* gleichgesetzt wird, mit der Fähigkeit, auf eine Situation adäquat zu reagieren; (adäquat bedeutet hier: den eigenen Bedürfnissen und den Gegebenheiten des Umfeldes entsprechend, Petzold 1978a).

Verantwortung ist ein kommunikativer und interaktionaler Prozeß, der Korrespondenz, d. h. Begegnung und Auseinandersetzung, erfordert. Viele alte Menschen sind der Auseinandersetzung müde. Sie sind durch zahllose negative Erfahrungen von ihrer Ohnmacht überzeugt. In ihrem Leben gewinnen Passivität und Resignation die Oberhand, und die Fähigkeit zu antworten, das Leben im Kontakt mit dem Umfeld zu gestalten, geht ihnen verloren. Hier wird es Aufgabe der Gestaltarbeit, die Fähigkeit zur Selbstregulation zu stärken, Fehleinschätzungen zu korrigieren und *self support* aufzubauen.

## 4.5 Selbstsupport und Umweltsupport

Perls (1969, S. IV) hat Erwachsenwerden charakterisiert als „einen kontinuierlichen Prozeß Umweltsupport zu überwinden und Selbstsupport zu entwickeln, was mit einer wachsenden Reduzierung von Abhängigkeiten gleichbedeutend ist.“ In diesem Konzept werden gleichzeitig die Grenzen gestalttherapeutischer Altenarbeit aufgezeigt. Die Situation alter Menschen ist ja gerade dadurch gekennzeichnet, daß ein Verlust von Selbstsupport und eine größere Abhängigkeit von Umfeldunterstützung in gesundheitlicher, sozio-emotionaler und ökonomischer Hinsicht eintritt. Diese Abhängigkeit, die oftmals die Form des Ausgeliefertseins annimmt, ist in erster Linie ein gesellschaftliches Problem und liegt nur zu einem geringen Teil in endogenen Faktoren (Involution, Disengagement) begründet. Da aber wenig Aussicht besteht, die Einstellung dieser Gesellschaft zum alten Menschen kurzfristig zu ändern, ist es notwendig, Umweltsupport zur Verfügung zu stellen, der nicht depotenziert oder infantilisiert, wie dies vielfach geschieht (vgl. Breloer 1976; Specht 1976). Zwar ist „Lebenshilfe“ als eine wesentliche Aufgabe der Geragogik herausgestellt worden (Petzold, Bubolz 1976) - Tews (1978) setzt die Begriffe Altenbildung und Lebenshilfe sogar gleich -, jedoch müssen die Maßnahmen so weit wie möglich auf eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ abzielen. In der gestalttherapeutischen Arbeit entdeckt der alte Mensch, daß er zu viel mehr fähig ist, als er angenommen hat und als die Umwelt ihm gemeinhin zutraut. Er gewinnt neuen Selbstsupport, nicht zuletzt dadurch, daß er lernt, sich zu solidarischen Aktionen zusammenzuschließen oder Hilfe (*environmental support*) anzunehmen, ohne dabei in Passivität und regressive Dependenz zu verfallen.

## 4.6 Integration und Kreation

Der dritte Lebensabschnitt ist mehr noch als jeder andere unter den Begriff „Integration“ gestellt (vgl. Marcel, Petzold 1976). Die Erfahrungen eines Lebens haben die „Tendenz zur guten Gestalt“, sie streben auf eine Zusammenfassung und Rundung hin. Charlotte Bühler (1959; 1972) kennzeichnet den Lebensabschnitt des Alters als die „Phase der Selbstbewertung und des Rückblicks auf das eigene Leben“, aus der Gefühle der Befriedigung oder der Resignation resultieren, so daß der alte Mensch am Ende seines Lebens in einer Situation steht, die ihm nach Erikson (1974, S. 114-120) die *Integrität* der eigenen Person ermöglicht oder ihn der *Verzweiflung* überantwortet. Ziel jeder therapeutischen Arbeit ist Integration, d. h., das ganzheitliche intellektuelle

und emotionale Auseinandersetzen mit den Ereignissen des Lebens, um unerledigte Situationen zu schließen und Fremdes aufzunehmen und sich zu eigen zu machen, damit kreative Selbstverwirklichung möglich wird. Durch die Fähigkeit zur Integration ist es uns überhaupt möglich, zu wachsen, schöpferisch zu werden, die Welt in uns hineinzunehmen, ohne uns an sie zu verlieren, ohne unsere Identität aufzugeben, sondern vielmehr die Welt zu gestalten; durch den integrativen Prozeß wächst unsere Identität in Richtung auf die „gute Gestalt der Person“, vermögen wir uns in der Welt zu transzendieren. Die integrative Leistung in der dritten Lebenshälfte soll die Möglichkeit eröffnen, daß der Mensch den Sinn seiner Existenz erfährt, daß er *erlebt*, daß menschliches Leben seinen Sinn in sich finden kann (Marcel, Petzold 1976); darin liegt ihr kreativer Charakter.

In der Arbeit mit alten Menschen nimmt die Frage nach dem Lebenssinn eine hervorragende Stellung ein. Das integrative gestalttherapeutische Verfahren vermag hier von seinem anthropologischen Ansatz und seiner Methodik, (z. B. durch die Verwendung meditativer Verfahren), ausgezeichnete Hilfen zu bieten, denn es gründet in der Überzeugung, daß „*Integration und Kreation erst mit dem Tod ein Ende haben*“.

## 5. Der Gestaltansatz als Integration von Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik

Perls war bei seinem Konzept des „Gestaltkibbuz“ (Stevens 1970; Petzold 1970) davon ausgegangen, eine Lebensgemeinschaft zu gründen, in der die „artifizielle Trennung zwischen dem Philosophen, dem Pädagogen und dem Psychotherapeuten aufgehoben werden soll; denn in all diesen Disziplinen (*approaches*) geht es um Wachstum, um Lernen und Integration. Sie stellen die Grundformen menschlichen Denkens und Handelns dar, die jedem Menschen eigen sein sollten. Jeder Mensch sinnt über das Leben nach, jeder kann lehren und jeder kann heilend wirken und Wachstum fördern“ (Perls 1969). Der Gestaltansatz ist in seiner Theorie und Praxis nicht wie die meisten Formen der konventionellen Psychotherapie von einem aus der Pathologie abgeleiteten Krankheitsbegriff geprägt, sondern er geht vom Konzept des gesunden Menschen aus, wobei unter Gesundheit ganz global „die uneingeschränkte Fähigkeit zur Lebenserhaltung und Lebensentfaltung, zu Integration und Wachstum verstanden wird“. Krankheit ist dann mit der Störung oder Einschränkung dieser Fähigkeit gleichbedeutend (Petzold 1976). Das Gestaltkonzept nimmt weiterhin an, daß der Mensch nicht nur von traumatischen, sondern in gleicher Weise von

seinen positiven Erfahrungen geprägt ist, unter denen den intensiven Glücks- oder Höhepunktserlebnissen (*peak* oder *Minerva experiences*, Maslow 1964; Otto 1970) besondere Bedeutung zukommt. Anstelle einer einseitigen Zentrierung auf Therapie sieht der Gestaltansatz deshalb drei unlösbar verbundene Bereiche „angewandter Anthropologie“:

PSYCHOTHERAPIE (Polster 1974; Latner 1973; Perls 1975),  
SOZIOtherAPIE (Petzold 1974; Passons 1975; Rahm 1979),  
AGOGIK (Brown 1975; Phillips 1976; Petzold, Brown 1977).

Diesen Bereichen können für eine „angewandte Gerontologie“ (Petzold 1965) Alterspsychotherapie, Sozialgeragogik und Geragogik parallel gestellt werden.

Agogik hat nach dem gestaltpädagogischen Ansatz das Ziel, die *personale, soziale* und *sachliche Kompetenz* und die *faktische Performanz* zu erweitern. Unter Kompetenz verstehen wir „die Gesamtheit aller Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zum Erreichen eines bestimmten Zieles notwendig sind“ (Petzold 1977), unter „Performanz die in Handlung umgesetzten Kompetenzen“. Ausdehnung von Kompetenzen erfolgt dadurch, daß nach dem Ganzheitsprinzip Wachstumsprozesse auf der körperlichen, emotionalen und intellektuellen Ebene gefördert werden. Neben der Betonung des stoffbezogenen Sachlernens ist damit emotionales und soziales Lernen einbezogen und wird eine prophylaktische Psychohygiene geleistet. Aufgabe von (Päd)agogik ist *Förderung von Potentialen*.

Soziotherapie hat nach dem Gestaltansatz das Ziel, die *soziale Kompetenz* und *Performanz* des Menschen zu erhöhen und Hilfestellungen bei Konflikten zu geben, die im sozialen Umfeld auftauchen und die sich auf das Wachstum, auf Selbstregulation und Selbstentfaltung beeinträchtigend auswirken, ohne diese Fähigkeiten grundsätzlich zu stören und zu verhindern. Aufgabe der Soziotherapie ist demnach *Förderung* und, wo nötig, *Hilfestellung* bei Problemen und Schwierigkeiten.

Psychotherapie hat nach dem Gestaltansatz das Ziel, die *personale Kompetenz* zu entwickeln, körperliches, emotionales und geistiges Wachstum zu fördern (*evolutiver Aspekt*). Weiterhin bei Störungen und Blockierungen Hilfen zu geben, Schäden zu beseitigen oder wenigstens zu mindern (*reparativer Aspekt*), durch die Integration und Wachstum, Lebenserhaltung und Lebensgestaltung schwerwiegend behindert, verzerrt oder unmöglich gemacht werden. Schließlich sollen intakte Funktionen stabilisiert und erhalten werden (*konservierender Aspekt* vgl. Petzold, Berger 1977). Aufgabe der Psychotherapie ist demnach die *Erhaltung von Funktionen*, die *Förderung von Potentia-*

len, Hilfestellung bei Schwierigkeiten und Hilfeleistung bei Störungen und Defiziten.

Die genannten Bereiche sind voneinander nicht zu trennen. Sie können als Schwerpunkte angesprochen werden, die unterschiedliche Akzente setzen. Von der konservierenden Aufgabe einmal abgesehen, geht es immer um die Veränderung von Haltungen und Verhalten, um Lernen, Wachstum, Integration (*Perls* 1969, S. 5) Kreation und Engagement für den Menschen. In der Arbeit mit alten Menschen gestaltet sich die Verbindung der drei Disziplinen zu einer „Interventionsgerontologie“ (*Baltes* 1973), die nach dem Ganzheitsprinzip auf dieselben Lernzielkategorien gerichtet sind, so eng, daß sich auch gemeinsame Lern- und Verhaltensziele zumindest auf der Ebene von Richt- und Grobzielen finden lassen (vgl. Lernzielkatalog bei *Petzold, Bubolz* 1976 S. 53 und dieses Buch S. 152).

Auf diese Weise können die Schwerpunkte einer sinnvollen Altenarbeit als „angewandter Gerontologie“ mit *einem* methodischen Ansatz realisiert werden: praktische Lebenshilfe, Sozial- und Konfliktberatung, Aktivierung, Kommunikation und Freizeitgestaltung, Psychohygiene, Vermittlung von Wissen und Weiterbildung, Integrationshilfen im Hinblick auf die Lebensbilanz und das Lebensende, Persönlichkeitsentwicklung. Im folgenden seien einige Erfahrungen aus den mit Gestaltmethoden durchgeführten geragogischen Programmen und aus der sozio- und psychotherapeutischen Arbeit mit alten Menschen mitgeteilt.

## 6. Institutioneller Rahmen

Aufgrund des system- bzw. feldtheoretischen Kontextprinzips im integrativen Ansatz der Gestalttherapie können Psychotherapie, Soziotherapie und Pädagogik nicht ohne Einbeziehung des institutionellen Settings praktiziert werden (vgl. hier besonders die Arbeiten des Lewin-Schülers *Ronald Lippitt*). Methoden ohne Reflexion des institutionellen Rahmens und des gesellschaftlichen Kontextes zu praktizieren und sie auf diese abzustimmen, ist in den angewandten Humanwissenschaften leider noch häufig üblich und beeinträchtigt ihre Effizienz ausserordentlich. Didaktik ohne eine Theorie der Schule bzw. der andragogischen und geragogischen Institution ist genauso wenig möglich, wie Soziotherapie ohne eine Theorie des Beratungssettings oder Psychotherapie ohne eine Theorie der klinischen Institution oder ohne Überlegungen zur Situation der freien psychotherapeutischen Praxis im sozialen Gefüge (*Besems* 1977).

Aufgrund derartiger Überlegungen ist aus dem Gestaltansatz das Modell der „Soziotherapeutischen Kette“ entwickelt worden (Petzold 1974), das auch für die Altenarbeit Anregungen bieten kann. Voraussetzung ist, daß die verschiedenen sozialen und therapeutischen Agenturen miteinander verbunden sein müssen und eine lokale und regionale Koordination erfolgt. Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik mit alten Menschen wird wenig bewirken, und die Lage der Alten wird desolat bleiben, wenn nicht eine Koordination der vorhandenen Programme erfolgt und neue Einrichtungen geschaffen werden, die spezifischen Bedürfnissen nachkommen, wie z.B.:

*Beratungsstellen und -dienste für Senioren.* Es ist bezeichnend für die Situation, daß es in großer Zahl Erziehungs-, Ehe- und Jugendberatungsstellen gibt und sogar Richtsätze bestehen (WHO), nach denen für 50.000 Einwohner eine Erziehungsberatungsstelle eingerichtet werden soll. Beratungsstellen für alte Menschen bestehen so gut wie überhaupt nicht und sind weder von der Gesetzgebung noch in den Haushalten der öffentlichen und privaten Träger vorgesehen. Vom tatsächlichen Bedarf her aber müßten Beratungsstellen für Senioren gleichfalls für einen Einzugsbereich von jeweils 50.000 Einwohnern eingerichtet werden. Neben einem differenzierten soziotherapeutischen Angebot, einem geromedizinischen Dienst, sollten sie Möglichkeiten für Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Bewegungstherapie und Aktivitätstraining bieten. Außerdem müßten sie in Kliniken, Pflege- und Wohnheimen Außenprogramme unterhalten (vgl. Vickery 1965).

*Geragogische Programme.* In den schon bestehenden Einrichtungen der Erwachsenenbildung (Volkshochschulen, kirchlichen Bildungswerken usw.) müssen differenzierte geragogische Programme eingerichtet werden, die die Ergebnisse sozialgerontologischer Forschung berücksichtigen und von Fachpersonal, Geragogen und Sozialgeragogen geleitet werden. Neben sachbildenden Kursen und Seminaren kommt dem Aspekt der Lebenshilfe und Beratung, der Soziotherapie und Selbsterfahrungsgruppen besondere Bedeutung zu. Auch geragogische Programme müßten in Wohn- und Pflegeheimen Dependenzen einrichten.

*Selbsthilfeprogramme.* Selbsthilfegruppen und -programme für alte Menschen existieren bislang kaum. Initiativen hierzu sind nur sporadisch unternommen worden und kaum bekannt. Die Effizienz von Selbsthilfegruppen ist für die verschiedensten Bereiche dokumentiert worden (Moeller 1978) und es liegt nahe, dies auch für die Arbeit mit

alten Menschen anzunehmen. Selbsthilfeinitiativen von „Senioren“ sollten deshalb gefördert und unterstützt und, wo nicht vorhanden, initiiert werden. Wenn der Anstoß zum „exchange learning“ und „exchange helping“ (Laschinsky, Petzold, Rinast 1979) erst einmal von aussen erfolgt ist, besteht die Chance ihres Weiterlebens und weiterer Verbreitung. (Petzold 1980; Gronemeyer, Bahr 1979).

*Geromedizinische Fachpraxen.* Untersuchungen über die Einstellung zum alten Menschen bei verschiedenen Berufsgruppen haben ergeben, daß gerade unter Ärzten des Defizitmodell vertreten wird (Coe, Brehm 1972) und negative Altersstereotype vorherrschen (Schwebke, Zimmermann 1974). Auch die Tatsache, daß es Fachärzte für Kinderkrankheiten, für Kinder- und Jugendpsychiatrie usw. gibt, aber keine Fachärzte für Geromedizin bzw. Geriatrie sollte zu denken geben. Dabei wären geromedizinische Fachpraxen von der Spezialisiertheit der Aufgabenstellung, die die Behandlung alter Menschen inzwischen bietet, und der immer umfangreicheren medizinischen und biologischen gerontologischen Forschungen schon lange erforderlich. Solche Praxen können ohne soziotherapeutisches Personal (z.B. in der Altenarbeit ausgebildete Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen) und ohne die enge Kooperation mit Beratungsstellen für Senioren und geragogischen Programmen nicht optimal arbeiten. Sie müßten weiterhin psychotherapeutische Angebote machen oder mit Psychotherapeuten, die auf die Behandlung alter Menschen spezialisiert sind, zusammenarbeiten. Nur auf diese Weise können sie Agenturen einer effektiven Interventionsgerontologie werden.

## 7. Gestaltpsychotherapie

Es ist an dieser Stelle nicht möglich, einen umfassenden Überblick über Gestaltpsychotherapie mit alten Menschen zu geben. Die Aufgaben und Möglichkeiten sind so vielfältig wie in der Behandlung von Erwachsenen (Petrilowitsch, 1964; Bellak, Karasu 1976). Ich möchte deshalb nur den allgemeinen Rahmen beschreiben und beispielhaft für gestaltpsychotherapeutische Arbeit die Behandlung von Depressionen ansprechen, sowie auf meine psychodramatischen Arbeiten mit alten Menschen verweisen, die ich meistens mit Gestalt verbinde (Petzold 1979 b).

In der Anfangsphase der psychotherapeutischen Arbeit versuche ich, mit dem alten Menschen eine Bestandsaufnahme seiner aktuellen Situation zu machen und damit einen Überblick über seinen Lebenszusammenhang zu gewinnen. Dabei erfolgt die Exploration in einer per-

missiven Atmosphäre. Der Therapeut gibt Anregungen, registriert und akzeptiert Widerstände, ohne weiter nachzufassen, um nicht bedrängend zu wirken und Abwehr zu verstärken. Er versucht, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen (Pfeiffer, 1976; Goldfarb, 1964).

Es werden folgende Bereiche angesprochen:

- (1) Körperliche Situation und Leistungsfähigkeit (Leistung der Sinne, Beweglichkeit, Verdauung, Schlaf, körperliche Aktivitäten usw.).
- (2) Intellektuelle Aktivitäten und Leistungsfähigkeit (Lesen, Teilnahme an Veranstaltungen, Verfolgen von politischen und kulturellen Ereignissen usw.).
- (3) Emotionale Befindlichkeit (vorherrschende Stimmungen, auslösende Situationen für Stimmungslagen, Zufriedenheit, Unzufriedenheit usw.).
- (4) Situation im sozialen Feld (Familie, Freunde, Bekannte, Nachbarschaft, Vereins- und Clubaktivitäten, Häufigkeit der Kontakte etc.).
- (5) Situation im Umfeld (Wohnung, Stadtviertel, Lärm usw.).
- (6) Wirtschaftliche Situation.

Diese Exploration dient nicht nur diagnostischen Zwecken, sondern ist selbst schon therapeutisch, weil sie unter aktiver Beteiligung des Klienten erfolgt. In der vier- bis sechsstündigen Bestandsaufnahme wird er sich über seine Bedürfnisse und Defizite klarer. Gleichzeitig werden Möglichkeiten erörtert, wie Veränderungen eingeleitet werden können. Es wird im Sinne differentieller Intervention ein individuelles Aktionsprogramm ausgearbeitet, das die Wünsche und Möglichkeiten des Klienten berücksichtigt. Ein solches Programm enthält folgende Punkte:

(1) *Zeitplanung*: Aufgrund eines mit dem Klienten erstellten Planes des Tages- und Wochenverlaufes erhalten Therapeut und Klient einen Überblick über die Verteilung der lebensnotwendigen Aktivitäten (Einkaufen, Hausarbeit etc.), der Freizeitbeschäftigung (Hobbys, Besuche, Spaziergehen) und der Ruhezeiten. Auf diese Weise können Veränderungen des alltäglichen Lebens ins Blickfeld treten.

(2) *Therapieprogramm*: Grundsätzlich gilt für den integrativen Ansatz der Gestaltpsychotherapie, daß es drei Möglichkeiten des Vorgehens gibt: die konfliktzentrierte, erlebniszentrierte und die übungszentrierte Arbeit. In der Behandlung mit alten Menschen wird eine konsequente Zweigleisigkeit angestrebt.

a) *Konfliktzentrierte Arbeit* geschieht in Einzel- und Gruppentherapie und befaßt sich mit Aktualkonflikten oder Problemen aus der Vergangenheit, die in die Gegenwart hineinwirken und Integration und

Wachstum tiefgreifend stören oder verhindern. In der Regel ist für den alten Menschen Gruppentherapie die Methode der Wahl, da die Gruppe ein aktivierendes Kommunikations-Feld bietet, das Defizite ausgleicht und vielfältige Lern- und Übungsmöglichkeiten bereitstellt. Einzeltherapie ist bei schwerwiegender Problematik, z. B. akuter Suizidalität, schweren Kontaktstörungen bzw. Kontaktängsten oder Perversionen indiziert.

b) *Erlebnis- und übungszentrierte Arbeit* versucht, alternative Erfahrungen zu vermitteln. Sie erschließt neue oder restituiert verlorengangene Mobilität, Sensibilität, Ausdrucksfähigkeit, Kreativität usw. Diese Arbeit verwendet verschiedene Verfahren des Kreativitäts- und Bewußtheitstrainings oder der Bewegungstherapie. Übungs- bzw. erlebniszentrierte Arbeit wird oft in soziotherapeutisch geleiteten Gruppen durchgeführt und läuft zur konfliktzentrierten Arbeit parallel, so daß die Klienten zu zwei Sitzungen in der Woche kommen. Gerade bei alten Menschen kann der Wert der erlebnis- bzw. übungszentrierten Sitzungen gar nicht hoch genug veranschlagt werden, da durch sie eine multiple Stimulierung erfolgt, die aktiviert und verlorene Fähigkeiten wieder aufbaut.

(3) *Körperliche Aktivitäten*: Den hervorragenden Effekt körperlichen Trainings auf alte Menschen haben *Clement* (1966), *Liesen, Hollmann* (1976 u.a.) durch ihre Untersuchungen belegt. Die Förderung der körperlichen Vitalität ist fester Bestandteil des Programms. Dabei kann auf die Angebote des Seniorenturnens oder Joga für alte Leute und zuweilen auch auf Bewegungstherapiekurse zurückgegriffen werden, wie wir sie in den Programmen fast aller größeren Volkshochschulen und Sportvereine finden (vgl. *Petzold, Berger* 1979).

(4) *Kontakttraining*: Der Klient wird angehalten, eine bestimmte Zeit mit Besuchen und Einladen von Bekannten zu verbringen oder zu Altenclubs und geragogischen Veranstaltungen zu gehen.

(5) *Intellektuelles Training*: Es wird anhand der Programme von Volkshochschulen und Bildungseinrichtungen eine Palette von Möglichkeiten zusammengestellt, die dem Interesse und den Neigungen des Klienten entsprechen.

(6) *Besondere Hobbys u. Freizeitaktivitäten*: Auch hier werden die Möglichkeiten von Clubs und anderen Einrichtungen der Erwachsenenbildung einbezogen.

Aus dieser Aufstellung wird deutlich, daß Psychotherapie mit Klienten aus dem dritten Lebensabschnitt den ganzen Menschen in seinem Lebenszusammenhang erreichen muß und stark von pädagogischen

und soziotherapeutischen Elementen geprägt wird. In einem solchen Rahmen können dann spezifische Krankheitsbilder und Symptomatik wirkungsvoll behandelt werden.

## 8. Zur gestalttherapeutischen Behandlung von Depressionen bei alten Menschen

Die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter sind die verschiedenen Formen von Depression. Ich habe sie unter den vielfältigen psychischen und somatischen Störungen des Alters herausgegriffen, um an ihnen beispielhaft gestalttherapeutische Arbeit zu beschreiben. Außerdem bieten sie aufgrund der komplexen Ätiologie Einblick in ein breites Spektrum von Altersproblemen. Bei Depressionen im Alter können folgende ursächliche Komponenten zum Tragen kommen: 1. altersbedingte cerebrale Veränderungen; 2. Stimulierungsverlust; 3. retroflektierte Aggression gegen die aktuellen Einengungen durch die Umstände (die Gesellschaft, die Jüngeren); 4. retroflektierte Aggression gegen die Bedingungen eines ungünstigen Lebensschicksals; 5. fehlende Integrationsfähigkeit im Hinblick auf die Lebensbilanz; 6. fehlende Integrationsmöglichkeiten im Hinblick auf Sinn- und Wertfragen; 7. fehlende Integrität der Person im Hinblick auf die Bedrohung durch den unabänderlichen Tod.

Bei Depressionen alter Menschen sind Faktoren wie Rollenverlust, Einbußen an physischen Fähigkeiten, Verlust von Bezugspersonen, Einschränkungen der wirtschaftlichen Wohnsituation sowie die Auswirkungen sensorischer und perzeptueller Deprivationen meist mit im Spiel. Die multifaktorielle Genese der Depressionen im Alter erfordert einen multimodalen Ansatz. Die gegenüber anderen Altersgruppen extrem hohe Zahl der Selbstmorde in der dritten Lebensphase ist nicht zuletzt auf die unzureichenden Angebote an erforderlichen Hilfen zurückzuführen, die von den Institutionen, die Altenarbeit betreiben, und von den niedergelassenen Ärzten in psycho- und soziotherapeutischer Hinsicht gemacht werden und aufgrund fehlender Kooperation gemacht werden können.

Neben der medikamentösen Behandlung cerebraler Veränderungen (*Pakesch, 1966*) muß durch das Aktivierungsprogramm und besonders in den übungszentrierten Sitzungen ein multipler Stimulierungseffekt erreicht werden. Oftmals ist eine dynamisch ausgerichtete Therapie erst möglich, wenn derartige Maßnahmen angeschlagen haben. Nach gestalttherapeutischer Auffassung werden Depressionen vielfach durch *retroflektorische* Mechanismen ausgelöst. Beim Konzept der *Re-*

troflektion wird davon ausgegangen, daß der Organismus auf noxische Wirkungen mit Flucht oder Aggression reagiert, wobei Aggressionen die Zersörung oder Veränderung der bedrohlichen Aktion zum Ziel haben. Sind diese Reaktionen nicht möglich, und das ist beim alten Menschen oftmals der Fall, so wendet er die aggressive Energie „nach innen“, gegen sich. Er *retroflektiert* sie (Perls, 1969).

In der gestalttherapeutischen Arbeit wird nun versucht, die aggressiven Impulse zu aktivieren und nach außen zu bringen, und zwar nicht nur auf einer verbalen, sondern auch auf einer emotionalen Ebene, unter Einbeziehung von Mimik und Gestik. Wir verwenden hierzu psychodramatisches Rollenspiel, die Technik des leeren Stuhls und Aggressionsübungen der Integrativen Bewegungstherapie (Petzold, 1974). Die auf diese Weise ausgelösten Prozesse haben oft einen sehr intensiven Verlauf. Die Verzweiflung über bedrückende Lebenssituationen, die Trauer über den Verlust geliebter Menschen, das Ausgehöltsein von der Einsamkeit und der Haß gegen die Menschen und die Umstände, die „an all dem Schuld sind“, können mit äußerster Heftigkeit hervorbrechen. Die stützende Wärme der Therapeuten, die häufig mit direktem Körperkontakt (Halten der Hand, Umarmung) arbeiten, die tragende Zuwendung der Gruppe und das Engagement der soziotherapeutischen Bemühungen bilden die Voraussetzung für eine Arbeit von dieser emotionalen Tiefung.

Durch das Ausleben der retroflektierten Aggressionsimpulse erfolgt eine allgemeine Aktivierung. Die Teilnahme der Gruppe vermittelt eine alternative Erfahrung und verhindert das Zurückfallen in ein resigniertes: „Es hat ja doch alles keinen Sinn.“ Dieses Engagement füreinander stellt ein wichtiges Moment für den Aufbau von Lebenssinn dar: „Mein Leben hat noch Sinn, weil ich anderen helfen kann und von anderen Hilfe erhalte.“ Auch die Erfahrung, daß man mit seinen Problemen nicht alleine und nicht einzig dasteht, und daß es andere Gruppenteilnehmer gibt, die ähnliche Schwierigkeiten schon gemeistert haben, vermittelt neue Hoffnung und Impulse, die eigene Situation eigenverantwortlich in die Hand zu nehmen. Die Unterstützung der Gruppe, des Therapeuten und des Programms macht Selbstunterstützung möglich. Gelingt es durch die Soziotherapie allerdings nicht, negative Lebensumstände mit dem Klienten zu verändern, so bleiben die psychotherapeutischen Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit eingeschränkt oder ganz fruchtlos, ja die emotionale Aktivierung kann gefährlich wirken. Schon aus diesem Grunde kann die Bestandsaufnahme des Lebenszusammenhanges in der Eingangsphase der Therapie gar nicht sorgfältig genaug durchgeführt werden.

Besonders in der Arbeit mit siechen Patienten in Pflegeheimen werden meist nicht aufdeckende, sondern stützende Strategien die Therapie bestimmen. Die gestalttherapeutische Auffassung, daß nicht nur die Aufarbeitung von Problemen sondern auch die Vermittlung positiver Erfahrungen heilend wirkt, gewinnt in der therapeutischen Altenarbeit besondere Bedeutung. So wird sowohl in der konfliktzentrierten als auch in der erlebniszentrierten Arbeit viel gelacht und gespielt. Auch auf diese Weise können ad-gressive, d. h. auf die Welt aktiv zugehende, Funktionen aufgebaut werden.

Die Behandlung von retroflektierten Depressionen gestaltet sich um so schwieriger, je mehr Zeit der Patient/Klient in seinen widrigen Lebensumständen und seinen depressiven Zuständen verbracht hat. Ausserdem sind reaktive Depressionen, die durch einen Aktualkonflikt ausgelöst wurden, besser anzugehen als Retroflektionsmuster, die auf frühkindliche Schäden zurückzuführen sind.

Herr W., 74 J., lebt seit drei Jahren in einem Altersheim. Mit 70 ist er mit seiner Frau zu seiner Tochter in die BRD gezogen. Er war Werkmeister in einer optischen Fabrik in der DDR. Seine Frau ist kurz nach der Übersiedlung gestorben. Als seine Tochter heiratet und nach Süddeutschland zieht, geht W. in ein Altersheim. Er hat ein Einzelzimmer und hat zu anderen Heimbewohnern nur oberflächlichen Kontakt. Er verfolgt das Tagesgeschehen mit Interesse, machte ausgedehnte Spaziergänge und wurde als geistig rege beschrieben. Sein körperlicher Gesundheitszustand war gut. Nach dem Tode eines Schulfreundes und Kriegskameraden, mit dem er in regem Briefkontakt stand und den er zuweilen besuchte, verfällt W. in eine schwere Depression. Er beginnt zu kränkeln und stellt seine Spaziergänge ein. Dieser Zustand dauerte schon drei Monate an, als Herr W. auf Anraten des Heimseelsorgers in die Gestaltgruppe kam, „um auf andere Gedanken zu kommen“. Gleichzeitig wurde eine stimmungsaufhellende Medikation verordnet, die aber nur mäßigen Erfolg brachte, da Herr W. zu einer regelmäßigen Einnahme des Medikaments nicht zu bewegen war. Bei den ersten Sitzungen verhält sich Herr W. sehr zurückhaltend. Die Gruppe arbeitet schon seit einem halben Jahr miteinander und versucht, Herrn W. einzubeziehen. Nach und nach öffnet er sich und gewinnt zu einem Gruppeneinsteiger besonders guten Kontakt. Dann bleibt er unvermittelt weg. Nach dem zweiten Fehlen besucht ihn der Gruppentherapeut in seinem Zimmer. T.: „Herr W., Sie sind die letzten beiden Male nicht gekommen. Da wollte ich einmal nach Ihnen schauen.“ W.: „Ich bin einfach zu müde, ich möchte nicht mehr kommen. Ich möchte nicht mehr.“ T.: „Was möchten Sie nicht mehr?“ W.: „Alles!“ T.: „Nicht mehr leben?“ W.: „Das auch. Ich habe einfach zu viel mitge-

macht. Einmal muß Schluß sein.“ T.: „Das kann ich Ihnen gut nachfühlen.“ W. (unwillig): „Ach, was wissen Sie davon, Sie sind ...“ T.: „Viel zu jung und haben noch nicht das hinter sich, was ich mitgemacht habe!“ W. (lächelt etwas): „Ja, so ungefähr habe ich gedacht.“ T.: „Vielleicht erzählen Sie mir ein wenig von sich, wenn Sie möchten.“ W. beginnt zögernd. Er berichtet, daß er eigentlich niemanden auf der Welt mehr habe. Sein Freund Karl sei tot, seine Frau auch, seine Tochter schreibe nicht und besuche ihn nicht. T.: „Und andere Menschen?“ W.: „Andere Menschen interessieren mich nicht!“ T.: „Was fühlen Sie jetzt?“ W.: „Wie?“ T.: „Was fühlen Sie, wenn Sie an die anderen Menschen denken?“ W.: „Ärger, Mißtrauen vielleicht. Von denen ist nichts Gutes zu erwarten.“ „Sind das Ihre Erfahrungen mit Menschen?“ W. (hart und mit verschlossenem Gesicht): „Ja!“ T.: „Woran denken Sie jetzt gerade?“ W.: „An den Krieg, an die Fabrik, an die Spitzel, (schmerzlich) an meine Tochter...“ T.: „Auch an Karl?“ W.: „Der war eine Ausnahme und meine Frau auch (schluchzt), das waren noch Menschen.“ T.: „Und jetzt sind Sie von Bitterkeit und Groll und Resignation umgeben.“ W.: „Ja, ich habe niemanden mehr und (heftig) ich will auch niemanden mehr haben.“ T.: „Haben Sie gehört, was Sie zuletzt gesagt haben? Können Sie das wiederholen?“ W.: „Ich will niemanden mehr haben...“ T.: „Und was noch?“ W.: „Ich will niemanden mehr verlieren (weint), ich will niemals, niemals mehr enttäuscht werden.“ T.: „Das ist der Punkt! Um sich vor Verlust und Enttäuschung zu schützen, ziehen Sie sich zurück. Aus der Gruppe sind Sie ja auch weggeblieben, als Sie mit einigen Teilnehmern in guten Kontakt kamen.“ W.: „Wenn man das so besieht, da haben Sie recht.“ T.: „Wieviele Enttäuschungen haben Sie in Ihrem Leben überwunden?“ W.: „Viele. Eigentlich bin ich im Leben mit allem irgendwie fertig geworden.“ T.: „Und wie wollen Sie das für den Rest halten?“ W.: „Ich werde schon wieder klar kommen und ich komme auch wieder in die Gruppe. (Lächelt und droht mit dem Finger.) Da soll nur einer wagen, mich zu enttäuschen!“

Bei der nächsten Sitzung ist Herr W. wieder anwesend. Herr K. hat ihn abgeholt. W. teilt der Gruppe mit, er habe beschlossen, wieder ein paar Freunde zu suchen, und er wolle hier einen Anfang machen. Er fragt, wer Interesse habe, mit ihm lange Spaziergänge zu machen, und er findet auch einige Partner. Nach der Sitzung spricht der Therapeut noch mit W. und erklärt ihm, da er Aktivitäten brauche, um nicht wieder in Depressionen zu fallen und um aus dem Tief herauszukommen. Mit dem Therapeuten wird ein kleines Aktivitätsprogramm aufgestellt. Im Verlauf der Therapie beginnt W., angeregt durch die Arbeit anderer Teilnehmer, belastende lebensgeschichtliche Situationen,

den Verlust von Idealen (er war SA-Mann), den Verlust der Heimat, der Frau, des Freundes durchzuarbeiten, und versucht, seine Beziehung zu seiner Tochter zu klären. In einer Sitzung bringt er retroflektierte Aggression nach außen, indem er seine Tochter wüst beschimpft. Dabei erkennt er, daß er ihr die Heirat nie verziehen hat - er schrieb sie immer noch mit ihrem Mädchennamen an - und daß er ihren Mann total ablehnt: „Wegen dem hat sie mich ins Altersheim gesteckt!“ W. wird deutlich, warum seine Tochter den Kontakt abgebrochen hat. Er beschließt, den nächsten Brief an die „Eheleute N.“ zu richten. In diesem Brief schreibt er, wie es ihm geht, ohne wie sonst, Forderungen oder Vorwürfe einzuflechten. Vor dem Absenden spricht er den Brief mit der Gruppe durch. Es erfolgt keine Antwort. Nach einem weiteren Brief ruft die Tochter an, und es entwickelt sich ein positiver Kontakt, der zu wechselseitigen Besuchen führt. Im Verlaufe der viermonatigen Behandlung verschwinden die depressiven Zustände vollständig. Mit der Teilnahme von W. am Aktivitätenprogramm sind auch keine Antidepressiva mehr gegeben worden, so daß die Besserung im wesentlichen auf die konflikt- und übungszentrierte Therapie zurückzuführen ist.

Dieser Fallbericht kann als Beispiel für das Vorgehen bei einer von aktuellen Geschehen ausgelösten (Tod des Freundes) reaktiven Depression stehen, die ein hohes retrofektives Potential aktiviert (Tod der Frau, Verlust der Heimat, Bruch mit der Tochter). Die retrofektiv verarbeiteten biographischen Ereignisse fallen in die dritte Lebensphase und sind durch massive Eingriffe in den Lebensverlauf ausgelöst. Eine neurotische Depression lag nicht vor, deshalb war ein Aufarbeiten der Eltern-Kindbeziehung nicht notwendig. Die gestalttherapeutische Gesprächsführung wurde auf einer Ebene mittlerer Tiefung gehalten und war an den Möglichkeiten des Klienten, seine Situation wahrzunehmen, ausgerichtet.

Für Patienten, die aufgrund einer neurotischen Fehlentwicklung Schwierigkeiten immer retrofektiv verarbeitet und mit Depressionen reagiert haben, ist die Prognose weniger günstig; trotzdem kann nach meinen Erfahrungen ein biographisches Aufarbeiten auch bei diesen Patienten im sechsten oder siebenten Lebensjahrzehnt durchaus noch erstaunliche Erfolge bringen. Psychotherapeutische Arbeit mit alten Menschen, ganz gleich auf welche Symptomatik sie gerichtet ist, muß ohnehin biographisch ausgerichtet werden. Einer der wesentlichsten Aufgaben des Alters besteht ja in der Auswertung des eigenen Lebens, der Integration des im Lebenslauf Erlebten, um noch „offene Gestalten“ zu vollenden und auf diese Weise im Angesicht des Todes Integri-

tät (Erikson, 1974), d. h. geschlossene und in sich ruhende Identität zu gewinnen.

Die Auswertung des Lebens nimmt einen großen Teil der therapeutischen Arbeit in Anspruch. Wieder wird den positiven Ereignissen besondere Bedeutung beigemessen, ohne daß damit negative Erfahrungen ausgespart werden. Durch Rollenspiele oder Imaginationstechniken werden Situationen aus der Lebensgeschichte gegenwärtig gesetzt, emotional noch einmal in und mit der Gruppe durchlebt. Im *Sharing* können die Erfahrungen der anderen, ihre Sicht der Dinge, für den Protagonisten fruchtbar gemacht werden. Erlebnisse von Menschlichkeit, von Opferwillen, von Hingabe, von Hilfe in größter Not, von Zärtlichkeit, Trauer und Freude werden miteinander geteilt. Die Gruppe erfährt ganz existentiell, was es heißt, Mensch zu sein, was menschliche Liebe und Würde bedeuten. Diese Erfahrung ist besonders für Patienten mit gescheiterten Lebenszielen oder mit vielen belastenden Vergangenheitserlebnissen, wie sie für die Zeugen zweier Weltkriege nicht selten sind, von unschätzbarem therapeutischem Wert. In einem vikariellen Prozeß kann ein solcher Patient an den positiven Erfahrungen der anderen emotional teilnehmen. Er kann von ihnen ergriffen werden und seine Verzweiflung überwinden. Er erfährt, daß das Leben nicht die Hölle ist, und die Menschen nicht nur schlecht sind, und findet auf diese Weise einen Weg aus seinen depressiven Verstimmungen. Derartige Situationen von „vitaler Evidenz“ (Petzold, 1975) hinterlassen in der Gruppe oft eine besinnliche Stimmung, die kennzeichnend für Integrationsprozesse ist.

Diesen Zustand der Besinnung und Innenschau versuchen wir innerhalb der therapeutischen Situation zu nutzen. In manchen Sitzungen kommen Themen in der Gruppe auf, die nicht auf konkrete, gegenwärtige Geschehnisse bezogen sind, sondern eher abstrakt wirken, z. B. Fragen nach den Werten, dem Lebenssinn, nach Gott und der Religion, nach dem Tode. Derartige „geistige Belange“ haben für den alten Menschen einen besonderen Stellenwert (Häfner, 1953), und ein Scheitern an diesen Fragen hat oftmals depressive Zustände zur Folge.

Der von Viktor Frankl (1956) geprägte Begriff der „Nootherapie“ (von νοῦς, Geist) ist auch von der „integrativen Gestalttherapie“ übernommen worden, denn er kennzeichnet ihren meditativen Ansatz: den „Fluß der Bewußtheit“ (flowing of awareness), der sich von der *Wahrnehmung*, über die *Besinnung*, zur *Betrachtung* und *Versenkung* vertiefen kann (Naranjo, 1970).

Der aus dem Gruppenprozeß hervorgegangene Begriff oder Zusammenhang wird aufgegriffen, indem die Teilnehmer ihn auf sich wirken lassen: „Welches Gefühl oder welche Regungen löst der Begriff in Ih-

nen aus?“ Es folgt eine Phase besinnlichen Gesprächs, die in eine meditative *Betrachtung* des Begriffs einmündet. Jeder Gruppenteilnehmer läßt sich, so lange er mag (in der Regel 15 bis 20 Minuten), auf den Begriff ein. Zuweilen kommt es dabei zu tiefen Versenkungszuständen. Auch mit diesem meditativ ausgerichteten Ansatz der Gestaltarbeit kommt es zu Integrationserlebnissen, zu einer emotionalen und geistigen Bereicherung, zu persönlichem Wachstum und kann depressive Verstimmung, Resignation und Passivität überwunden werden.

Der multimodale Ansatz der Gestalttherapie ermöglicht eine effektive Behandlung depressiver Zustände und anderer psychischer Erkrankungen im Alter bei unterschiedlicher Klientel. Er vermag durch sein konfliktzentriertes Vorgehen die noch „geistig regen“ und selbständigen Menschen zu erreichen und bietet durch das erlebnis- bzw. übungszentrierte Vorgehen Möglichkeiten für Sieche, Behinderte und Hochbetagte; ja Gestalttherapie ist sogar in der Arbeit mit Sterbenden eingesetzt worden (Zinker 1966; Petzold 1979d).

Der Gestaltansatz kann zu den Formen der Psychotherapie gerechnet werden, die für die Behandlung alter Menschen besonders geeignet sind. Er kann weiterhin durch die gestaltpädagogischen und die soziotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten den breiten Rahmen bieten, in den die Psychotherapie mit alten Menschen gestellt werden muß, wenn sie effektiv sein soll. *Stabilisierung, Wachstum, Integration, Kreation zur Erhaltung und Entfaltung der persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten im Lebenszusammenhang*, diese zentralen Zielsetzungen der Altenarbeit können durch das Zusammenwirken von Gestaltpsychotherapie, -soziotherapie und Gestaltpädagogik in der Praxis realisiert werden.

An anderer Stelle habe ich die theoretischen Konzepte der Geragogik (Petzold, Bubolz 1976) und die Praxis integrativer geragogischer und soziotherapeutischer Arbeit mit alten Menschen dargestellt (Petzold 1977a, b), ohne näher auf die Mitarbeiterfrage und die Probleme der Institution einzugehen. Beiden kommt jedoch immense Bedeutung zu, so daß im Folgenden dieses Thema noch näher aufgegriffen werden soll.

## 9. Mitarbeiterfortbildung im Bereich der Altenarbeit durch Integrative Agogik und Gestaltselbsterfahrungsgruppen

Um eine sinnvolle und effektive Altenarbeit zu gewährleisten, ist nicht nur ein institutioneller Rahmen erforderlich, sondern es müssen auch Mitarbeiter vorhanden sein, die über eine besondere Kompetenz verfügen, mit alten Menschen pädagogisch, soziotherapeutisch und

psychotherapeutisch umzugehen. Das Mitarbeiterproblem ist für die derzeitige, ohnehin nicht rosige Situation der Altenarbeit das schwerwiegendste. In den Fachhochschulen für Sozialpädagogik und Sozialarbeit sind die Fächer Altenbildung und Altenarbeit kaum vertreten und ein Schwerpunkt für Geragogik im Diplomstudiengang für Erziehungswissenschaften existiert z.Zt. noch nicht. Es finden sich nur sporadische Angebote im Rahmen der Studiengänge für Erwachsenenbildung und Sozialpädagogik. Die Schulen für Altenpflege bieten über den medizinisch-pflegerischen Bereich hinaus wenig in ihren Unterrichtsprogrammen an, was einem umfassenden Konzept für die Arbeit mit alten Menschen dienen könnte. In der Vorbereitung für einen Sozial- oder Pflegeberuf mit alten Menschen muß nicht nur die Vermittlung einschlägiger gerontologischer, sozialgerontologischer und psychologischer Forschungsergebnisse auf einer theoretischen Ebene erfolgen, sondern es ist unbedingt notwendig, diese Kenntnisse im Erleben der Auszubildenden zu verankern, so daß ein integrativer Lernprozeß erreicht wird, der kognitives und emotionales Lernen verbindet. Dies wird durch gestalttherapeutische Unterrichtsverfahren z.B. die *Integrativen Agogik* (Petzold, Brown 1977), die *confluent education* (Brown, Petzold 1978) oder die *Themenzentrierte Interaktion* (Cohn 1975) erreicht, durch die der Lernprozeß zu einem Selbsterfahrungsprozeß wird. Die Informationen, die im Unterricht geboten werden, werden in Rollenspielen aktualisiert, sie werden durch die Erfahrungen und Erlebnisse der Teilnehmer der Lerngemeinschaft ergänzt und unterrichtsbegleitend in der Praxis erprobt. Gestaltpädagogik und die durch ihre Verfahren ermöglichte „Selbsterfahrung am Stoff“ bieten dem zukünftigen Mitarbeiter in der Altenarbeit die Möglichkeit, seine spätere Zielgruppe besser zu verstehen, als es auf einer ausschließlich theoretischen Ebene möglich wäre. Durch Rollenspiele und Rollentausch werden die Teilnehmer der Lerngemeinschaft in die Rolle alter Menschen versetzt und erspüren auf diese Weise ganz existentiell, was es heißt, behindert, entmündigt, überprotegiert zu sein. Durch Imaginations- und Visualisierungstechniken wird es möglich, sich ein Bild von der Befindlichkeit des alten Menschen zu machen. Dies hat zur Folge, daß im Rahmen der sachorientierten Ausbildung immer wieder auf den Prozeß des Alterns verwiesen wird und die Affekzebene, die analog zum sach- und aufgabenorientierten Lernen läuft, einbezogen wird. Dieser Vorgang ist in einem agogischen Setting allein nicht mehr zu handhaben, sondern erfordert Selbsterfahrung. Die Mitarbeiter in der Altenarbeit sind in der Regel wesentlich jünger als die Zielgruppe, mit der sie es zu tun haben. Das wirft für beide Seiten Probleme auf, die im Sinne eines Sozialtrainings mit einer Bearbei-

tung von Vorurteilen und eigenen Problemen im Hinblick auf das Altern und das Sterben angegangen werden müssen. In gestalttherapeutischen Selbsterfahrungsgruppen, die wir für die Mitarbeiter an Altenbildungsprogrammen eingerichtet hatten, war es möglich, nicht nur die Ängste vor dem eigenen Alter und Sterben zuzulassen, um sie zu integrieren, sondern auch die Belastungen zu thematisieren, die der beständige Umgang mit Menschen „am Rande des Todes“ für den Mitarbeiter bedeutet.

Wer die zentralen Probleme des eigenen Alterns und Sterbens, des Umgangs mit Leidenden und Siechen nicht angegangen hat, wer die Dimensionen des Generationskonfliktes nicht kennt und erfahren hat, ist in seiner Effektivität bei der Arbeit mit alten Menschen erheblich eingeschränkt. Da Vorurteile und Ängste in Bezug auf das Alter in unserer Kultur von klein auf mitsozialisiert werden, so daß feste Altersstereotype und spezifische Rollenerwartungen entstehen, gefestigt werden und sogar die Selbsteinschätzung des alten Menschen bestimmen (Lehr 1972), ist es praktisch nicht möglich, derartige Einflüsse aus dem Umgang mit alten Menschen herauszuhalten, wenn sie nicht in einem Selbsterfahrungsprozeß erlebt und abgebaut oder in eine andere Richtung gelenkt werden. In der Altenarbeit oder in der Psychiatrie hat es der Mitarbeiter mit dem Abbau und der Zerstörung menschlicher Identität zu tun, eine Realität, die für jeden gesunden Menschen bedrohlich ist und in ihm Abwehr- bzw. Kompensationsreaktionen hervorruft. Gestalttherapeutische Gruppenarbeit zielt dadurch, daß sie die Awareness für derartige Prozesse weckt, auf ein Durcharbeiten des individuellen Alternsprozesses und der Einstellungen zum Alter ab, um neue Erfahrungen zu ermöglichen, die für den praktischen Umgang mit alten Menschen fruchtbar werden. Ein Schwerpunkt der Gestaltselbsterfahrungsgruppe ist die Arbeit an Projektionen, die an alten Menschen festgemacht werden. Als besonders geeignet haben sich hierfür gemischte Selbsterfahrungsgruppen erwiesen, an denen auch alte Menschen teilnahmen. In derartigen Gruppen wird von beiden Seiten erfahren, daß Grenzen vorhanden sind, was Leistungsfähigkeit, Aufnahmefähigkeit, Kommunikationswillen, Ermüdung, anbelangt. Es wird aber auch deutlich, daß der alte Mensch durchaus nicht unmündig ist, daß er im Gegenteil über Erfahrungen verfügt, durch die er dem jüngeren Mitarbeiter zuweilen überlegen ist. Auch dieses Faktum muß mit seinen positiven Seiten aber auch mit den Schwierigkeiten herausgearbeitet werden, die dadurch in der Praxis entstehen. Die gestalttherapeutischen Methoden des „Gestalt-dramas“ mit dem leeren Stuhl, der „direkten Kommunikation“ (Petzold 1973) und des gestalttherapeutischen Awareness-Trainings (Stevens 1975) bieten hier wichtige Hilfen.

Der Teilnehmer erfährt *bewußt*, was es in ihm auslöst, wenn er einen alten Menschen anschaut, wenn er einen alten Menschen berührt, wenn ihn ein alter Mensch berührt. (vgl. hierzu die beeindruckenden Szenen aus dem Ingmar-Bergmann-Film „Von Angesicht zu Angesicht“). Verdrängte Regungen von Abscheu und Ekel kommen hier genauso zum Tragen, wie Ängste, Respekthaltung, Bewunderung, Zärtlichkeit. Im Zentrum der Selbsterfahrung steht: *sich selbst als Sterbender zu erfahren*, sich mit dem eigenen Tode auseinanderzusetzen (Keleman 1978). Nur wenn das geschieht, kann der Mitarbeiter in der Altenarbeit mit innerer Freiheit an den alten Menschen herangehen. Hierfür ist ein Aufarbeiten der eigenen Erfahrungen mit Tod und Sterben von Kindheit an notwendig.

Die Gestaltselbsterfahrungsgruppe macht die sozialisierten Einstellungen zum Alter und zum Tode in einer Weise plastisch, durch die nicht nur Einsichten vermittelt werden, sondern durch die die emotionale Dimension erfaßt wird, so daß unmittelbare Verhaltensänderungen möglich werden.

## 10. Gestalt supervision in der Altenarbeit

In jeder psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Arbeit ist Supervision ein unbedingtes Erfordernis. In der Arbeit mit alten Menschen wird eine regelmäßige Kontrolle und Begleitung besonders notwendig, weil die Mitarbeiter erheblichen emotionalen Belastungen ausgesetzt sind und weil durch eine ständige Reflexion der Praxis erst konsistente Konzeptionen für psychotherapeutische und soziotherapeutische Altenarbeit erarbeitet werden müssen.

Gestalttherapeutische Supervisionsarbeit (vgl. Lemke 1980) hat die folgenden Schwerpunkte:

### 10.1 Bearbeitung von Problemen des Mitarbeiters

Durch den permanenten Kontakt mit Alternden, Siechen und sterbenden Menschen muß der Mitarbeiter beständig mit der Bedrohung durch den Tod umgehen, indem er sie abwertet oder verarbeitet. Er wird fortwährend mit der Disfiguration der menschlichen Identität konfrontiert und kommt dadurch auch mit der Bedrohung der eigenen Identität durch das Altern in Kontakt (Petzold 1979a). Er erlebt immer wieder die Eingegrenztheit seiner Bemühungen, die Vergeblichkeit von Ansätzen zur Veränderung und die Enttäuschung von Erwartungen. Solange umfassende strukturelle Veränderungen in den Institutionen

der Altenarbeit und durch eine angemessene Vorbereitung auf das Altern nicht möglich sind, wird dieser „Frustrationspegel“ relativ hoch liegen. Für den Mitarbeiter ergeben sich daraus Probleme im Hinblick auf die Arbeits- und Lebenszufriedenheit, für die er Hilfestellungen braucht. Er muß lernen, für das Setting und die Zielgruppe angemessene Erwartungen zu entwickeln, um dann auch Erfolge sehen zu können. Supervision hat also die Aufgabe, Verarbeitungshilfen zu geben und Entlastungen bereitzustellen. Das gestalttherapeutische Supervisionsmodell verwendet hier personenzentrierte „Hot-Seat-Arbeit“, um die kathartische Abreaktion aufgestauter Emotionen zu ermöglichen, rationale Einsicht in Problemkonstellationen zu vermitteln und auf diese Weise Veränderungen in der Haltung (Einstellung) und im Verhalten zu erreichen.

## *10.2 Probleme von Klienten*

Die heterogene Population, mit der sich der Mitarbeiter in der Altenarbeit konfrontiert sieht, der unterschiedliche Problemhintergrund und Lebenskontext der einzelnen Klienten, wirft immer wieder Fragen auf, für die keine Standardlösungen geboten werden können, sondern für die von Fall zu Fall Handlungsstrategien entwickelt werden müssen. In der Supervision werden Fallberichte vorgetragen und mit dem Supervisor durchgearbeitet, wobei, falls es sich um eine Gruppensupervision handelt, die Gruppe einbezogen wird. In dieser Arbeit verwendet das Gestaltmodell der Supervision Rollenspiele. Interaktionssequenzen werden durchgespielt und auf diese Weise beobachtbar und für alle Beteiligten plastisch. Der Mitarbeiter imaginiert seinen Klienten auf dem „leeren Stuhl“, tritt zu ihm in Dialog und erlebt dabei, welche Gefühle und Einstellungen er zu ihm hat. Im Rollentausch mit dem Klienten tritt er in seine Rolle ein, erhält dadurch ein besseres Verständnis und eine intensivere Einfühlung, die ihm ermöglicht, in späteren Realsituationen angemessener zu reagieren. Die „gesammelte Kompetenz der Gruppe“ in der Gruppensupervision bietet dabei ein hohes Potential, einerseits was die Situationsdiagnose und andererseits was das Entwickeln von Problemlösungsstrategien anbelangt. Die Supervisionsgruppe versammelt kompetente „Fachleute“, denn jeder der teilnehmenden Mitarbeiter hat einen spezifischen Erfahrungsschatz, der für die Supervisionsarbeit fruchtbar gemacht werden kann. Das Gestaltmodell der Supervision bezieht auf diese Weise Kenntnisse, emotionale Erfahrungen und Verhaltensstrategien in einer Weise in die Arbeit ein, durch die dem Supervisanden ein unmittelbarer Transfer in seinen Praxisbereich möglich wird.

### 10.3 Probleme der therapeutischen Beziehung

Die im voranstehenden als Gegenstand der Supervisionsarbeit angesprochenen Problemfelder schließen immer Fragestellungen ein, in denen es um therapeutische Beziehung geht. Die Schwierigkeiten von Klienten und die persönlichen Probleme von Mitarbeitern sind oft genug Beziehungsprobleme. Das Umgehen mit Übertragung und Gegenübertragung, mit Projektionen und Identifikationen, die Regulierung von Nähe und Distanz, die Reaktion auf Zuwendung, Anhänglichkeit und Aggression in der Interaktion zwischen Betreuer und Klient, wird in der Supervisionsarbeit thematisiert. Dabei werden wiederum nicht nur verbale Interventionen eingesetzt, sondern auch Rollenspiele, Imaginationstechniken und psychodramatisches Doppel-Ich- und Spiegelverfahren (Leutz 1974, Petzold 1971, 1979b). Gerade in der Arbeit mit alten Menschen wird der Mitarbeiter oft unsicher, wie er sich verhalten soll, wie er mit den Wünschen nach Zuwendung durch vereinsamte Klienten, wie er mit dem oftmals vorfindlichen Mißtrauen oder gar mit Feindseligkeit umgehen soll. Man kann mit alten Menschen nur sinnvoll arbeiten, wenn man eine Beziehungsebene findet, die angemessen ist, die weder überprotektiv oder überfordernd ist, die den alten Menschen nicht depotenziert, aber ihn auch nicht mit Problemen, bei denen er Hilfe braucht, allein läßt. Die wenigsten Menschen haben aus ihrem Alltagsleben ausreichende Erfahrung im Umgang mit alten Menschen, weil alte Menschen heute weitgehend aus dem Familienverband ausgegliedert leben. So entstehen oftmals Hilflosigkeiten, die überspielt werden oder zu unangemessenen Verhaltensweisen führen, und die ohne eine Reflexion und emotionale Bearbeitung in der Supervision die Ausbildung von Verhaltensstereotypen im Gefolge haben, wie wir sie in den meisten Einrichtungen der Altenarbeit finden: der alte Mensch wird entmündigt, infantilisiert, versorgt und, wenn er den Konzepten wohlmeinender Betreuung nicht entspricht, als querulatorisch abgestempelt und mit Sanktionen belegt.

### 10.4 Supervision des Mitarbeiterteams

Die Struktur des Mitarbeiterteams, d. h. die emotionalen Beziehungen und die Interaktionen der Mitarbeiter untereinander, bestimmen besonders in der geschlossenen Altenarbeit die Effizienz. Teams, die nicht kooperationsfähig sind und in denen sich die Mitarbeiter nicht gegenseitig Entlastung und Hilfestellung geben können, die in sich zerstritten sind, tragen ihre „negative Dynamik“ in das Arbeitsfeld. Sie geben in ihrer Zielgruppe die Möglichkeit, daß einzelne Mitarbeiter gegeneinander ausgespielt werden. Sie erzeugen ein Klima von Unzu-

friedenheit oder Unsicherheit. In der Gestaltsupervision kommt deshalb der Beziehungsklärung der Mitarbeiter untereinander besondere Bedeutung zu. In „direkter Kommunikation“ werden Konflikte ausgetragen und wird reflektiert, in wieweit ein „gemeinsamer Stil“ vorhanden oder möglich ist. Die Eindeutigkeit und weitgehende Übereinstimmung der Mitarbeiter, was ihren Interventionsstil angeht, ist für eine erfolgreiche Altenarbeit in der Institution eine wichtige Variable. Nur wenn eine solche Einheitlichkeit, die nicht mit Uniformität verwechselt werden darf, vorhanden ist, kommt es bei der Gruppe alter Menschen, die betreut wird, nicht zu Verhaltens- und Rollenunsicherheiten. Ein Mitarbeiterteam, das über ein angemessenes Problemlösungsverhalten verfügt, bietet weiterhin ein Imitationsmodell für die alten Menschen, die vielfach nicht gelernt haben, Schwierigkeiten im Zusammenleben kooperativ zu lösen. Viele Querelen in Altenheimen sind z. B. dadurch bestimmt, daß der alte Mensch in eine völlig neue Situation eintritt, für die er im Repertoire seines bisherigen Sozialverhaltens selten Erfahrungen vorfindet, auf die er zurückgreifen könnte.

### *10.5 Probleme der Institutionen*

Die bisher angesprochenen Problempunkte, mit denen sich Gestaltsupervision befaßt, können niemals losgelöst von den Problemen der Institution, ihrer Struktur und ihren äußeren Bedingungen (Finanzierung, Personalschlüssel, räumliche Möglichkeiten, Bettenzahl, geographische Lage usw.) betrachtet werden. All diese Faktoren haben sowohl auf die Klienten als auch auf die Mitarbeiter bestimmenden Einfluß. Supervision muß deshalb immer als *Systemsupervision* erfolgen. In der gestalttherapeutischen Supervisionsgruppe werden die emotionalen Beziehungen der Mitarbeiter zur Institution deutlich gemacht, werden die Schwierigkeiten, die durch Institutionsstruktur entstehen, rational durchleuchtet und werden Strategien entwickelt, wie die institutionelle Situation grundsätzlich oder innerhalb der Möglichkeiten des vorgegebenen Rahmens verändert werden kann, so daß Störfaktoren beseitigt oder handhabbar gemacht werden.

Die Supervisionsarbeit in den genannten Bereichen verbindet deshalb immer Selbsterfahrung, Praxisreflexion, Praxisberatung und Theorievermittlung, bzw. die Erarbeitung theoretischer Konzepte aus der Praxissituation. Da z. Zt. eine konsistente Theorie der Altenbildung, der Soziotherapie mit alten Menschen, der Psychotherapie mit alten Menschen noch nicht besteht und eine allgemein verbindliche Theorie vielleicht auch nicht erarbeitet werden kann, kommt der Supervisionsgruppe in der Altenarbeit die hervorragende Bedeutung zu, praxisbe-

zogene Theorie aus dem jeweiligen Situationskontext für den jeweiligen Situationskontext zu erarbeiten.

Für die Supervision der Mitarbeiter in der Altenarbeit gelten insgesamt die gleichen Prinzipien, die für einen integrativen, gestalttherapeutisch und systemtheoretisch fundierten Supervisionsansatz charakteristisch sind und die wie folgt definiert werden können:

*„Supervision ist ein interaktionaler Prozeß, in dem die Beziehungen zwischen personalen und sozialen Systemen (z. B. Personen und Institutionen) bewußt, transparent und damit veränderbar gemacht werden mit dem Ziel, die personale, soziale und fachliche Kompetenz der supervisierten Personen durch die Rückkoppelung und Integration von Theorie und Praxis zu erhöhen und weiterhin eine Steigerung der Effizienz bei der supervisierten Institution im Sinne ihrer Aufgabenstellung zu erreichen. Diese Aufgaben selbst müssen reflektiert und gegebenenfalls den Erfordernissen der 'relevanten Umwelt' entsprechend verändert werden.“*

*„Supervision erfolgt in dem gemeinsamen Bemühen von Supervisor und Supervisanden, vorgegebene Sachelemente, vorhandene Überlegungen und Emotionen in ihrer Struktur, ihrer Ganzheit und ihrem Zusammenwirken zu erleben, zu erkennen und zu handhaben, wobei der Supervisor aufgrund seiner personalen, sozialen und fachlichen Kompetenz als Feedbackinstanz, Katalysator, Berater und Partner in personaler Auseinandersetzung fungiert, ganz wie es Kontext und Situation erforderlich machen.“*

In den von mir geleiteten oder begleiteten Projekten der Altenbildung bzw. Soziotherapie mit alten Menschen haben sich Selbsterfahrung und Supervision als hervorragende Instrumente erwiesen, die personale, soziale und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter zu erhöhen und Fehlentwicklungen in den Institutionen zu verhindern.

In der Praxis der Altenarbeit sollten deshalb Verfahren der Supervision und besonders der gestalt- und systemtheoretisch fundierten Supervisionsarbeit vermehrt Einsatz finden.

### *Schlußbemerkung*

Der vorliegende Beitrag hat theoretische Konzepte integrativer, gestaltpädagogischer, -soziotherapeutischer und -psychotherapeutischer Altenarbeit aufgezeigt. Es ging darum, Prinzipien und Möglichkeiten der Gestalttherapie darzustellen, die speziell in der Arbeit mit alten Menschen und in der Mitarbeiterfortbildung für die Altenarbeit zur Anwendung kommen können. Die Praxis dieser Arbeit habe ich an anderer Stelle (Petzold 1977a,b) ausführlich beschrieben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der integrative gestalttherapeutische Ansatz, ähnlich wie andere Verfahren dramatischer Therapie, aufgrund seiner anthropologischen Prämissen, seiner theoretischen Konzepte und insbesondere auch der Tatsache, daß in ihm pädagogisches, therapeutisches und soziotherapeutisches Vorgehen miteinander verbunden werden, für die Arbeit mit alten Menschen besonders geeignet ist und bei künftigen Entwicklungen in diesem Sektor wichtige Beiträge leisten könnte.

#### Literatur

- Alsen, V., Eckmann, F. (1961): Depressive Bilder in der zweiten Lebenshälfte. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 201, S. 483-488.
- Améry, J. (1974): Über das Altern. Stuttgart (Klett).
- Beauvoir, S. de (1972): Das Alter. Reinbek (Rowohlt).
- Bellak, L., Karasu, T.B. (1976): Geriatric psychiatry. New York (Wiley).
- Berkowitz, B., Green, R.C. (1965): Changes in intellect with age. V. differential changes as functions of time interval and original score. *J. Genet. Psychol.*, 53, S. 179-192.
- Besems, T. (1977): Überlegungen zu intersubjektivem Unterricht. In: Petzold/Brown, G., (Hg.): Gestaltpädagogik. Konzepte der integrativen Pädagogik. München (Pfeifer), S. 42-75.
- Birren, J.E. (1974): Altern als psychologischer Prozeß. Freiburg (Lambertus).
- Botwinik, J. (1970): Geropsychology. *American Review of Psychology*, 21, S. 233-272.
- (1973): Aging and Behavior. New York (Springer).
- Breloer, G. (1976): Bildungsarbeit mit alten Menschen aus gesellschaftspolitischer Sicht. In: Petzold/Bubolz (Hg.): Bildungsarbeit mit alten Menschen, Stuttgart (Klett), S. 61-88.
- Bronisch, F.W. (1962): Die psychischen Störungen der älteren Menschen. Stuttgart (Enke).
- Brown, G.I. (1962): Human teaching for human learning. New York (Viking Press).
- (1972): The live classroom. New York (Viking Press) dtsh. als Brown/Petzold (1977).
- Petzold, H. (1977): Gefühl und Aktion. Frankfurt (Flach).
- Bühler, Ch. (1959): Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem. Göttingen (Hogrefe).
- (1972): Wenn das Leben gelingen soll. München (Droemer).
- Clement, F. (1966): Effect of physical activity on the maintainance of intellectual capacities. *The Gerontologist*, 2, S. 91-92.
- Cohn, R. (1975): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart (Klett).
- Cumming, E., Henry, W.E. (1961): Growing old. New York (Basic Books).
- Duwe, Chr., Braun, M. (1975): Gruppenarbeit mit alten Menschen in der Heimsituation. Düsseldorf (Graduierungsarbeit an der Fachhochschule für Sozialarbeit in Düsseldorf-Eller).
- Eck, K., Imboden-Henzi, A. (1972): Erfülltes Alter durch reicheres Erleben. Freiburg (Lambertus).
- Erikson, E. (1974): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt (Suhrkamp).
- Frankl, V. (1956a): Theorie und Therapie der Neurosen. München/Wien/Innsbruck (Urban und Schwarzenberg).
- (1956b): Psychotherapie bei endogenen Depressionen. *Ars Medici*, 46, S. 847-852.

- Goeken, A. (1969): Gruppenarbeit mit älteren Menschen. Freiburg (Lambertus).
- Goldfarb, A. I. (1964): Patient - doctor relationship in treatment of the aged person. *Geriatrics*, 12, S. 18-25.
- Greenwald, J. (1974): Be the person you were meant to be. New York (Simon, Schuster).
- Gronemeyer, R., Bahr, H.-E. (1979): Niemand ist zu alt, Frankfurt.
- Häfner, H. (1953): Der Wert als psychotherapeutisches Problem. *Zeitschr. Psychother. med. Psychol.*, 5, S. 252-262.
- Helson, H. (1964): Adaption level theory. New York (Harper and Row).
- Henry, W. E. (1964): The theory of intrinsic disengagement. In: Hansen, P. F. (Hg.): Age with a future. Philadelphia, S. 415-418.
- Hiemstra, R. P. (1973): Educational planning for older adults: a survey of „expressive“ versus „instrumental“ preferences. *International Journal of Aging and Human Development*, 2, S. 147-156.
- Keleman, St. (1978): Lebe Dein Sterben. Hamburg (Isko Press).
- Kempler, W. (1975): Grundzüge der Gestalt-Familientherapie. Stuttgart (Klett).
- Kubie, S. H., Landau, G. (1953): Group work with the aged. International Universities Press New York.
- Laschinsky, D., Petzold, H., Rinast, M. (1979): Exchange Learning - ein Konzept in der Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie*, 3.
- Latner, J. (1973): The Gestalt Book. New York (Julian Press).
- Lehr, U. (1972): Psychologie des Alterns. Heidelberg (Quelle und Meyer).
- Lemke, J. (1980): Gestaltsupervision. In: Petzold, H., Vormann, G., Wohngemeinschaften als Alternative. München (Pfeiffer).
- Leutz, G. A. (1974): Psychodrama. Heidelberg (Springer).
- Liesen, H., Hollmann, W. (1976): Bedeutung und Praxis sportlicher Betätigung beim älteren und alten Menschen. In: Petzold/Bubolz (Hg. 1976), S. 170-197.
- Litowschenko, S. W., Maschek, J. A., Satschuk, N. N., Rewutskaja, S. G. (1976): Möglichkeiten und Bedingungen der Unterrichtung älterer und alter Menschen. Ein Bericht aus der UdSSR. In: Petzold/Bubolz (Hg. 1976) S. 145-169.
- Martin, W. C. (1970): Activity and disengagement. Life satisfaction of in moves into retirement-community. Gerontology Center, University of Southern California, Los Angeles.
- Maslow, A. (1964): Religions, values and peak experiences, Ohio State Univ. Press.
- Merill, T. (1967): Activities for the aged and infirm: A handbook for the untrained worker. Springfield, Ill. (Thomas).
- Miller, Ch. E. (1963): The utilisation of an adult education program of group discussion with participation training to meet selected needs of aged persons. Univ. of Indiana Ph.D. Thesis. Mikrofilm Nr. 64-5472.
- Moeller, M. L. (1979): Selbsthilfegruppen, Reinbek (Rowohlt).
- Moreno, J. L. (1947): The social atom and death. *Sociometry*, 10, S. 81-86.
- (1959a): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart (Thieme).
- (1959b): Psychodrama, Vol. I-III. Beacon, New York (Beacon House).
- Nahemow, L., Lawton, M. P. (1973): Toward an ecological theory of adaption and aging. In: Preiser, W. F: Environmental design research. Stroudsburg, Pennsylvania.
- Naranjo, C. (1970): Present-centeredness: Technique, prescription, and ideal. In: Fagan, J., Sheperd, I. L.: Gestalt therapy now. Palo Alto (Science and Behavior Books); dtsh.: *Integrative Therapie* 3, 1979.
- Olechowski, R. (1969): Das alternde Gedächtnis. Lernleistung Lernmotivation Erwachsener - Ein Beitrag zur andragogischen Grundlagenforschung. Bern (Huber).
- Otto, H. (1970): Group methods to actualize human potential. Beverly Hills (The Holistic Press).

- Pakesch, E.* (1966): Zur Langzeitbehandlung der Altersdepression. In: Kranz, H., Petrilowitsch, N.: Probleme der pharmakopsychiatrischen Kombinations- und Langzeitbehandlung. Basel, (Karger).
- Passons, W.R.* (1975): Gestalt approaches in counseling. New York (Holt, Rinehart and Winston).
- Perls, S.F.* (1948): Theory and technique of personality integration. *American Journal of Psychotherapy*, 2, S. 564-586; dtsh. *Integrative Therapie* 1, 1978.
- (1969a): Ego, Hunger and Aggression. New York (Random House); dtsh. 1978 bei Klett, Stuttgart.
- Perls, F.S.* (1969b): Gestalt therapy and the process of living and dying. Cowichan Lecture, Tape.
- (1975): Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart (Klett); Origin. 1969.
- (1976): Grundlagen der Gestalt-Therapie. München (Pfeiffer); Origin. 1973.
- , *Hefferline, R., Goodman, P.* (1951): Gestalttherapy. New York (Julian Press); dtsh. Klett, Stuttgart 1979.
- , *Levitsky, A.* (1970): The rules and games of gestalt therapy. In: Fagan, J., Shepherd, I.L.: Gestalt therapy now. Palo Alto (Science and Behavior Books).
- (1979): Gestalt, Wachstum, Integration - Vorträge, Aufsätze und Sitzungsprotokolle, hrsg. v. H. Petzold, Junfermann, Paderborn.
- Petrilowitsch, N.* (1971): Probleme der Psychotherapie alternder Menschen. Basel (Karger).
- Petzold, H.G.* (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse. *Publications de l'Institut Saint Denis*, Paris, I, S. 4-10.
- (1970): Le Gestaltkibbouz, modèle et méthode thérapeutique, Paris (mimeogr.).
- (1971): Einige psychodramatische Initial-, Handlungs- und Abschlußtechniken. *Zeitschr. Psychother. med. Psychol.* 6, S. 209-227.
- (1973): Kreativität und Konflikte, Paderborn (Junfermann).
- (1974a): Drogentherapie. Modelle, Methoden, Erfahrungen. Paderborn (Junfermann).
- (1974b): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold (Hg.): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn (Junfermann).
- (1975): *Integrative Therapie ist kreative Therapie*. Unveröffentl. Manuskript
- (1977a): Der Gestaltansatz in der psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und pädagogischen Arbeit mit alten Menschen. *Gruppendynamik* 8, 32-48
- (1977b): Integrative Geragogik. In: Petzold/Brown (Hg.), S. 214-246.
- (1977c): Die neuen Körpertherapien, Paderborn (Junfermann).
- (1978a): Das Korrespondenzmodell in der integrativen Agogik. *Integrative Therapie*, 1.
- (1979a): Krisen des Therapeuten. Ersch. *Integrative Therapie* 4.
- (1979b): Psychodramatherapie, Diss. Univ. Frankfurt. Ersch. Junfermann, Paderborn.
- (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter. *Integrative Therapie*, 1/2.
- (1979d): Integrative Arbeit mit einem Sterbenden. *Integrative Therapie* 2, 1980.
- , *Berger, A.* (1977): Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten. In: Petzold (Hg., 1977c).
- , *Bubolz, E.* (Hg. 1976): Bildungsarbeit mit alten Menschen. Stuttgart (Klett).
- , - (1976): Konzepte zu einer integrativen Bildungsarbeit mit alten Menschen. In Petzold/Bubolz (Hg.), S. 37-60.
- , - (1976): Theorien zum Prozeß des Alterns und ihre Relevanz für geragogische Fragestellungen. In: Petzold/Bubolz (Hg.), S. 116-144.

- , Vormann, G. (1980): Wohngemeinschaften. München (Pfeiffer).
- , Brown, G. (1977): Gestaltpädagogik. Konzepte der Integrativen Erziehung. München (Pfeiffer).
- Pfeiffer, E. (1976): Psychotherapy with the elderly. In: *Bellak L. Karasu, T.B.*, S. 191.
- Phillips, M. (1976): Integrative Pädagogik. *Integrative Therapie*, 1.
- Polster, E., Polster, M. (1974): Gestalttherapie. München (Kindler).
- Radebold, H., Bechtler, H., Pina, I. (1973): Psychosoziale Arbeit mit älteren Menschen. Theoretische und methodische Aspekte; Falldarstellungen. Freiburg (Lambertus).
- Rahm, D. (1979): Gestaltberatung. Paderborn (Junfermann).
- Rohracher, A. (1965): Kleine Charakterkunde. München/Wien (Urban und Schwarzenberg).
- Satir, V. (1973): Familienbehandlung. Freiburg (Lambertus).
- (1975): Selbstwert und Kommunikation. München (Pfeiffer).
- Schenda, R. (1972): Das Elend der alten Leute. Informationen zur Sozialgerontologie der Jüngeren. Düsseldorf (Patmos).
- Skinner, B.F. (1973): Jenseits von Freiheit und Würde. Reinbek (Rowohlt).
- Schmidbauer, W. (1978): Die hilflosen Helfer. Reinbek (Rowohlt).
- Schneider, H.D. (1974): Aspekte des Alterns - Ergebnisse sozialpsychologischer Forschung. Frankfurt (Athenäum).
- Schwebke, A.; Zimmermann, R.: Einstellungen zum hohen Lebensalter; unveröffentlichtes Manuskript.
- Sieber, G. (1972): Die Altersrevolution. Zürich/Köln (Benzinger).
- Specht, K.A. (1976): Einrichtungen und Programme der Altenbildung in der BRD. In: Petzold/Bubolz (Hg.), S. 211-221.
- Stevens, B. (1970): Don't push the river. Real People Press, Lafayette.
- Stevens, J.O. (1975): Die Kunst der Wahrnehmung. München (Chr. Kaiser).
- Teus, H.P. (1971): Soziologie des Alterns, erster und zweiter Teil. Heidelberg (Quelle und Meyer).
- (1978): Weiterbildung oder Lebenshilfe? Institutionalisierte Formen des Lernens im und für das Alter. In: Dieck, M., Naegele, G. (Hg.): Altersforschung für die Praxis. Sozialpolitik für ältere Menschen. Heidelberg (Quelle und Meyer), S. 221-243.
- Thomae, H. (1968): Psychologische und soziale Aspekte des Alterns. *Zs. f. Gerontol.* 1, S. 43-55.
- Verres-Muckel, M. (1974): Lernprobleme Erwachsener. Stuttgart/Köln (Kohlhammer).
- Vickery, F.E. (1965): A multi-service senior center - its unique role and function. *Gerontologist*, 4, S. 246-249, S. 277.
- Vööbus, K. (1956): Analyse corporelle, approche nouvelle pour l'integration personelle. Montreal, Wilhelm Reich Research Center.
- Vopel, K. (1974): Interaktionsspiele. Bd. 1-7. Hamburg (Isko Press).
- Wilcox, H.H. (1956): Changes in nervous system with age. *Public Health Reports*, 71, S. 1179-1183.
- Wohlwill, J.F. (1964): Behavioral response and adaption to environmental stimulation. In: Damon, A. (Hg.): Psychological anthropology. Cambridge (Mess. Harvard University Press).
- Wolpe, J. (1969): The practice of behavior therapy. New York.
- Zinker, J. (1966): The possibility for psychological growth in the dying person. *J. of General Psychology*, 74, S. 185-199.

# Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen

Harry G. Bergeest, London, Beate Rönnecke, Hannover

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie wurde in den vierziger Jahren von *Carl Rogers* (1942, 1951) entwickelt und hat seither immer mehr an Bedeutung gewonnen. In Deutschland wurden intensive Forschungen in diesem Bereich seit Ende der fünfziger Jahre durchgeführt (s. Sammeldarstellung *Tausch* u. *Tausch*, 1978a). Obwohl inzwischen eine Vielzahl von Forschungsergebnissen und Erfahrungsberichten zur Gesprächspsychotherapie vorliegen, finden sich hinsichtlich der Therapie mit älteren Klienten im anglo-amerikanischen und im deutschen Sprachraum kaum Veröffentlichungen. Liegt es daran, daß bei diesem therapeutischen Verfahren Altersfaktoren keine Rolle spielen? Oder ist Gesprächspsychotherapie eine für alte Menschen ungeeignete Therapieform? Wie sieht es in der Praxis aus? Wird Gesprächspsychotherapie mit älteren Klienten durchgeführt, und was ist dabei zu beachten? Es erscheint wichtig, zunächst einmal die wesentlichen Gesichtspunkte der Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf ältere Klienten darzustellen.

## 1. Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Rogers

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie basiert auf der aus pragmatischen Ansätzen gewonnenen Persönlichkeitstheorie von *Rogers*, die von ihm selbst eher als eine Theorie therapeutischer Prozesse denn als eine reine Theorie der Persönlichkeit beschrieben wird. Die Entwicklungen und Veränderungen dieser Theorie, die aus *Rogers'* langjährigen Erfahrungen mit Psychotherapieklienten resultieren, können anhand seiner verschiedenen Veröffentlichungen verfolgt werden (s. bes. *Rogers* 1951, 1961, 1975).

*Rogers* hebt sowohl bei seinen Ausführungen zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie als auch zur dahinter stehenden Persönlichkeitstheorie keine Altersgruppe besonders hervor. Auch finden sich keine Hinweise auf eine Altersgrenze für Klienten, wie sie z.B. im allgemeinen bei der psychoanalytischen Therapie eine Rolle spielt (*Malzahn*, 1974).

Nach Rogers kann man annehmen, daß auch alte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sich konstruktiv in Richtung auf mehr Selbstkongruenz ändern, wenn sie bestimmte zwischenmenschliche Bedingungen erfahren; dabei tritt die Diagnose der jeweiligen Beeinträchtigungen in den Hintergrund. Diese Bedingungen sind in einer Gesprächspsychotherapie gegeben, wenn das Verhalten des Therapeuten durch folgende wesentliche Merkmale gekennzeichnet ist (s. a. Rogers 1975; Tausch und Tausch 1978a)\*:

*Uneingeschränkte Wertschätzung des alten Menschen und emotionale Zuwendung:* Das Verhalten des Therapeuten ist durch die feste Überzeugung bestimmt, daß der alte Mensch ein Potential besitzt, sich aus sich selbst heraus konstruktiv zu verändern. Der Therapeut vermittelt dem alten Menschen diese Überzeugung bei gleichzeitiger emotionaler Zuwendung. Der alte Mensch erfährt uneingeschränkte Wertschätzung seiner Person; Bewertungen oder gar Verurteilungen seiner Gefühle und Handlungen sind ausgeschlossen. Selbst wenn der Therapeut bestimmte Gefühle und Handlungen des alten Menschen für sich selbst nicht akzeptieren kann, so sieht er sie doch ohne Einschränkung als für den alten Menschen bedeutsam an. Der alte Mensch wird mit Wärme und emotionaler Nähe als derjenige akzeptiert, der er wirklich ist.

*Einführendes Verstehen der emotionalen Welt des alten Menschen:* Der Therapeut nimmt in jedem Moment der Begegnung die Erfahrungen und Gefühle des alten Menschen wahr und versucht zu verstehen, was sie für diesen bedeuten. Er ist bemüht, sich in die innere Welt des alten Menschen einzufühlen, und teilt ihm mit, was er dabei wahrnimmt. Dabei sucht er weder nach einer Diagnose noch interpretiert er, sondern er vermittelt, daß er intensiv bemüht ist, tiefliegende Gefühle des alten Menschen zu verstehen. Für den alten Menschen kann schon das Erleben dieser Bemühungen in der Begegnung mit einem anderen Menschen therapeutisch wirksam sein.

*Echtheit und Selbstkongruenz in der Begegnung mit dem alten Menschen:* Die Grundvoraussetzung therapeutischen Handelns sind Echtheit und Selbstkongruenz des Therapeuten. Konstruktive Änderungen werden sich beim alten Menschen nur dann einstellen, wenn der Therapeut in jedem Moment der Begegnung als der Mensch wahrgenom-

---

<sup>11</sup> In den Untersuchungen zu klientenzentrierten Gesprächen mit alten Menschen von Rönnecke u. a. (1976) und Bergeest u. a. (1977) wurden Meßskalen zu diesen und weiteren Merkmalen angewandt.

men wird, der er wirklich ist, ohne Fassade und ohne daß er irgendetwas zurückhalten will, was in ihm vorgeht. Er muß jederzeit voll einschätzbar für den alten Menschen sein und sich in Übereinstimmung mit seinen eigenen Gefühlen verhalten. Das schließt ein, daß der Therapeut gegebenenfalls dem alten Menschen gegenüber auch dann offen sein muß, wenn die Therapiesituation im Moment seine Kräfte übersteigt.

Das gefühlsmäßige Erleben der Therapie durch den alten Menschen steht in direktem Zusammenhang mit dem Verhalten des Therapeuten. Während der Therapie wird beim alten Menschen vor allem das folgende Merkmal bedeutsam (s.a. *Rogers 1975; Tausch und Tausch 1978a*):

*Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst* (s.a. „Selbstexploration“ nach *Carkhuff 1969*): Der alte Mensch setzt sich aktiv mit dem eigenen gefühlsmäßigen Erleben auseinander. Er äußert Erlebnisse und Erfahrungen, die für seine emotionale Existenz von Bedeutung sind, und versucht, sich darüber klar zu werden, was diese Erfahrungen im Moment für ihn bedeuten. Mit Hilfe des Therapeuten kann er im Laufe der Therapie immer mehr Wahrnehmungen und Gefühle zulassen und sich selbst eingestehen, die er vorher nur verzerrt oder überhaupt nicht in sein Bewußtsein aufnehmen konnte, weil sie bei ihm Angst erzeugten oder nicht in sein Bild von seiner Person paßten.

Im therapeutischen Prozeß erfährt der alte Mensch durch die Akzeptierung, die emotionale Zuwendung und durch das Verstehen des Therapeuten ein zunehmendes Nachlassen innerer Spannungen und eine Zunahme von Ruhe und Gelöstheit. Eine Verminderung von Selbstschutz- und Verteidigungsverhalten stellt sich ein, und er wird offener für seine Gefühle und Erfahrungen. Er beginnt, sich selbst besser zu verstehen, was wiederum zu weiterer Entspannung und Angstreduktion führt. Höhere Selbstakzeptierung und größere Offenheit für das eigene Erleben und das Erleben anderer bewirken, daß der alte Mensch besser mit sich zurechtkommt. Darüber hinaus kann es zu positiven Veränderungen von zwischenmenschlichen Beziehungen kommen, was wiederum konstruktive Änderungen des alten Menschen außerhalb der Therapie fördert.

## 2. Formen der Behandlung, Indikationen und bisherige Praxis

Die Praxis der Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen muß im Zusammenhang mit den allgemeinen Grundsätzen für die Anwendung dieser Therapieform gesehen werden. Gesprächspsychotherapien

werden in der Bundesrepublik in der Regel von nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) ausgebildeten Psychologen und Ärzten durchgeführt. Es ist zwischen Einzel- und Gruppentherapien zu unterscheiden.

Bei Einzeltherapien handelt es sich normalerweise um wöchentliche Gespräche von etwa 45 Minuten Dauer. Häufig bringen schon 10 bis 15 Kontakte den Klienten wesentliche Erleichterungen. Wie Untersuchungen gezeigt haben, läßt sich oft schon nach den ersten Kontakten feststellen, ob der Klient auf diese Art von Therapie anspricht (*Bommert 1977*).

Bei den an *Rogers* orientierten Gruppentherapien gibt es zur Zeit noch kein einheitliches Konzept. Man kann zwischen Gesprächspsychotherapien in der Gruppe unterscheiden, bei denen vom Therapeuten nur auf individuelle Schwierigkeiten der einzelnen Gruppenmitglieder eingegangen wird, und solchen, bei denen Interaktionen der Gruppenmitglieder untereinander miteinbezogen werden. Eine in den letzten Jahren besonders in den Vordergrund getretene Therapieform sind die personenzentrierten Encounter- oder Gesprächsgruppen (*Rogers 1970*), bei denen der Therapeut die Rolle eines helfenden Gruppenmitgliedes einnimmt. In diesen Gesprächsgruppen steht das hilfreiche Verhalten der einzelnen Gruppenmitglieder untereinander im Vordergrund, und der Therapeut, hier Helfer genannt, nimmt eine dieses Verhalten fördernde Funktion ein.

Die genannten Formen therapeutischer Einzel- und Gruppengespräche sind nicht nur auf den klinischen Bereich beschränkt. Sie haben z.B. in den letzten Jahren in Form der personenzentrierten Gesprächsführung in Bereiche der Sozialarbeit und Sozialpädagogik wie auch in die Pädagogik allgemein Eingang gefunden (s.a. *Tausch und Tausch 1977*). Darüber hinaus zeigt sich die Bedeutung dieser Form hilfreichen mitmenschlichen Verhaltens in allen Situationen des täglichen Lebens immer deutlicher (s.a. *Tausch und Tausch 1978a*).

Die Frage, wann Gesprächspsychotherapie angezeigt ist und wann eine andere Therapieform mehr Erfolg verspricht, kann bisher nicht endgültig beantwortet werden, da hier aus verschiedenen Gründen eine systematische Forschung noch aussteht. *Bommert (1977)* nennt folgende in empirischen Untersuchungen zur Gesprächspsychotherapie berücksichtigte Symptomgruppen: 1) sogenannte psychoneurotische Persönlichkeitsbeeinträchtigungen (z.B. Ängstlichkeit, Unsicherheit, Entscheidungsschwierigkeiten), 2) psychiatrische Persönlichkeitsbeeinträchtigungen (z.B. Phobien, Depressionen), 3) Einstellungen und Verhalten im sozialen Bereich (z.B. dissoziales Verhalten, unsoziale Einstellung). *Tausch und Tausch (1978b)* sehen die klientenzentrierte Ge-

sprächspsychotherapie generell als Möglichkeit, die seelische Funktionsfähigkeit und die Persönlichkeitsentwicklung einer Person zu fördern. Das weist darauf hin, daß es sich hier um eine Therapieform mit breit gefächertem Indikationsbereich handelt.

Alte Menschen werden heute nur selten psychotherapeutisch behandelt. *Lehr* (1977) schreibt: „Es scheint geradezu, als ob 'Alter und Psychotherapie' ein Widerspruch in sich sei.“ *Malzahn* (1974) berichtet, daß über die Hälfte der von ihr befragten Mitglieder psychotherapeutischer Gesellschaften psychoanalytischer Ausrichtung bei der Annahme von Patienten eine Altersgrenze setzen, die meist schon bei 40 Jahren liegt. Diese Tatsache stellt die praktische Konsequenz der Ansicht von Psychoanalytikern dar, daß bei Klienten von über 40 Jahren von einer analytischen Behandlung abzuraten sei.

*Lawton* und *Gottesman* (1974) weisen darauf hin, daß Verfahren der Verhaltensmodifikation, die sie auch für ältere Menschen als sehr geeignet erachten, bei diesen leider wenig angewandt und kaum erforscht werden. Überhaupt werde in den USA zwar von Klinikern mit älteren Klienten therapeutisch gearbeitet; wie sie an mehreren Beispielen nachweisen, genügt das Ausmaß dieser Arbeit jedoch nicht den tatsächlichen Bedürfnissen der Älteren.

In der Literatur zur Gesprächspsychotherapie finden sich keine Hinweise, die den Ausschluß älterer Menschen von dieser Therapieform rechtfertigen. Dennoch sind in der Praxis alte Menschen als Klienten von Gesprächspsychotherapeuten eher die Ausnahme. *Tausch* und *Tausch* (1978b) führen aus: „Der Klient kommt freiwillig. Er ist in der Regel zwischen 17 und 60 Jahre alt und verfügt über die Intelligenz, wie sie zum Abschluß einer allgemeinen Schulbildung notwendig ist“. *Bommert* (1977) schreibt: „In der heutigen Praxis der Gesprächspsychotherapie kommen am ehesten jüngere Erwachsene aus mittleren und höheren sozialen Schichten mit dem Wunsch nach persönlichen Änderungen mit der Gesprächspsychotherapie in Berührung, obwohl zunehmend eine Ausweitung des Anwendungsbereiches festzustellen ist.“ *Rogers* selbst setzt keine Altersgrenzen für eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung; er betont aber, daß er keine Erfahrung mit älteren Klienten habe (*Rogers* 1970). Dennoch finden sich im Moment keine Hinweise, daß das Ausbleiben älterer Klienten von den Therapeuten auch nur diskutiert wird.

Klientenzentrierte Gespräche im Vorfeld von Gesprächspsychotherapien hingegen werden schon des öfteren mit älteren Menschen durchgeführt. Sozialarbeiter und Sozionalpädagogen beschäftigen sich vergleichsweise intensiv mit älteren Menschen und wenden, sofern sie eine Zusatzausbildung in klientenzentrierter Gesprächsführung haben,

diese Methode in Beratungsgesprächen der offenen und geschlossenen Altenhilfe an. Auch kirchliche Seelsorger und die Mitarbeiter der Telefonseelsorge, die beide viel mit älteren Menschen zu tun haben, führen ihre Gespräche zum Teil nach der klientenzentrierten Methode (Rönnecke und Bergeest 1978). Außerdem findet diese Form des Gesprächs Anwendung in Verbindung mit Verhaltenstherapie und Verhaltenstraining in den Fällen, in denen dieses überhaupt mit älteren Menschen durchgeführt wird (Cautela und Mansfield 1977).

Spezielle Beratungsangebote oder ambulante Behandlungsmöglichkeiten für die Älteren existieren erst ansatzweise (Junkers 1974). Allgemeine Beratungsstellen werden von den älteren Menschen wenig in Anspruch genommen. Es liegt jedoch sicher nicht nur am mangelnden Angebot an Beratungsstellen (Lawton und Gottesman 1974) oder an der ablehnenden oder gleichgültigen Haltung der Therapeuten, daß wenige ältere Klienten eine Gesprächspsychotherapie erhalten. Die älteren Menschen selbst stehen einer Gesprächspsychotherapie oft mißtrauisch und ablehnend gegenüber. Das beruht zumeist auf Informationsmangel, zumal sich Vorkenntnisse oder Vorerfahrungen in Psychotherapie bei ihnen, wie auch bei anderen Altersgruppen, vorwiegend auf die klassische Psychotherapieform der Psychoanalyse beziehen.

Als mögliche weitere Ursachen für die seltene Durchführung von Gesprächspsychotherapien, wie auch anderer Formen der Psychotherapie, mit älteren Menschen könnten die folgenden Gründe in Frage kommen: 1) Sozialisationsbedingt haben die heute älteren Menschen gelernt, auch für psychische Probleme beim Arzt für Allgemeinmedizin Hilfe zu suchen, dessen Hilfe jedoch meistens nur im Verschreiben von Medikamenten besteht. 2) Theorien vom Alter und damit das Bild vom alten Menschen wurden bis in die jüngste Zeit von der Annahme bestimmt, daß alte Menschen nicht mehr zu konstruktiven Veränderungen fähig sind; man gestand ihnen allenfalls Veränderungen in negativer Richtung zu. 3) Spezielle Probleme Älterer fanden bisher bei der Zielfindung der Psychotherapie kaum Beachtung; viele als relevant erachtete Therapieziele wie z.B. „Wiedereingliederung in das Berufsleben“ gelten für ältere Menschen nicht. 4) Die Gesellschaft übt auf alte Menschen verhältnismäßig geringen Druck aus, sich einer Psychotherapie zu unterziehen, denn es ist allgemein akzeptiert, daß alte Menschen schwierig oder „wunderlich“ werden. 5) Körperliche Beschwerden und Multimorbidität lassen oft psychische Störungen in den Hintergrund treten. 6) Die Abnahme der Mobilität kann ein besonderes Hindernis bei der Bemühung um eine Therapie darstellen. 7) Wie spätestens seit der Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages (1975)

allgemein bekannt, ist die psychotherapeutische Versorgung der Gesamtbevölkerung schlecht; die von sogenannten Randgruppen, zu denen man alte Menschen immer noch zählt, ist in besonderem Maße unzureichend.

Es scheint jedoch, daß auch altersspezifische Probleme durchaus in den Indikationsbereich der Gesprächspsychotherapie fallen können. Wie *Lehr* (1971) ausführt, kann die Veränderung von Lebensumständen im Alter, etwas durch Auszug der Kinder, die Beendigung der Berufstätigkeit oder Tod von gleichaltrigen Sozialpartnern zu einer dreifachen Thematik führen:

„1. Die Umstrukturierung des Selbstbildes (,typische' Problemsituationen zwingen zur erneuten Identitätsfindung). 2. Die Umstrukturierung des sozialen Lebensraumes (die oft eine Korrektur des diesbezüglichen Anspruchsniveaus erforderlich macht). 3. Die Umstrukturierung des persönlichen Lebensraumes, mit der vor allem eine Umstrukturierung des Zukunftsbezuges einhergeht.“ Wenn der alternde Mensch Schwierigkeiten hat, diese Anforderungen zu bewältigen, und fremde Hilfe in Anspruch nehmen muß, ist eine Gesprächspsychotherapie angezeigt, um ihm weiterzuhelfen und ihn zu fördern. Besonders der von *Lehr* erstgenannte Punkt steht auch im Mittelpunkt von *Rogers' Überlegungen* (*Rogers*, 1951).

Aus den vereinzelt Berichten über die Anwendung der Gesprächspsychotherapie bei alten Menschen geht jedenfalls ohne Zweifel hervor, daß diese Form der Therapie auch für Ältere hilfreich ist. So schreibt *Junkers* (1974): „Es handelt sich ... um allererste Erfahrungen mit klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie bei alterspsychiatrischen Patienten, die noch nicht als empirisch gesichert gelten können. Ich glaube danach, die Hypothese aufstellen zu können, daß Gespräche nach klientenzentriertem Konzept auch von alterspsychiatrischen Patienten als hilfreich empfunden werden und positive Effekte zeigen.“

### 3. Stand der Forschung

Um die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie bei alten Menschen möglichst wirksam einsetzen zu können, müssen Effekte und Prozesse der Therapie bei dieser Altersgruppe erforscht werden. Es läßt sich feststellen, daß in der Therapieforschung allgemein mit alten Menschen weniger systematische Untersuchungen durchgeführt wurden als mit anderen Altersgruppen. Zur Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen wiederum wurden weniger Berichte, ob nun Einzelfallstudien oder umfassende Untersuchungen, veröffentlicht, als etwa zur

Psychoanalyse, Verhaltenstherapie oder auch Milieuthherapie (s.a. Müller, 1973; Berg u.a. 1974; Schwartz 1975). Dem steht gegenüber, daß es allgemein zu den verschiedenen Gesichtspunkten der Gesprächspsychotherapie in der Vergangenheit eine Vielzahl von Forschungen gegeben hat (s.a. Bommert, 1977; Tausch und Tausch 1978a). Die Tatsache, daß kaum Informationen über ältere Klienten vorliegen, erklärt sich in diesem Zusammenhang unter anderem daraus, daß die Forschungsschwerpunkte bei der Prozeßanalyse und der Erfolgsforschung lagen, wohingegen Altersvariablen in den Hintergrund traten. Dieses um so mehr, als sich bei Stichproben, denen allerdings alte Menschen nicht angehörten, ergeben hatte, daß das Alter den Therapieerfolg nicht determiniert; hingegen spielen soziale Herkunft und Motivation eine Rolle (Bommert 1977). Zum anderen ist auf das generelle Forschungsproblem hinzuweisen, daß für die Erfolgsmessung notwendige Meßinstrumente, die speziell für die Erfassung von Persönlichkeitsvariablen bei alten Menschen brauchbar sind, bisher kaum vorliegen (s.a. Goga und Hambacher, 1977; Savage, 1975). Zwar haben sich in den letzten Jahren Wissenschaftler vermehrt auch der Erforschung der sozialen Alternsprozesse angenommen, aber es handelt sich hier mehr um die Beschreibung von Zuständen als um kontrollierte Änderungsversuche, wie sie erst in jüngster Zeit z.B. unter dem neuen Fachwort „Interventionsgerontologie“ von Lehr (1977) gefordert werden.

Methodisch fundierte, systematische Untersuchungen zu personen-zentrierten Einzelgesprächen bzw. Gruppengesprächen mit älteren Menschen wurden in der Bundesrepublik nur im Psychologischen Institut der Universität Hamburg durchgeführt (s.a. Rönnecke u.a. 1976; Bergeest u.a. 1977). Diese Untersuchungen befassen sich allerdings nicht mit Therapie im eigentlichen Sinne, sollen aber kurz referiert werden, da sie Hinweise für die Praxis der Gesprächspsychotherapie mit älteren Menschen liefern. Im Vordergrund stand der Gedanke der hilfreichen mitmenschlichen Begegnung. Es sollte erforscht werden, inwieweit Gesprächstherapeuten, aber auch Laien und einander fremde Menschen verschiedener Altersgruppen alten Menschen therapeutische Hilfe geben können. Daneben wurde versucht, die Situation allein lebender älterer Menschen zu verbessern, einer sozialen Gruppe, die sich nach Lehr (1977) in der schlechtesten Situation befindet, zumal wenn es sich um Frauen handelt.

Rönnecke u.a. (1976) boten allein lebenden alten Frauen, alle über 65 Jahre alt, wöchentliche Gespräche über Telefon an. Es wurde ihnen gesagt, daß sie über alle ihre Probleme freimütig sprechen könnten. 24 von ihnen sprachen mit Psychologen, die gesprächspsychotherapeu-

tisch vorgebildet waren, und 23 von ihnen sprachen mit Laienhelfern ohne eine solche Ausbildung. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigte sich, daß die Gruppe derjenigen, die mit Psychologen gesprochen hatten, schon nach 8 Gesprächen einen deutlichen Anstieg ihrer Lebenszufriedenheit aufwies. Hingegen zeigten diejenigen alten Frauen, die mit den Laienhelfern gesprochen hatten, unterschiedliche Veränderungen in ihrer Lebenszufriedenheit nach dieser Gesprächsperiode. In einer Nachbefragung erlebten sich zwei Drittel aller alten Gesprächsteilnehmer als psychisch positiv verändert. Ein mittleres Ausmaß an „Einfühelndem Verstehen“ und ebenfalls ein mittleres Ausmaß an „Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst“ während der Gespräche wurde von den alten Teilnehmer als hilfreichste Gesprächsbedingung erfahren.

*Bergeest* u.a. (1977) führten mit 45 alten Menschen mit einem Durchschnittsalter von 72 Jahren zweieinhalbtägige altersgemischte personenzentrierte Gesprächsgruppen durch. Diese Gruppen setzten sich jeweils aus 5 alten Menschen, fünf jüngeren Menschen und zwei Psychologen mit Erfahrung in Gesprächspsychotherapie zusammen. Parallel dazu wurden altershomogene Gesprächsgruppen durchgeführt, an denen insgesamt 38 alte Menschen mit einem Durchschnittsalter von 70 Jahren und jeweils zwei Psychologen teilnahmen. Die Teilnehmer der einzelnen Gruppen blieben über den gesamten Zeitraum von zweieinhalb Tagen zusammen, ausgenommen Schlafenszeiten. Ihnen wurde gesagt, daß sie über sich selbst und über alles, was sie interessiert, offen sprechen könnten. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigte sich bei den alten Menschen der altersgemischten Gruppen nach Beendigung der Gespräche eine deutliche Abnahme ihrer Einsamkeitsgefühle und ein weniger resignatives Bild vom Alter; außerdem zeigten sie eine Verminderung emotionaler Beeinträchtigungen und ihrer Unzufriedenheit mit eigenem Verhalten. Die Auswertung des Gesprächsverhaltens in den Gruppen ergab unter anderem wiederum, daß das hilfreiche Gruppenklima durch ein mittleres Ausmaß an „Einfühelndem Verstehen“ der Psychologen und ein mittleres Ausmaß an „Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst“ der alten Teilnehmer gekennzeichnet war. Im Vergleich zu den altershomogenen Gruppen liefen bei den altersgemischten Gruppen insgesamt konstruktivere Prozesse ab. Das wurde noch einmal in einer Nachbefragung drei Monate nach den Gruppensitzungen bestätigt.

In den Niederlanden und in den USA gibt es ebenfalls vereinzelt Untersuchungen zu personenzentrierten Gesprächsgruppen mit alten Menschen. Einzelfallstudien an der Universität Nijmegen wiesen nach, daß alte Menschen durch die Teilnahme an derartigen Gruppen eine

Reihe von Veränderungen sowohl in der Selbstwahrnehmung als auch in der Wahrnehmung anderer Gesprächsteilnehmer erfahren können (Van den Boom und Stevens 1976). In einem Projekt der Universität Miami zeigten alte Menschen nach der Teilnahme an Gesprächsgruppen bessere Leistungen in Intelligenztests und waren in der Lage, in stärkerem Ausmaß als vorher Zuwendung zu anderen Menschen auszudrücken. Außerdem gaben sie an, daß die Teilnahme an diesen Gruppen für sie eine angenehme und wichtige Erfahrung war (Johnson 1970). Positive Erfahrungen mit Gesprächsgruppen in einem Altenheim werden auch von Friedman (1975) berichtet.

Power und McCarron (1975) untersuchten 30 depressive Bewohner in zwei amerikanischen Altenheimen mit einem Durchschnittsalter von 84 Jahren. 15 von ihnen erhielten eine 15 Wochen dauernde abgestufte Behandlung mit gezieltem Einsatz von Körperkontakten, Verstärkung bestimmter Verhaltensweisen und klientenzentrierten Gesprächen. Die anderen 15 Bewohner der Heime bildeten eine nicht behandelte Kontrollgruppe. Sowohl in der Selbsteinschätzung als auch in der Einschätzung durch das Pflegepersonal zeigten die behandelten alten Menschen deutliche Verbesserungen, die sich in einer Verminderung der Symptomatik und vermehrten sozialen Kontakten ausdrückten und auch sechs Wochen nach Beendigung der Behandlung anhielten. Die Kontrollgruppe dagegen zeigte ein Ansteigen der depressiven Symptomatik. Es ist allerdings nicht abzuschätzen, welche der Variablen der Behandlung sich besonders günstig ausgewirkt haben.

In diesem Zusammenhang sei auf die Erfahrungen und Ergebnisse von Radebold (1972) und Oesterreich (1975) zur Gruppentherapie und Sozialarbeit mit alten Menschen verwiesen. Diese Ergebnisse bedürfen allerdings, vor allem auch hinsichtlich der Bevorzugung von Gruppentherapien gegenüber Einzeltherapien, noch der Überprüfung für klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Außerdem ist auf eine Arbeit von Tschacksch (1976) hinzuweisen, der die Möglichkeiten der Vermittlung von Grundlagen klientenzentrierter Gesprächsführung an ältere ehrenamtliche Mitarbeiter in der Altenhilfe systematisch untersuchte. Er liefert damit einen Ansatz, alten Menschen gegen Vereinsamung und Institutionalisierungsfolgen (s.a. Lehr 1977; Oesterreich 1975) durch Einsatz von in klientenzentrierter Gesprächsführung geschulten Laien zu helfen.

Die Erforschung und die Anwendung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen haben gerade erst begonnen. In größerem Ausmaß wird die klientenzentrierte Gesprächsführung mit alten Menschen besonders in der Sozialarbeit angewendet.

Aber auch hier gibt es kaum praxisbegleitende Forschung, die differenzierte Auskunft über Effekte und Prozesse bei dieser Form des Gesprächs mit alten Menschen liefert.

#### 4. Folgerungen aus Erfahrung und Forschung

Die Auswirkungen von Gesprächspsychotherapie sind determiniert durch das Verhalten des Therapeuten wie auch durch Merkmale des Klienten (Bommert 1977). Ältere Menschen sind für den Gesprächspsychotherapeuten im allgemeinen keine besondere Zielgruppe, sie heben sich jedoch durch eine Reihe äußerer Merkmale von anderen Altersgruppen ab. Sie können die gleichen Schwierigkeiten haben wie jüngere Klienten, aber auch Probleme, die erst durch ihre soziale Situation als ältere Menschen entstehen. Gerade zur Bearbeitung solcher Probleme erscheint Gesprächspsychotherapie besonders geeignet. Folgende Lebensumstände können für den älteren Klienten zum Problem werden: 1) Umstrukturierung der Lebenssituation nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben; 2) Verlust von Sozialpartnern und erhöhte Einsamkeit; 3) Bewußtwerden der Endlichkeit des Daseins; 4) Morbidität und damit verbundene Einschränkung der Bewegungsfreiheit; 5) Mögliche Einschränkung der Handlungsfreiheit aus verschiedenen äußeren Gründen, wie z.B. vrschlechterte finanzielle Situation nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder nach dem Tod des Ehepartners.

Wichtig für den Erfolg der Gesprächspsychotherapie sind Motivation und Erwartungen des Klienten (Bommert 1977). Ältere Menschen sind, wie jüngere auch, sehr unterschiedlich zu einer ihnen vorgeschlagenen Gesprächspsychotherapie eingestellt. Auf jeden Fall gilt es, die Erwartungen des älteren Klienten an den Therapeuten und die Therapie am Anfang der Therapie genau durchzusprechen. Gerade für ältere Menschen ist oft nur schwer einzusehen, daß ihnen mit einer Behandlung geholfen werden kann, in der Medikamente und Handlungsanweisungen oder Ratschläge nicht im Vordergrund stehen und der Therapeut keine betont aktive Rolle innehat. Diejenigen, die aufgrund ihrer körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen oder einfach aufgrund ihres Alters schon gewohnt sind, betreut zu werden, sind oft nur schwer davon zu überzeugen, daß auch eine Therapie, die mehr Selbständigkeit und Mitarbeit erfordert, für sie von Nutzen sein kann.

Dabei kann die Mitarbeit, die eine Grundvoraussetzung dieser Therapieform ist, von älteren Menschen durchaus geleistet werden. Zwar sind „die Fähigkeit zur Introspektion und Selbstexploration, die Umsetzung von Gefühlszuständen in entsprechende verbale Kommunika-

tion, Umlernprozesse, die Fähigkeit zur kognitiven und emotionalen Umstrukturierung und die Handhabung neuer Konzepte“ notwendig, doch werden mittlerweile diese Forderungen durch neuere Untersuchungsergebnisse relativiert; so hat sich etwa gezeigt, daß auch Klienten, deren Selbstexploration nicht so hoch ist, konstruktive Änderungen durch Gesprächspsychotherapie erfahren (Bommert 1977). Dieses Ergebnis konnte gerade hinsichtlich älterer Menschen bestätigt werden (s. oben). Daraus ergibt sich, daß individuell unterschiedliche mögliche Beeinträchtigungen der Seh- und Hörfähigkeit wie auch der Wahrnehmungsgeschwindigkeit oder der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung für die Therapie von untergeordneter Bedeutung sind; das gleiche trifft auf die potentielle Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses und der Lernfähigkeit sowie auf die mögliche Verlangsamung der Entscheidungsfähigkeit zu (s.a. Lehr 1977; Lawton 1976). „Defizit-Modell“ und „Disengagement-Theorie“, die den spezifischen Beeinträchtigungen älterer Menschen überragendes Gewicht zumessen, konnten ohnehin mittlerweile durch differenziertere Aussagen zum Altern ersetzt werden (s.a. Lehr 1977).

Der Gesprächspsychotherapeut, der mit älteren Menschen spricht, sollte fundiertes gerontologisches Wissen haben und dieses auch in Verhalten umsetzen können. Außerdem sollte er Erfahrung im Umgang mit alten Menschen, vor allem auch mit dem Verhalten und den Lebensweisen psychisch gesunder alter Menschen haben. Nur so läßt sich verhindern, daß in das Verhalten des Therapeuten die in der Gesellschaft weit verbreiteten negativen Stereotype vom Altern einfließen. Zur „psychischen Funktionsfähigkeit“ (Tausch 1974) des Therapeuten gehört, daß er sich seiner eigenen Einstellung zum Alter und zu älteren Menschen, fremden wie bekannten, bewußt ist. Da der Altersunterschied zwischen Klient und Therapeut nicht selten 40 bis 60 Jahre betragen wird, können sich daraus Probleme ergeben wie z.B. Insuffizienzgefühle des Therapeuten, der glaubt, dem alten Menschen und seinem vergangenen Leben oder seinem Gesamtschicksal, einschließlich der Zukunftsperspektive, nicht gewachsen zu sein. Die Werthaltungen und Normen des Klienten und des Therapeuten können weit auseinanderklaffen, z.B. was bestimmtes Sozialverhalten oder auch sexuelle Probleme anbelangt. Außerdem muß der Therapeut ein eventuell unterschiedliches Sprachverständnis in Betracht ziehen. Lawton faßt zusammen:

„Noch über die Unterschiede in der Erziehung hinaus gehen die Erfahrungen, daß das Leben verschiedene historische Perioden durchlaufen hat und daß man normativen Erwartungen und Werten von vor 70 Jahren ausgesetzt war. Viele heutige ältere Menschen werden mit

der gegenwärtigen Sprache, mit den psychologischen Konzepten oder mit dem moralischen Liberalismus nicht so übereinstimmen, wie jüngere Menschen oder selbst Menschen mittleren Alters.“

Der Therapeut muß berücksichtigen, daß ältere Klienten sich besonders mit stärker therapeutisch einwirkenden Gesprächspartnern in einer für sie ungewohnten Situation befinden. Sie haben wahrscheinlich im Lauf ihres Lebens gelernt, negative und positive Gefühle allein zu verarbeiten und Konflikte zu vermeiden. So hat sich gezeigt, daß sich z.B. Altentagesstättenbesucher durch persönliche Schwierigkeiten in hohem Ausmaß belastet fühlen, es aber nach außen hin nicht zeigen, was selbst von Leitern dieser Tagesstätten und von anderen Altenpflegern erheblich unterschätzt wird (*Bergeest* u.a. 1978). *Lawton* (1976) nimmt an, daß das Verleugnen bzw. Nicht-wahr-haben-wollen unangenehmer Tatsachen ein Charakteristikum des heutigen alten Menschen sei. Es fällt ihnen schwer, sich selbst zu öffnen, so daß auch einführendes Verstehen und ein intensives Bemühen des Therapeuten gleich zu Beginn der Therapie eher als bedrohlich und wenig hilfreich erlebt werden können. Dagegen werden Gesprächspsychotherapien sich unter Umständen günstiger entwickeln, wenn der Therapeut sich zunächst zurückhält und weniger tiefgehende Gefühle verbalisiert. Es erscheint wichtiger, dem älteren Menschen zu Beginn erst einmal das Gefühl zu vermitteln, daß er akzeptiert wird und seine eigenen Gedanken und Erlebnisse in einer Atmosphäre der Sicherheit mit jemandem durchsprechen und vielleicht besser verstehen kann. *Junkers* (1974) spricht von einer „Aufwärmphase“, in der der Klient die Therapie kennenlernt und mit dem therapeutischen Gespräch vertraut wird. Sie erachtet außerdem als besonders wichtig, daß der Therapeut sich bemüht, bei seinen Verbalisierungen immer auf konkrete Begebenheiten zu zielen.

Gespräche mit einem hohen Ausmaß an einfühlichem Verstehen und emotionaler Zuwendung des Therapeuten und daraus folgender stärkerer Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst von Seiten des Klienten müssen behutsam einsetzen und über einen längeren Zeitraum geführt werden, um bei älteren Menschen konstruktive Änderungen zu bewirken. Der Therapeut muß sich darüber im Klaren sein, daß besonders ältere Menschen möglicherweise aufgrund größerer Isoliertheit und eingeschränkter Mobilität eher als jüngere Klienten mit sich allein gelassen sind, wenn in der Therapie stärkere und Angst erzeugende Gefühle bewußt gemacht worden sind. Außerdem ist zu bedenken, daß die Möglichkeit einer entstehenden Abhängigkeit von der Therapie und vom Therapeuten, wie sie für alle Klienten gegeben ist, gerade

auch bei isoliert lebenden älteren Menschen zum Problem werden kann.

Zu den Gesprächsinhalten, die ja in der Gesprächspsychotherapie fast ausschließlich vom Klienten selbst bestimmt werden, ist zu sagen, daß eine Bearbeitung der Gegenwart und der Zukunft im Vordergrund stehen wird. Sehr oft wird der Klient selbst Erlebnisse der Vergangenheit einflechten, bei denen der Therapeut jedoch den Gegenwartsbezug sehen muß. Die Auseinandersetzung mit der individuellen augenblicklichen Lebenssituation des einzelnen Klienten steht im Vordergrund. Jedoch sollten bei isoliert lebenden Klienten, für die der Therapeut einer der wenigen Gesprächspartner ist, Gespräche über allgemeine aktuelle Ereignisse nicht ganz ausgeschlossen werden. Hier könnte auf diese Weise die Verbindung zur Außenwelt gefördert und intensiviert werden. Über die Gesprächspsychotherapie hinausgehend ist es auch wichtig, daß der Therapeut über soziale Hilfen, Hilfsorganisationen oder Freizeitangebote für alte Menschen informiert ist, um gegebenenfalls praktische Hinweise geben zu können und Informationslücken zu füllen.

Die genannten Gesichtspunkte gelten weitgehend auch für Gruppentherapien mit alten Menschen. Da der heutige alte Mensch aufgrund seiner Sozialisation eher Schwierigkeiten hat, offen über sich selbst und seine Gefühle zu sprechen, als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist, wird er zunächst sehr leicht in externale Themen ausweichen. Dieses Problem tritt in Gruppentherapien mit alten Menschen in besonderem Maße auf, da sich hier die Teilnehmer offenbar gegenseitig verstärken. Einen günstigeren Ansatz bieten Gruppentherapien, an denen Menschen unterschiedlichen Alters teilnehmen. In solchen Gruppen fordern sich die Teilnehmer emotional stärker; hierdurch werden therapeutische Prozesse gefördert. Bisher wurden derartige Gruppentherapien nur selten durchgeführt. Man darf jedoch aus den bisherigen Erfahrungen und Forschungen in diesem Therapiebereich schließen, daß sich hier ein wichtiger Weg in der Entwicklung der Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen eröffnet.

Gesprächspsychotherapie ist auch für ältere Menschen durchaus hilfreich und bietet einen Ansatz, ihre psychische Lebensqualität zu verbessern. Die Erforschung der hier relevanten therapeutischen Prozesse muß noch ausgeweitet und intensiviert werden. Sie sollte auch die vielfältigen Möglichkeiten der Prävention reaktiver Störungen auf das Älterwerden und die Umstellung auf neue Lebenssituationen mit Hilfe der klientenzentrierten Gesprächsführung mit einbeziehen. Es bleibt anzumerken, daß die Probleme alternder Menschen nicht durch den verstärkten Einsatz therapeutischer Verfahren allein oder durch

Aufklärung über Psychotherapie im Alter gelöst werden können. Damit einhergehen müssen Bemühungen um eine Verbesserung der sozialen Situation der alten Menschen und um eine Veränderung des immer noch vorherrschenden negativen Bildes vom Alter.

#### Literatur

- Berg, S., Norlin, E. und Olsson, A., *Psykoterapi och andra metoder vid psykologisk behandling av äldre*, Institutet för Gerontologi, Jönköping, 1974.
- Bergeest, H.G., Steinbach, I. und Tausch, A., *Psychische Hilfe für Besucher von Altagestätten durch Teilnahme an personenzentrierten Encountergruppen*, *Akt. geront.*, 7 (1977) 305-313.
- Bergeest, H.G., Steinbach, I. und Tausch, A., *Persönliche Schwierigkeiten alter Menschen*, *Z. Gerontologie*, 11 (1978) 270-275.
- Bommert, H., *Grundlagen zur Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart 1977.
- Carkhuff, R.R., *Helping and human relations*. Vol. II, New York 1969.
- Cautela, J.R. und Mansfield, L., *A behavioral approach to geriatrics*, in: Gentry, W.D. (Hg.), *Geropsychology. A model of training and clinical service*, Cambridge, Mass., 1977.
- Deutscher Bundestag (Hg.), *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*, Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200 und 7/4201, Bonn 1975.
- Friedman, S., *The resident welcoming committee: institutionalized elderly in volunteer services to their peers*, *The Gerontologist*, 10 (1975) 362-367.
- Goga, J.A. und Hambacher, W.O., *Psychological and behavioral assessment of geriatric patients: a review*, *J. of the American Geriatrics Society*, 25 (1977) 232-237.
- Johnson, R.F., *The effects of encounter groups on selected age related variables in a volunteer geriatric population*, Dissertation, University of Miami, 1970
- Junkers, G., *Die Möglichkeiten der Anwendung von klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie bei gerontopsychiatrischen Patienten*, Unveröffentl. Manuskript, Vortrag I. Europ. Kongreß f. Gesprächspsychotherapie, Würzburg 1974.
- Lawton, M.P., *Geropsychological knowledge as a background for psychotherapy with older people*, *J. Geriatr. Psychiatr.*, 9 (1976) 221-233.
- Lawton, M.P. und Gottesman, L.E., *Psychological services to the elderly*, *American Psychologist*, 29 (1974) 689-693.
- Lehr, U., *Psychologische Aspekte einer Psychotherapie im Alter*, in: Böhlau, V. (Hg.), *Alter und Psychotherapie*, Stuttgart 1971.
- , *Psychologie des Alterns*, 3. Aufl., Heidelberg 1977.
- Malzahn, B., *Psychotherapie im Alter?* Dissertation, Universität Ulm, 1974.
- Müller, C. (Hg.), *Bibliographica Gerontopsychiatria*, Bern 1973.
- Oesterreich, K., *Psychiatrie des Alterns*, Heidelberg 1975.
- Power, C.A. und McCarron, L.T., *Treatment of depression in persons residing in homes for the aged*, *The Gerontologist*, 15 (1975) 132-135.
- Radebold, H., *Gruppenpsychotherapie und Sozialarbeit mit geriatrischen Patienten*, in: Janssen Symposien Gerontopsychiatrie 2, Düsseldorf 1972.
- Rogers, C.R., *Counseling and psychotherapy*, Boston 1942; dtsh.: *Die nicht-direktive Beratung*, München 1972.
- , *Client-centered therapy*, Boston 1951; dtsh.: *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*, München 1973.

- , On becoming a person, Boston 1961; dtsh.: Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart 1973.
- , Carl Rogers on encounter groups, New York, 1970; dtsh.: Encounter Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung, München 1974.
- , Client-centered psychotherapy in: *Freedman, A.M., Kaplan, H.I. und Sadock, B.J.* (Hg.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore 1975.
- Rönnecke, B., Becker, M., Bergeest, H.G., Freytag, C., Jürgens, G., Steinbach, I. und Tausch, A.*, Gespräche über Telefon zwischen alten Menschen und gesprächspsychotherapeutisch vorgebildeten Psychologen oder Laienhelfern, *Z. Gerontologie*, 9 (1976) 455-462.
- Rönnecke, B. und Bergeest, H.G.*, Hilfreiche Gesprächsführung in der Sozialarbeit mit alten Menschen, Im Manuskript, 1978.
- Savage, R.D.*, Psychometric techniques, in: *Howell, J.G.* (Hg.), *Modern perspectives in the psychiatry of old age*, Edinburgh 1975.
- Schwartz, A.N.* (Hg.), *Assessment and therapy in aging. A selected bibliography*, Los Angeles 1975.
- Tausch, R.*, Gesprächspsychotherapie, 6. Aufl., Göttingen 1974.
- Tausch, R. und Tausch, A.*, Erziehungspsychologie, 8. Aufl., Göttingen 1977.
- , Gesprächspsychotherapie, 7. Aufl., Göttingen 1978a.
- , Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie, in: *Pongratz, L.* (Hg.), *Handbuch der Psychologie*, Bd. 8, Klinische Psychologie, Göttingen 1978b.
- Tschacksch, B.*, Training zur klientenzentrierten Gesprächsführung mit älteren ehrenamtlichen Mitarbeitern, Diplomarbeit, Freie Universität Berlin 1976.
- Van den Boom, C. und Stevens, N.*, Three elderly encounter group members, Dissertation, Universiteit Nijmegen 1976.

# Verhaltenstherapie mit älteren Menschen

Xenia Ritter-Vosen, Bonn

## 1. Einleitung

Die unter dem Terminus „Verhaltenstherapie“ zusammengefaßten, theoretisch im wesentlichen in den Theorien des klassischen bzw. operanten Konditionierens oder des „Modell-Lernens“ begründeten therapeutischen Techniken haben sich in den vergangenen Jahrzehnten zu einem festen Bestandteil des nicht-medikativen psychotherapeutischen Instrumentariums entwickelt. Verhaltenstherapeutische Erfahrungen mit *alten* Menschen bzw. Untersuchungen zur Bedeutung des Lebensalters des Klienten für die Anwendbarkeit und Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen liegen bisher nur sehr spärlich vor. *Oesterreich* (1975) hält eine systematische Überprüfung ihrer Anwendbarkeit im gerontologischen bzw. geronto-psychiatrischen Sektor für durchaus sinnvoll und wird in seiner Annahme durch die etwas zahlreicher existierenden Ergebnisse amerikanischer Autoren bestätigt. Jedoch hat auch in den USA die Anwendung verhaltenstherapeutischer Techniken in der Gerontologie, wie *Hoyer* (1973) feststellt, erst relativ spät Eingang gefunden.

Der vorliegende Artikel beleuchtet - im Rückgriff auf vorwiegend amerikanische Literatur - zunächst die *Frage nach der grundsätzlichen Möglichkeit der Anwendung* von verhaltenstherapeutischen Techniken bei alten Menschen, beschreibt anschließend *Erfahrungen* mit der Anwendung der Techniken bei dieser Personengruppe und setzt sich schließlich kritisch mit den *Konsequenzen* einer „Verhaltenstherapie mit älteren Menschen“ auseinander.

Bei der gesamten Diskussion muß berücksichtigt werden, daß die den verhaltenstherapeutischen Techniken zugrunde liegenden psychologischen Gesetzmäßigkeiten nicht nur zu *therapeutischen* Zwecken, das heißt hier zur Veränderung von als „neurotisch“ eingestuften Verhaltensweisen eingesetzt werden, sondern generell bei dem Erwerb, bei der Aufrechterhaltung, der Modifikation und der Eliminierung von Verhalten wirksam sein können, ohne daß man dieses Verhalten primär nach den Kriterien „gesund-krank“ klassifizieren muß. Eine Ver-

haltenstherapie stellt also in jedem Fall eine (zumindest beabsichtigte) Verhaltensmodifikation dar, eine Verhaltensmodifikation ist jedoch nur unter bestimmten Umständen als „Verhaltenstherapie“ zu bezeichnen.

## 2. Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen

Wie im deutschen Sprachraum *Lehr* (1972, 1978) ausführlich darstellt, wurde „Altern“ bis in die jüngste Vergangenheit hinein nicht nur im breiten gesellschaftlichen Raum sondern auch in der Psychologie, z. B. der Entwicklungspsychologie, als ein sowohl in biologischer als auch in geistig-seelischer Hinsicht irreversibler, endogen determinierter Abbau-Prozeß betrachtet. Selbst Gerontologen haben, so kritisiert *Hoyer* (1973), den Altersprozeß als eine Art Einbahnstraße in Richtung auf Nutzlosigkeit, Hilflosigkeit und Langsamkeit gesehen.

Verhaltensänderungen waren bei einer solchen Sichtweise Verhaltensdefizite, einprogrammiert durch eine Art genetischen Code und damit jeder Beeinflussungsmöglichkeit entzogen. Lernprozesse - und damit systematisch angelegte Verhaltensänderungen oder Therapie - waren auf diesem theoretischen Hintergrund nicht denkbar. Es verwundert daher nicht, wenn sich - wie u. a. *Baltes/Barton* (1977), oder *Hoyer* (1973) feststellen - vorwiegend Berichte über Therapieverfahren bei jüngeren Menschen, seien es Kinder, Jugendliche oder Erwachsene jüngerer und mittleren Lebensalters finden lassen (*Agras* 1972; *Bijou* 1968, 1971; *Bijou/Baer* 1961; *Gewirtz* 1969; *Lovaas* 1968; u. a.).

Bei einer Kritik der geringen Beachtung älterer Menschen ist jedoch auch zu berücksichtigen, daß Therapieberichte sich vielfach nicht auf repräsentativ zusammengestellte Stichproben beziehen, sondern auf die in ihrer Zusammensetzung weniger beeinflussbare Klientel des Therapeuten. Die dabei behandelten Symptome wie z. B. Bettnässen, Phobien, soziale Angst, Lern- und Arbeitsschwierigkeiten, sexuelle Störungen werden möglicherweise aufgrund ihrer Qualität schon in der Kindheit bzw. dem jüngeren Erwachsenenalter als quälend erlebt. Wird hier die therapeutische Behandlung versäumt und die Störung auch nicht durch eine Art „Quasi-Therapie“ überwunden, so muß der Betroffene sich im Verlauf des weiteren Erwachsenenalters irgendwie mit seiner Störung „arrangieren“. Dies geschieht unter anderem, indem er Situationen vermeidet, die ein Auftreten des Symptoms provozieren könnten.

Damit wird er sich unter Umständen der Störung immer weniger bewußt, das Bedürfnis nach Hilfe nimmt ab, die Wahrscheinlichkeit, ei-

nen Therapeuten aufzusuchen, wird mit der Zeit - und damit mit dem Alter - geringer.

Von experimentellen Untersuchungen dagegen sollte man eine größere Repräsentativität und damit eher Hinweise auf die Bedeutung des Lebensalters für die Anwendung therapeutischer Techniken erwarten können. Die schon erwähnte defizitäre Sicht des Alterungsprozesses ging jedoch - sicherlich verbunden mit methodischen Problemen - hier von vornherein mit einer Vernachlässigung der Betrachtung des Altersfaktors in der Forschung einher. Die einseitige Einstellung zum Altern führte nicht nur in der Wissenschaft zu einem Ausschluß alter Menschen aus der jeweiligen Forschungsproblematik, sondern hatte auch die pauschale Hinnahme von seelischen Störungen bzw. neurotischen Verhaltensweisen bei alten Menschen, vor allem in Pflege-Institutionen, als nicht mehr zu beeinflussende „Alterserscheinungen“ zur Folge.

Wenn auch schon die Alltagsbeobachtung darauf hinweist, daß diese „Alterserscheinungen“ zuweilen in hohem Ausmaß von der jeweiligen sozialen bzw. institutionellen Umwelt des alten Menschen abhängig sind und allein von daher auf eine gewisse „Plastizität“ (wenn auch in diesem Fall in einseitig defizitärer Richtung) des alternden Menschen geschlossen werden kann (Lehr 1975), so wurde die Annahme einer zunehmenden Rigidität bzw. einer verminderten oder gar nicht mehr vorhandenen Lernfähigkeit im Alter als Resultat eines endogen determinierten irreversiblen Abbauprozesses *wissenschaftlich* erst in neuester Zeit in Frage gestellt und zu einem großen Teil sogar eindeutig widerlegt.

Untersuchungen zur Frage der Entwicklung von Intelligenz und Lernfähigkeit im höheren Erwachsenenalter (vgl. im deutschen Sprachraum die Zusammenfassungen von Olechowski, 1969; Lehr, 1972, 1978) zeigen deutlich, daß mit zunehmendem Lebensalter Veränderungen in *qualitativer* Hinsicht wirksam werden, daß *Ausmaß* von *defizitären* Prozessen jedoch stark von weniger oder gar nicht altersbezogenen Variablen wie Gesundheit, Motivation, der individuellen Lerngeschichte, der Berufstätigkeit, der stimulierenden Umgebung u. a. abhängen.

Sozialwissenschaftlich orientierte Alterstheorien betonen die Bedeutung von sozialen Ereignissen und Einschnitten, die vielfach mit einem bestimmten kalendarischen Alter verbunden sind und zu Veränderungen in der Fremd- und Selbstwahrnehmung, im Rollenverhalten, im Status und sogar in Bezug auf individuelle Variablen wie Gesundheit, geistige Leistungsfähigkeit etc. des alternden Individuums führen (Bengtson, 1973; Gubrium, 1972; Guillemard, 1974; Dowd, 1975;

Neugarten, Moore, Lowe, 1965). In diesem Zusammenhang rückte auch die Betrachtung von *Kohorteneffekten* stärker in den Vordergrund (Nesselroade, Schaie, Baltes, 1972). Selbst stark defizitäre Verhaltensänderungen sind, wie Birren (1970), Riegel/Riegel (1972) und Wang (1975) zeigen, weniger mit dem Alter verbunden als mit dem Gesundheitszustand, der Nähe des Todes oder einer eventuellen Institutionalisierung.

Mit der Erkenntnis, daß neben endogenen biologischen auch *exogene* Faktoren den Verlauf des Alterungsprozesses beeinflussen, wurde es denkbar, durch Einflußnahme auf die Umgebungsfaktoren auch die Entwicklung im hohen Erwachsenenalter zu verändern und teilweise sogar die Reversibilität sogenannter „Alters“-Erscheinungen zu beweisen. Die Reversibilität von defizitären Veränderungen zeigte sich überraschenderweise nicht nur hinsichtlich sozio-ökologischer oder psychosozialer Variablen, sondern auch für physiologische Prozesse: so konnte z. B. Woodruff (1975) durch die Vermittlung von „bio-feedback“-Techniken an ihre Probanden die Verlangsamung von Hirnströmen rückgängig machen. Baltes und Barton führen weitere Beispiele für die Beeinflussung physiologischer Variablen an (1977).

Untersuchungen zur Anwendung verhaltensmodifizierender bzw. -therapeutischer Techniken haben entscheidend an der Revision des Altersbegriffs mitgewirkt und eindeutig belegt, daß selbst Verhaltensweisen von sehr kranken und desorientierten Patienten von der Umgebung gelernt und von ihr gefördert werden. Damit ergibt sich zusätzlich die *Möglichkeit des therapeutischen Eingreifens* in gestörte Entwicklungsverläufe im höheren Erwachsenenalter.

Überblicke über die Anwendung verhaltenstherapeutischer Verfahren finden sich bei Ullmann und Krasner (1969), Gendlin und Rychlak (1970), Krasner (1971), Gottesman, Quarterman und Cohn (1973), sowie Baltes und Barton (1971). Danach liegen Erfahrungen mit dem klassischen Konditionieren älterer Patienten nur bei Cautela (1966, 1969) vor. Auch von der Anwendung systematischer Desensibilisierung wird nur vereinzelt berichtet (Wanderer, 1972). Die am weitest häufigsten angewandte Technik ist das *operante Konditionieren*.

Wie Baltes und Barton (1977) anführen, eignen sich *operante Prinzipien* aus theoretischen, methodologischen und praktischen Gründen besonders gut für die systematische Erforschung und Modifikation des Verhaltens älterer Menschen. Die den operanten Theorien zugrunde liegende Basisannahme, daß die Äußerung eines bestimmten Verhaltens stets in einer dynamischen Interdependenz steht zwischen dem Individuum und der Situation, in der es sich befindet, integriert nach Darstellung der Autorinnen mehrere für die Erklärung des Verhaltens

alter Menschen relevante theoretische Ansätze: berücksichtigt werden sowohl die von den biologisch orientierten Theorien betonten physiologischen Altersveränderungen als auch die lernpsychologisch bedeutsamen individuellen motivationalen Bedingungen sowie schließlich die nicht weniger relevanten und von den sozialwissenschaftlich orientierten Theorien hervorgehobenen Umgebungsfaktoren aus dem sozialen und ökologischen Sektor.

Ob ein bestimmtes Verhalten geäußert wird oder nicht, hängt danach u. a. stark von der Anwesenheit situativer Aspekte ab. Diese können sowohl in diskriminativen Stimuli, die ein bestimmtes Verhalten anregen, als auch in den das Verhalten begleitenden Konsequenzen liegen. Mit zunehmendem Lebensalter auftretende Verhaltensänderungen können daher - wie die Autorinnen aufführen - unter diesem Aspekt ihre Ursache in drei Bereichen haben:

- a) im Vorhandensein *aversiver* Konsequenzen auf ein bestimmtes von älteren Menschen geäußertes Verhalten,
- b) im *Fehlen positiver* Konsequenzen auf das Verhalten des Älteren, und
- c) im Mangel an bzw. Fehlen von *diskriminativen* Stimuli, die den Älteren zur Äußerung eines bestimmten Verhaltens anregen.

Die Kontrolle der Verhaltenskontingenzen ermöglicht somit die Beobachtung der Variabilität des Verhaltens.

Mit der Beobachtung des Basisverhaltens, wobei die Häufigkeit eines definierten Verhaltens als Beobachtungseinheit dient und eine objektive Messung von Verhaltensänderungen ermöglicht, und mit der sich daran anschließenden Beobachtung des Verhaltens während des Therapieverlaufs und nach Abschluß der Therapie ist ein methodologisch zuverlässiger Weg gefunden worden, Verhaltensänderungen aufzuzeigen, der auch der interindividuellen Variabilität des Verhaltens älterer Menschen gerecht wird (*Baltes/Barton, 1977; Lindsley, 1964; Baltes/Zerbe, 1976*). Schließlich sind operante Techniken relativ leicht anwendbar, können durch Angehörige des Pflegepersonals durchgeführt werden und zeigen in einem relativ kurzen Zeitraum deutliche Effekte.

Wie *Hoyer (1973)* zusammenfaßt, liegen dem Vorgehen - entsprechend den operanten Prinzipien - jeweils folgende Schritte zugrunde:

1. die exakte Definition des zu konditionierenden Verhaltens und die genaue Messung seiner präexperimentellen Häufigkeit;
2. die Identifikation eines positiven Verstärkers, mit dem das gewünschte Verhalten erfolgreich kontrolliert werden kann;

3. der Einbau des Verstärkers in die Verhaltenskontingenzen des Individuums, was schließlich die Erhöhung der Häufigkeit von Äußerungen des gewünschten Verhaltens zur Folge hat.

Diesem Vorgehen entsprechend kann durch die Identifikation und das Weglassen eines auf ein unerwünschtes Verhalten folgenden Verstärkers die Wahrscheinlichkeit des Auftretens „störender“ Verhaltensweisen verringert werden.

Von einer in diesem Sinn erfolgreichen Therapie berichten *Baltes* und *Lascomb* (1975) bei einer 80-jährigen Pflegeheimbewohnerin, die häufig und laut den Namen „Mary“ schrie und dadurch Personal und Mitbewohner erheblich störte. Nach einem ABA-Reversions-Plan wurden mit Hilfe sozialer Verstärker (Lob, Lächeln, Berührung, Ansprache durch den Experimentator) und materieller Verstärker (Obst, Eiskrem, Musik) alle Verhaltensweisen außer der des Schreiens belohnt. Sobald das unerwünschte Verhalten „Schreien“ gezeigt wurde, brachte man alle Verstärker außer Sichtweite: ein Tisch mit den materiellen Verstärkern konnte so gedreht werden, daß er nicht mehr sichtbar war, der Experimentator wandte der Versuchsperson den Rücken zu. Gleichzeitig sagte der Experimentator scharf „Nein!“. Wenn innerhalb der nächsten zwei Minuten kein Schreien mehr geäußert wurde, brachte man die Verstärker wieder in das Wahrnehmungsfeld bis zur nächsten Äußerung des unerwünschten Verhaltens. Diese Vorgehensweise erfolgte innerhalb einer Woche sechsmal an vier verschiedenen Tagen für jeweils eine Stunde. Während die Patientin vor Beginn der Behandlung etwa 20-mal innerhalb von fünf Minuten schrie, sank die Häufigkeit mit der Behandlung auf etwa fünfmal innerhalb von fünf Minuten (gemessen zu den entsprechenden Tageszeiten). Während der Reversions-Phase zeigte die Patientin typische Extinktionssymptome sowie eine Zunahme des Schreiens auf etwa 55-mal innerhalb von fünf Minuten.

Eine zweite Behandlungsphase konnte aufgrund einer schweren Lungenerkrankung der Patientin, nach der sie auf keinerlei Verstärker mehr ansprach, nicht mehr durchgeführt werden. *Baltes* und *Lascomb* betonen, daß das durchgeführte Experiment nicht nur die Brauchbarkeit operanter Prinzipien in der Verhaltensmodifikation älterer Menschen beweist, sondern auch zeigt, wie weit *Pflegekräfte* („Experimentator“ war in diesem Fall eine Krankenschwester des Hauses) in der Lage sind, Verhaltensänderungen bei Patienten durchzuführen.

Einen ebenfalls erfolgreichen Verlauf nahm ein nach einem ABAB-Reversions-Plan durchgeführtes Experiment von *Baltes* und *Zerbe* (1976): modifiziert werden sollte das Eßverhalten einer 67-jährigen Pflegeheimbewohnerin, die seit fast zwei Jahren hospitalisiert war und

seit 14 Monaten fast kein Wort mehr gesprochen hatte. Obwohl sie physisch durchaus in der Lage gewesen wäre, selbständig zu essen, ließ sie sich vom Personal füttern. Die Basishäufigkeit des „selbständigen Essens“ (dieses wurde definiert als: einen Löffel oder eine Gabel nehmen; mit Essen füllen; zum Mund führen; essen) war vor Beginn der Therapie praktisch gleich Null.

Die Therapie erfolgte zunächst beim Frühstück, das man nicht - wie sonst üblich - im Speisesaal servierte, sondern im Zimmer der Bewohnerin, um ein gewohntes Verhalten nicht durch eine gewohnte Umgebung zu provozieren. Die Behandlung bestand zunächst in der klaren Aufforderung, selbständig zu essen, wobei auf positive Folgen aufmerksam gemacht wurde (diese bestanden nach dem Prinzip von *Premack* z. B. in Getränken, ferner in anderen Verstärkern wie Musik oder Blumen). Reagierte die Patientin auf diese Aufforderung nicht, so erfolgte das Vorgehen nach einem der folgenden Muster:

1. Der Versuchsleiter (Vl.) nimmt die Hand der Patientin (P.), nimmt Nahrung auf die Gabel, führt die Hand der P. mit dem Essen zu ihrem Mund und läßt sie erst los, wenn die P. einen Bissen genommen hat;
2. Der Versuchsleiter nimmt die Hand der P., nimmt Nahrung auf die Gabel und führt sie in Richtung auf den Mund bis etwa in Schulterhöhe;
3. Der Vl. nimmt die Hand der P. und nimmt Nahrung auf die Gabel;
4. Der Vl. nimmt Nahrung auf die Gabel und reicht sie der P.;
5. Der Vl. reicht der P. die Gabel
6. Der Vl. fordert auf zu essen.

Zeigte die Patientin im Verlauf einer Sitzung ein unerwünschtes Verhalten, wie etwa mit den Fingern zu essen oder in der Nahrung zu stochern und zu „matschen“, so wurden sofort alle sichtbaren Verstärker weggeräumt, der Versuchsleiter drehte ihr den Rücken zu, bis sich das unerwünschte Verhalten legte und die Patientin wieder ruhig dasaß oder anfang, „normal“ zu essen.

Nach erfolgreichem Beginn der Therapie im Zimmer der Patientin wurde die Therapie im Speisesaal fortgesetzt. Es zeigte sich, daß die Patientin wieder lernte, völlig selbständig zu essen, und teilweise eine ganze Mahlzeit ohne Hilfe zu sich nahm. Dies wurde noch verstärkt, wenn sie das Essen sehr mochte oder wenn man leicht mit dem Essen umgehen konnte.

Nachdem mit Beendigung der Versuchsanordnung die Basisbedingungen wieder hergestellt wurden, nahm die Selbständigkeit beim Essen deutlich ab. Dies wurde von den Beobachtern vor allem mit dem Verhalten des Personals in Zusammenhang gebracht, das nicht warte-

te, bis die Patientin zu essen begann, oder die Patientin nicht zu selbständigem Essen anregte, sondern nach kurzer Zeit anfang, die Patientin zu füttern. Eine zweite Therapiephase war nicht mehr möglich, da die Patientin plötzlich verstarb.

Von einer erfolgreichen Modifikation des Eßverhaltens bei vier Patienten berichten auch *Geiger* und *Johnson* (1974). Die Häufigkeit der Teilnahme an Gymnastik-Übungen konnten *Libb* und *Clements* (1969) erhöhen. Auch verbales und soziales Verhalten, wie z. B. die Teilnahme an sozialen Aktivitäten oder die Äußerung von gruppenbezogenen Interaktionen wurden im Sinne einer Zunahme modifiziert (*Blackmann/Howe/Pinkston*, 1976; *Hoyer/Kafer/Simpson/Hoyer*, 1974; *McClannahan/Risley*, 1974 u. 1975; *McDonald*, 1976; *Mueller/Atlas*, 1972, *Pierce* 1975).

Die Effizienz von „Token-Verstärkungs-Systemen“ auch bei älteren Menschen belegte *Mishara* (1971): aufgrund der Verstärkung mit „tokens“ - einer Art von Gutscheinen, die bei der Äußerung eines gewünschten Verhaltens verteilt und später gegen Privilegien oder materielle Belohnungen wie Kleidung, Süßigkeiten etc. eingetauscht werden konnten - nahmen soziale Interaktion und Körperhygiene bei Langzeitpflege-Patienten einer psychiatrischen Klinik zu. Die Tendenz, sich selbst zu verletzen, wurde ebenfalls mit Hilfe von Token-Systemen modifiziert (*Mishara/Kastenbaum*, 1973).

Wie *Hoyer* (1973) vorschlägt, wäre es sinnvoll, verbales Verhalten nicht nur unter dem quantitativen Aspekt zu beeinflussen, sondern auch auf die Art der Äußerungen Einfluß zunehmen. So wäre es z.B. denkbar, die häufig bei Älteren zu findenden pessimistischen Statements in Richtung auf eine positive Tönung des Selbstbildes zu beeinflussen.

Auch im Bereich intellektuellen Verhaltens zeigte die Anwendung operanter Techniken unter experimentellen Bedingungen bisher teilweise erstaunliche Ergebnisse (*Birkhill/Schaie*, 1975; *Hoyer/Labouvie/Baltes*, 1973; *Hoyer/Hoyer/Treat/Baltes*, 1977; *Mergler/Hoyer*, 1975; *Sanders/Sterns/Smith/Sanders*, 1975; *Schulz/Hoyer*, 1976). So konnten *Hoyer* et al. (1973) die Antwortgeschwindigkeit ihrer Probanden signifikant erhöhen, was die einst von *Birren* (1959) vorgeschlagene neurophysiologische Begründung der Verlangsamung des Verhaltens Älterer, wie *Baltes* und *Barton* (1977) betonen, erneut zur Diskussion stellt. Während *Hoyer* et al. (1977) in einer weiteren Untersuchung wiederum die Antwortgeschwindigkeit ihrer Probanden beschleunigen konnten, und zwar bei Jüngeren stärker als bei Älteren, war es ihnen nicht möglich, den Transfer des Ergebnisses auf ähnliche

Sub-Tests eines Intelligenztestes zu vollziehen. Die geringe Generalisierbarkeit des gewonnenen Übungseffektes bestätigen auch *Schultz* und *Hoyer* (1976).

## Konsequenzen aus den bisherigen Erfahrungen

### 3.1 Erweiterung des bisher bei älteren Menschen angewandten verhaltenstherapeutischen Repertoires

Die zur Zeit vorliegenden Therapieberichte konzentrieren sich vorwiegend auf die Anwendung des operanten Konditionierens. Es darf jedoch aus der Tatsache, daß die in erster Linie bei jüngeren Erwachsenen behandelten Symptome wie Selbstunsicherheit, Lern- und Arbeitsschwierigkeiten, Phobien, soziale Unsicherheit etc. bei alten Menschen zur Zeit nur selten Anlaß einer Therapie sind, noch nicht geschlossen werden, daß diese Symptome oder diese Störungen bei älteren Menschen überhaupt nicht zu finden seien. Gerade im Bereich des sozialen Verhaltens scheint sich bei älteren Menschen ein großes Problemfeld aufzutun. So ist, wie *Tews* (1974) und *Lehr* (1978a) anschaulich darstellen, in der modernen Industriegesellschaft mit zunehmendem Alter in der Regel auch ein Statusverlust verbunden - vielfach verursacht durch die Berufsaufgabe bzw. den Verlust oder die Reduktion des bisher innegehabten Aufgabenbereiches. Bei Frauen kann diese Problematik teilweise zeitlich wesentlich früher eintreten und noch erhöht werden durch die Verminderung der den gesellschaftlichen Vorstellungen entsprechenden Attraktivität oder durch den Verlust des Partners und des bis dahin durch diesen übertragenen Status (*Lehr*, 1978b).

Die mit diesen Veränderungen einhergehende „Rollenunsicherheit“ kann die zunehmend negative Färbung des Selbstbildes zur Folge haben. Hier schon wäre ein Ansatzpunkt für weitere verhaltenstherapeutische Maßnahmen gegeben. So ist durchaus denkbar, durch *Verhaltenstraining* oder *Modell-Lernen* eine positivere Tönung des Selbstbildes oder das Akzeptieren des eigenen Alters und der damit verbunden unausweichlichen Veränderungen zu erreichen. Möglicherweise könnten auf diese Weise auch Depressionen vermindert werden, die aus negativer Selbsteinschätzung resultieren.

Selbstsicherheit wird nicht nur hinsichtlich einer akzeptierenden Einschätzung der eigenen Persönlichkeit zu trainieren sein, sondern auch hinsichtlich des *sozialen Verhaltens*. Denkbar ist hier die Therapie von sozialen Ängsten, z.B. vor Behörden oder vor Jugendlichen, ebenso wie die Einübung eines neuen Rollenrepertoires, wie es *Riley*, *Foner* et al. (1969) forderten. Schließlich ist „soziales Lernen“ im Sinne einer

permanenten Reflexion des eigenen Verhaltens und daraus möglicherweise resultierender Verhaltensänderungen heute bei der älteren Generation noch weniger üblich als bei der jüngeren. Es ist jedoch anzunehmen, daß sich die Notwendigkeit einer solchen Reflexion bei älteren Menschen ebenso auffinden läßt wie bei jüngeren.

Sicherlich muß mit der Entwicklung entsprechender Therapiemodelle zunächst eine Sensibilisierung der betroffenen Personengruppe für die Problematik einhergehen. Wo derartige Schwierigkeiten vorhanden sind, müssen Hilfen gegeben werden, diese als solche zu erkennen. Gleichzeitig ist die Information über eventuelle Lösungsmöglichkeiten notwendig. Eine weitere Voraussetzung zur Lösung der Schwierigkeiten liegt in der Verminderung der „Schwellenangst“ vor dem Aufsuchen eines Psychologen, Psychiaters oder Trainingsprogramms. Dies könnte z. B. in manchen Fällen geschehen, indem man sichtbar macht, daß die Störung kein ausschließlich individuelles Problem ist, aufgrund dessen der Betroffene sich persönliches Versagen zuschreiben muß, sondern daß es sich hier um ein Problem eines großen Teils der Generation handelt, das wiederum kulturell-gesellschaftlich begründet sein kann.

Abgesehen davon, daß all diese Überlegungen utopisch bleiben, solange nicht genug qualifizierte Therapeuten zur Verfügung stehen und ihre Inanspruchnahme auch einkommensschwachen Personengruppen ermöglicht wird, ergeben sich hinsichtlich einer derartigen Expansion verhaltenstherapeutischer Arbeit mit alten Menschen noch weitere Schwierigkeiten: woher z. B. nimmt man Modelle für das sogenannte „Modell-Lernen“ mit Älteren in einer Gesellschaft, in der es für „erfolgreiches Altern“ noch keine Modelle gibt, da die heute alten Generationen die ersten Menschen sind, die ihr höheres Lebensalter nicht nur vereinzelt und deshalb als unter Umständen besonders geschätztes Individuum wie in der vorindustriellen Gesellschaft erleben, sondern als ganze Generation, für die es kaum angemessene Vorstellungen von einer Altersrolle gibt. In diesem Zusammenhang wird auch zu ermitteln sein, wie groß überhaupt die Bereitschaft der Älteren ist, neue Verhaltensweisen in ihr Repertoire einzugliedern.

Sollte es den Älteren tatsächlich gelingen, neue, selbstbewußtere, aktivere Verhaltensformen zu finden und zu akzeptieren, so bleibt als letztes offen, wie die Gesellschaft, die Umgebung auf das veränderte, unter Umständen unbequeme Verhalten der alten Menschen reagiert. Denkbar sind hier stark ablehnende Reaktionen. Wie könnte man dieses Problem schon im Training antizipieren, so daß die alten Klienten so selbstsicher werden, daß sie auch eventueller Ablehnung standhalten?

### 3.2 Notwendigkeit der stärkeren Berücksichtigung der Alters-variable

Die hier zitierten Therapieberichte zeigen in der Regel, daß auch bei alten Menschen Verhaltensmodifikationen auf verhaltenstherapeutischer Grundlage durchgeführt werden können. Sie gehen jedoch kaum darauf ein, *ob* und *wieweit* die Zunahme des Lebensalters des Klienten hinsichtlich der Anwendung und des Erfolgs einer Therapie von Relevanz ist. Auf den ersten Blick scheinen sich Unterschiede zu finden in Bezug auf Lebensalter und *Therapieanlaß*, das *Mitwirken des Patienten bei der Therapie* und die *Art der zu modifizierenden Verhaltensweisen*. Während z.B. bei jüngeren Menschen in der Regel der Klient seine Störung als solche wahrnimmt und von sich aus *selbständig* einen Therapeuten aufsucht, wurde bei den hier geschilderten Fällen normalerweise ein bestimmtes Verhalten von der *Umgebung* als Störung betrachtet. Vielfach war die Kommunikation zwischen Patient und Umgebung soweit beeinträchtigt, daß eine Information darüber, wie weit der Patient selbst sein Verhalten als Störung empfand, nicht möglich war. Damit steht auch in Zusammenhang, daß nicht der Patient den Therapeuten aufsucht, sondern umgekehrt der Therapeut den Patienten.

Bei *jüngeren* Menschen werden ferner zu einem großen Teil Techniken eingesetzt - wie z.B. die systematische Desensibilisierung -, die eine *aktive Mitarbeit* des Klienten erfordern bzw. ermöglichen. Im Gegensatz dazu macht die Form des bei älteren zur Zeit vorwiegend angewandten operanten Konditionierens eine derartige Mitarbeit nicht notwendig. Es kann selbst bei Patienten eingesetzt werden, die mit ihrer Umgebung nicht mehr in verbaler Kommunikation stehen. In den meisten Fällen wurde hier die Therapie - weil es gar nicht anders möglich schien - sogar ohne Wissen der Patienten durchgeführt.

Schließlich scheint es Unterschiede hinsichtlich der bei den unterschiedlichen Altersgruppen behandelten Symptome zu geben. Die Störungen der alten Klienten bestehen vorwiegend in Verhaltensweisen, die anscheinend unkontrolliert vom Patienten geäußert werden und in erheblichem Maß die Umgebung bzw. den normalen Alltagsablauf der Umgebung beeinträchtigen. Hierzu gehören u.a. ständiges Schreien, Vernachlässigung der Körperpflege, Einnässen und Einkoten, Selbstverletzungen, Unkooperativität, Unselbständigkeit, Abhängigkeit beim Essen, Ankleiden, Waschen, Laufen usw.; geringe Mobilität trotz vorhandener physischer Fähigkeiten; soziale Isolierung bzw. Selbst-Isolierung. In diesem Zusammenhang fragt sich auch, ob Symptome, die bei Jugendlichen ebenso auftreten wie bei alten Menschen, wie z.B.

Inkontinenz, nicht doch im Hinblick auf den jeweils unterschiedlichen Hintergrund auch unterschiedlich therapiert werden müssen.

Diese kurzen Beispiele zeigen, inwieweit sich der Altersfaktor zur Zeit bei der Anwendung verhaltenstherapeutischer Techniken auswirkt. Es fragt sich jedoch, ob bei all diesen Fällen tatsächlich dem Altersfaktor die unterscheidende Bedeutung zukommt oder nicht vielmehr anderen, z.B. institutionellen oder biographischen Aspekten.

Offen bleiben vor allem noch die methodischen Konsequenzen, die sich aus der möglichen Bedeutung des Lebensalters des Klienten ergeben. So wäre hinsichtlich des *klassischen* Konditionierens zu fragen, welche Reaktionen sich mit zunehmendem Lebensalter noch auf diese Weise konditionieren lassen, ferner, wie weit sich Zahl, Darbietungszeit und Darbietungsfolge von unkonditionierten bzw. konditionierten Stimuli verändern und wie weit sich das Lebensalter auf Diskriminierung, Generalisierung und Extinktionsprozesse auswirkt. In Bezug auf das *operante* Konditionieren ist zu untersuchen, ob es *altersspezifische Verstärkungspläne* gibt. In diesem Zusammenhang müssen auch für alte Menschen individuell bedeutsame Verstärker ausfindig gemacht werden - dies bezieht sich sowohl auf die Ermittlung von schon wirksamen, aber für andere nur schwer beobachtbaren Verstärkern „unerwünschter“ Verhaltensweisen als auch auf das Auffinden „neuer“ relevanter Verstärker für die Etablierung „neuer“, „gewünschter“ Verhaltensaüßerungen. Geklärt werden sollte auch, ob und wie weit das Lebensalter Einfluß hat auf die Dauer der Therapie, sowie deren Durchführung als Einzel- oder Gruppentherapie. Auch das *Alter der Therapeuten* oder eines eventuellen „Modells“ beim Modell-Lernen könnte von gewisser Relevanz für den Therapieverlauf sein.

### *3.3 Kritische Aspekte der Anwendung verhaltenstherapeutischer Techniken bei alten Menschen*

Die Öffnung der Verhaltenstherapie auf den alten Klienten hin ist grundsätzlich sicher positiv zu bewerten, jedoch auch mit einer Reihe von Problemen verbunden: *Positiv* ist auf jeden Fall, daß mit den Methoden der Verhaltenstherapie auch für den alten Klienten ein effektives Instrument zur Verminderung seelischer Störungen zur Verfügung steht und damit neurotische Störungen im Alter nicht als sogenannte Altersstörungen auf sich beruhen müssen und nicht behandelt werden. Äußerst positiv gesehen werden muß außerdem die Bedeutung, die die Verhaltenstherapie der Umgebung des Patienten zuschreibt, indem sie betont, daß die Umgebung durch das Fehlen diskriminativer Stimuli oder das Vorhandensein aversiver Konsequenzen zur Entstehung neu-

rotischen Verhaltens beiträgt und dieses auch weiterhin verstärkt. So wurde verschiedentlich gezeigt, daß in Krankenhäusern und Altenheimen vor allem abhängige, konforme Verhaltensweisen vom Pflegepersonal bei den Bewohnern verstärkt werden.

Die Anwendung von verhaltenstherapeutischen Techniken können im Einzelfall - sie müssen es nicht - jedoch auch mit einer Reihe von Problemen verbunden sein. Diese Problematik wird verstärkt durch die auch wenn es sich paradox anhören mag - große *Effektivität* der Techniken und ihre leichte *Anwendbarkeit* auch durch das *Pflegepersonal*. Die Kenntnis verhaltenstherapeutischer Mechanismen verstärkt die Position, die das Personal gegenüber den Bewohnern einer Pflegeeinrichtung hat und die häufig auch als „Machtposition“ bezeichnet wird, da das Personal über alle für das Leben der Bewohner wichtigen Ressourcen wie Essen, Wärme, Licht, Wäsche, Geld, Zuneigung usw. verfügt, - das heißt, vom Patienten aus gesehen, im Besitz aller bedeutsamen materiellen und vieler sozialer Verstärker ist. Bedenkt man, daß diese Verstärker, wie z.B. Süßspeisen, Musik, Getränke oder Lächeln im Grunde zu den selbstverständlichen Ansprüchen des Patienten gehören, so bedeutet „Verstärkerentzug“ den Entzug von Elementen, die das Minimum eines menschenwürdigen Alltags des Patienten ausmachen. Berücksichtigt man außerdem, daß eine Pflegeinstitution eine *Dienstleistungsfunktion* gegenüber dem Patienten hat, die diesem eine optimale seelische und körperliche Betreuung gewährleistet, so ist Verstärkerentzug juristisch gesehen ganz einfach Leistungsverweigerung. *Bedingte* Verstärkung, wie beim operanten Konditionieren, könnte aus dieser Sicht schlichtweg als „Erpressung“ interpretiert werden.

Ein weiterer Problempunkt kann die Normierung eines gewünschten altersspezifischen Verhaltens sein. Wer bestimmt mit welchem Recht, wann z.B. soziale Isolierung bzw. Selbst-Isolierung neurotisch und wann sie vom Individuum gewünscht ist? Wie weit hat in diesem Fall das Individuum ein Recht auf Rückzug, ohne ständig „aktiviert“ und „therapiert“ zu werden? Die Kommunikation hierüber wird äußerst schwierig sein, da wir nicht wissen, ob der ältere Patient nicht längst Kommunikationsformen entwickelt hat, die wir nicht verstehen können bzw. die wir, gefiltert durch unsere eigenen, auch teilweise wieder generationsspezifischen Wahrnehmungsmuster, naiv, voreilig oder falsch interpretieren. Wie weit also greift man, besonders bei der Anwendung non-verbaler Techniken, in die Persönlichkeitsentwicklung der Älteren ein? Gerade die absolute Verfügbarkeit der Patienten in Pflegeeinrichtungen sowie die totale Kontrolle von potentiellen Verstärkern durch das Personal machen die Klärung dieser Frage so wichtig.

Zu klären ist ferner, ob die mit bestimmten Techniken, wie der Implisions- oder Konfrontationstherapie verbundene emotionale Belastung für den alten Patienten zumutbar ist. Hier wird die Anwendung der genannten Techniken nur in enger Abstimmung mit dem betreuenden Arzt stattfinden können. Kritisch betrachtet werden muß auch die Notwendigkeit der Reversionsphase beim operanten Konditionieren. Das erfolgreiche Einüben neuer Verhaltensweisen mit Hilfe von positiver Verstärkung bedeutet vielleicht, daß der Patient das gewünschte Verhalten zeigt, weil er wieder Vertrauen in seine Umgebung gewinnt. Die Herstellung der ursprünglichen Bedingungen, das heißt, das Weglassen der Verstärker nach der Experimentalphase, ist auf diesem Hintergrund für den Patienten unter Umständen eine unerträgliche Frustration. Die Tatsache, daß in dem oben geschilderten Fall „Mary“ die Patientin während der Reversionsphase 55-mal pro Minute gegenüber 20-mal pro 5 Minuten in der präexperimentellen Phase schreit, ist methodisch gesehen sicher ein voller Erfolg. Was aber ist sie menschlich gesehen? Werden hier die Unterschiede zwischen Ratten und Menschen nicht doch zu sehr nivelliert?

Verhaltenstherapie wird schließlich besonders dann problematisch, wenn bestimmte Symptome des Patienten vor allem von dessen Umgebung als Störung empfunden und diese Situation zum Ausgangspunkt der Therapie wird. In diesem Fall besteht die Gefahr, Patient und Symptom isoliert von der Umgebung zu sehen, in der dieses Symptom geäußert wird, in der es vielleicht entstanden ist.

Ständiges Schreien, Weinen, Passivität oder Aggressivität, Vernachlässigung der Körperpflege und Inkontinenz müssen nicht unbedingt Symptome seelischer Störungen mit undurchschaubaren Ursachen sein. Sie können auch als *Kommunikationsversuche* von Menschen interpretiert werden, die mit den „normalen“ Formen von Kommunikation nicht mehr das bekamen, was sie brauchten. Grundsätzlich hat das verhaltenstherapeutische Prinzip, die oft langwierige Frage nach den Ursachen einer Störung in einer nur schwer entwirrbaren Vergangenheit zurückzustellen, um das Ziel einer erfolgreichen Hier- und Jetzt-Therapie möglichst schnell und effektiv zu erreichen, sicher eine Reihe positiver Seiten. Liegen die Ursachen einer Störung jedoch in der Gegenwart des Patienten, so besteht durch den kurzfristigen Erfolg der Therapie die Gefahr einer langfristigen Stabilisierung von Mißständen in einer Institution und in der Gesellschaft, die diese Institution trägt.

#### Literatur

Ahammer, I.M./Baltes, P.B., Objective versus perceived age differences in personality: How do adolescents, adults and older people view themselves and each other? *J. Gerontol.*, 27 (1972) 46-51.

- Ankus, M./Quarrington, B., Operant behavior in the memory-disordered, *J. Gerontol.*, 27 (1972) 500-510.
- Baltes, M.M./Baltes, P.B., The ecopsychological relativity and plasticity of psychological aging: Convergent perspective of cohort effects and operant psychology, *Zeitschrift f. experimentelle und angewandte Psychologie*, 24 (1977) 179-197.
- Baltes, M.M./Lascomb, S.L., Creating a healthy institutional environment: The nurse as a change agent, *Int.J.Nurs.Stud.*, 12 (1975) 5-12.
- Baltes, M.M./Zerbe, M.B., Reestablishing self-feeding in a nursing home resident, *Nurs. Res.*, 1 (1976a) 24-26.
- Baltes, M.M./Zerbe, M.B., Independence training in the nursing home resident, *Gerontologist*, 16 (1976b) 428-432.
- Baltes, P.B., Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects, *Human Development* 11 (1968) 145-171
- Baltes, P.B., Prototypical paradigms and questions in life span research on development and aging, *Gerontologist*, 13 (1973) 457-467.
- Baltes, P.B./Labouvie, G.V., Adult development of intellectual performance: Description, explanation and modification, in: *Eisdorfer, C./Lawton, M.P. (Eds.), The psychology of adult development and aging*, Washington 1973.
- Bandura, A./Perloff, B., Relative Efficacy of self-monitored and externally imposed reinforcementsystems, *J. of Personality and Social Psychology*, 7 (1967) 111-116.
- Bandura, A., Principles of behavior modification, New York 1969.
- Bayne, J.R.D., Environment modification for the older person, *Gerontologist*, 11 (1971) 314-317.
- Beattie, W.M., The design of supportive environments for the life-span, *Gerontologist*, 10 (1970) 190-193.
- Belluci, G./Hoyer, W.J. Feedback effects on the performance and self-reinforcing behavior of elderly and young adult women, *Journal of Gerontology*, 4 (1975) 456-460.
- Bengtson, V.L., Inter-age perception and the generation gap, *Gerontologist*, 11 (1971) 85-89.
- Birkhill, W.R./Schaie, K.W., The effect of differential reinforcement of cautiousness in intellectual performance among the elderly, *Journal of Gerontology*, 5 (1975) 578-583.
- Birren, J.E./Schaie, K.W. (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*, New York 1977.
- Blackman, D.R./Howe, M./Pinkston, E.M., Increasing participation in social interaction of the institutionalized elderly, *Gerontologist*, 16 (1976) 69-76.
- Bry, P.M./Nawas, M.M., Rigidity: A function of reinforcement history, *Perceptual and Motor Skills*, 29 (1969) 118.
- Carp, F.M., The impact of environment on old people, *Gerontologist*, 7 (1967) 106-108.
- Cautela, J.R., Behavior therapy and geriatrics, *Journal of Genetic Psychology*, 108 (1966) 9-17.
- Cautela, J.R. A classical conditioning approach to the development and modification of behavior in the aged, *Gerontologist*, 9 (1969) 109-113.
- De Vries, H., Physiological effects of an exercise training regimen upon men aged 52 to 88, *Journal of Gerontology*, 25 (1970) 325-336.
- Dowd, J.J., Aging as exchange: A preface to theory, *Journal of Gerontology*, 30 (1975) 584-594.
- Furry, C.A./Baltes, P.B., The effect of age-differences in ability-extraneous performance variables in the assessment of intelligence in children, adults and the elderly, *Journal of Gerontology*, 28 (1973) 73-80.

- Geiger, O.G./Johnson, L.A., Positive education for elderly persons: Correct eating through reinforcement, *Gerontologist*, 14 (1974) 432-436.
- Gendlin, E./Rychlak, J.F., Psychotherapeutic processes, in: Mussen, P.H./Rosenzweig, M.R., *Annual Review of Psychology*, 21 (1970) 155-190.
- Gottesman, L.E., Milieu treatment of the aged in institutions, *Gerontologist*, 13, (1973) 23-26.
- Gottesman, L.E./Quarterman, C.E./Cohn, G.M., Psychological treatment of the aged, in: Eisdorfer, C./Lawton, M.P. (eds.), *The Psychology of Adult Development and Aging*, Washington 1973 (American Psychological Association).
- Goulet, L.R., New directions for research on aging and retention, *Journal of Gerontology*, 27 (1972) 52-60.
- Grosicki, J.P., Effect of operant conditioning on modification of incontinence in neuropsychiatric geriatric patients, *Nursing Res.*, 17 (1968) 304-311.
- Gubrium, J.F., Toward a socio-environmental theory of aging, *Gerontologist*, 12, (1972) 281-284.
- Honig, W.K. (Ed.), *Operant behavior: Areas of research and application*, New York 1966.
- Hoyer, F.W./Hoyer, W.J./Treat, N.J./Baltes, P.B., Training response speed in young and elderly women, *Int. Journal of Aging and Human Development*, 1977.
- Hoyer, W.J./Kafer, R.A./Simpson, S.C./Hoyer, F.W., Reinstatement of verbal behavior in elderly mental patients using operant procedures, *Gerontologist*, 14 (1974) 149-152.
- Hoyer, W.J./Labouvie, G.V./Baltes, P.B., Modification of response speed and intellectual performance in the elderly, *Human Development*, 16 (1973) 233-242.
- Hoyer, W.J., Application of operant techniques to the modification of elderly behavior, *Gerontologist*, 13 (1973) 18-22.
- Hoyer, W.J., Aging as intraindividual change, *Developmental Psychology*, 10 (1974) 821-826.
- Kahana, B./Kahana, E., Changes in mental status of elderly patients in age-integrated and age-segregated hospital milieus, *Journal of Abnormal Psychology*, 75 (1970) 177-181.
- Kastenbaum, R., Perspectives on the development and modification of behavior in the aged: A developmental-field perspective, *Gerontologist*, 8 (1968) 280-283.
- Krasner, L., Behavior therapy, *Annual Review of Psychology*, 22 (1971) 483-532.
- Labouvie, G.V., Operant analysis of intellectual behavior in old age, *Hum.Dev.*, 17 (1974) 259-272.
- Labouvie-Vief, G., Toward optimizing cognitive competence in later life, *Educational Gerontology*, 1 (1976) 75-92.
- Le Bow, M.D., *Behavior modification: A Significant Method in Nursing Practice*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, New Jersey 1973.
- Lehr, U., *Psychologie des Alterns*, Heidelberg, 1978a.
- Lehr, U., Die Situation der älteren Frau - psychologische und soziale Aspekte, *Zeitschrift für Gerontologie*, 11, 1 (1978b) 6-26.
- Libb, J.W./Clements, C.B., Token reinforcement in an exercise program for hospitalized geriatric patients, *Percept.Mot.Skills*, 24 (1969) 330-340.
- Lindsley, O.R., Geriatric prosthetics, in: Kastenbaum, R. (Ed.), *New thoughts on old age*, New York 1964.
- Mc Clannahan, L.G./Risley, T.R., Design of living environments of nursing home residents, *Gerontologist*, 14 (1974) 236-240.
- Mc Clannahan, L.B./Risley, T.R., Design of living environments for nursing home resi-

- dents: Additional strategies for increasing attendance and participation in group activities, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8 (1975) 261-268.
- Mc Clannahan, L. B., Therapeutic and prosthetic living environments for nursing home residents, *Gerontologist*, 13 (1973) 424-429.
- Mac Donald, M. L./Butler, A. K., Reversal of Helplessness: Producing walking behavior in nursing home wheelchair residents using behavior modification procedures, *J. Gerontol.*, 29 (1974) 97-101.
- Mergler, N. L./Hoyer, W. J., Cognitive performance of elderly adults as a function of strategy training and non-contingent social praise, *Ann. Meeting Gerontol. Soc.*, Louisville, Kentucky, October 1975.
- Miller, E.: *Abnormal Aging - the Psychology of Senile and Presenile Dementia*, London 1977.
- Mishara, B. L., Comparison of two types of milieu programs for rehabilitation of chronic geriatric „mental“ patients, 24 th. Ann. Conv. Gerontol. Soc., Houston 1971.
- Mishara, B. L./Kastenbaum, R., Self-injurious behavior and environmental change in the institutionalized elderly, *Int. Journal of Aging and Human Development*, 4 (1973) 133-145.
- Mueller, D. J./Atlas, L., Resocialization of depressed elderly residents: A behavioral management approach, *J. Geront.* 27 (1972) 390-392.
- Murrell, F. H., The effect of extensive practice on age differences in reaction time, *Journal of gerontology*, 25 (1970) 268-274.
- Oesterreich, K., *Psychiatrie des Alterns*, Heidelberg 1975.
- Olechowski, R., *Das alternde Gedächtnis*, Bern 1969.
- Patterson, R. L./Teigen, J. R., Conditioning and post-hospital generalisation of nondelusional responses in a chronic psychotic patient, *J. Appl. Behav. Anal.*, 6 (1973) 65-70.
- Peters, G. R., Self-conceptions of the aged, age identification and aging, *Gerontologist*, 11 (1971) 69-73.
- Premack, D., Toward empirical behavior laws: I. Positive reinforcement, *Psychological Review*, 66 (1959) 219-233.
- Riley, M. W./Foner, A./Hess, B./Toby, M. L., Socialization for the middle and later years, in: Goslin, D. A. (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*, Chicago 1969.
- Robin, E. P., Discontinuities in attitudes and behaviors in older age groups, *Gerontologist*, 11 (1971) 79-84.
- Rosow, I., Old age: One moral dilemma of an affluent society, *Gerontologist*, 2 (1962) 182-191.
- Sanders, J. A. C./Sterns, H. L./Smith, M./Sanders, R. E., Modification of concept identification performance in older adults, *Developmental Psychology*, 11 (1975) 824-829.
- Schoenfeldt, L. F., Life history subgroups as moderators in the prediction of intellectual change, in: Jarvik, L. F./Eisdorfer, C. P./Blum, J. E. (Eds.), *Intellectual functioning in adults*, New York 1973.
- Schooler, K., Effects of environment on morale, *Gerontologist*, 10 (1970) 194-197.
- Schultz, N. R./Hoyer, W. J., Feedback effects on spatial egocentrism in old age, *Journal of Gerontology*, 30 (1976) 72-75.
- Seltzer, M. M./Atchley, R. C., The concept of old: Changing attitudes and stereotypes, *Gerontologist*, 11 (1971) 226-230.
- Skinner, B. F., *Science and human behavior*, New York 1953.
- Skinner, B. F., Operant behavior, in: Honig, W. K., *Operant behavior: Areas of Research and Application*, New York 1966, 12-32.

- Skinner, B.F., Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis, New York 1969.
- Tews, H.P., Soziologie des Alterns, Heidelberg 1974.
- Ullman, L.P./Krasner, L., A Psychological Approach to Abnormal Behavior, Englewood Cliffs, New Jersey 1969.
- Wanderer, Z.W., Existential depression treated by desensitization of phobias: Strategy and transcript, *J. Behav. Ther. Exper. Ther.*, 3 (1972) 111-116.
- Weinman, B./Gelbart, P./Wallace, M./Post, M., Inducing assertive behavior in chronic schizophrenics: A comparison of socio-environmental, desensitization and relaxation therapies, *J. Consult. Clin. Psych.*, 30 (1972) 246-252.
- Woodruff, D.S., A physiological perspective on the psychology of aging, in: Woodruff, D.S./Birren, J.E. (Eds.), *Aging: Scientific perspectives and social issues*, New York 1975.

# Therapeutische Arbeit mit älteren und alten Menschen durch Sozialarbeiter

*Hartmut Radebold, Kassel*

## 1. Übersicht

Aufgrund der nach dem II. Weltkrieg einsetzenden Zunahme des Anteils der über 65jährigen in den USA und der sich daraus ergebenden Entwicklung und Aufgabenstellung des Arbeitsbereiches „Social Work for the Aged“ zeigte sich bald ein ansteigender Bedarf nach handhabbaren therapeutischen Behandlungskonzepten für die Sozialarbeit. So übertrugen ca. ab 1950 Sozialarbeiter, angeregt durch die publizierten psychotherapeutischen Erfahrungen und Erfolge, wichtige Konzepte der Psychoanalyse für Theorie und Praxis der eigenen Arbeit mit Einzelnen und mit Gruppen und versuchten, diese dafür weiterzuentwickeln. Dabei arbeiteten sie teilweise eng mit dem betreffenden Psychotherapeuten (z.B. *Goldfarb, Turner* 1953) zusammen.

In diesen Publikationen werden bereits zahlreiche wichtige Fragestellungen angegangen; so untersucht z.B. *Turner* (1961) die Beziehung zwischen Sozialarbeiter und seinem älteren Klienten. *Ryder* (1945), *Hurwitz, Guthartz* (1952) und *Farrar* (1955) beschäftigen sich mit der besonderen Dynamik zwischen den Generationen und innerhalb der älteren Familie. *Lokshin* (1955), *Diamond* (1961) und *Wasser* (1966a, b) stellen die Möglichkeit der Einzelarbeit i. S. des „Casework“ dar und *Kubie und Landau* (1953) u. a. die der Gruppenarbeit i. S. des „Groupwork“. Dabei untersuchen *Turner* (1953) und *Wasser* (1961) spezielle Determinanten der Einzelarbeit. *Allen* (1962) gibt eine Analyse der in Gruppen von Älteren diskutierten und bearbeiteten Themen. Ebenso werden besondere Anwendungsbereiche, z.B. in Heimen (*Farrar, Ferrari* 1960) und im Rahmen der Familienfürsorge (*Affleck* 1957 und *Farber* 1958) dargestellt.

In engem Zusammenhang mit der weiteren Entwicklung der psychoanalytischen Psychotherapie für ältere und alte Menschen werden offenbar entsprechende Konzepte und Verfahren für Beratung und Behandlung in vielen Bereichen von „Social Work for the Aged“ angewandt, wie die publizierten Übersichtsreferate z.B. von *Burnside* (1970) für Gruppenarbeit belegen. Langfristige Forschungsarbeiten er-

folgen einerseits im Rahmen der „Boston Society for Gerontologic Psychiatry“, in der neben Psychoanalytikern und Psychotherapeuten auch intensiv Sozialarbeiter mitarbeiten (s. entsprechende Publikationen im „*Journal of Geriatric Psychiatry*“), und an mehreren Hochschulen für Sozialarbeit.

Im europäischen Sprachraum wurde die Notwendigkeit der Nutzbarmachung psychodynamischer und psychoanalytischer Aspekte für die Sozialarbeit mit älteren und alten Menschen erst relativ spät (*Goldberg 1970; Agate 1972; Radebold, Bechtler, Pina 1973, 1974; Brearley 1975, 1977*) betont und entsprechende Konzepte und Erfahrungen vorgestellt.

## 2. Zur Aufgabenstellung einer Sozialen Arbeit mit älteren und alten Menschen

Vorgelegte Untersuchungen zur sozialen Situation (u.a. von *Tismer 1975; Narr 1976, Bujard, Lange 1977*), über das Ausmaß psychosozialer Störungen und psychiatrischer Erkrankungen (*Psychiatrie-Enquête 1975, Zimmermann 1977*) unter Berücksichtigung der Zunahme chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität im Alter (*WSI-Studie 1975*) belegen, daß in der Bundesrepublik Deutschland ein relativ großer Anteil der über 65jährigen an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen/Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Verarbeiten und der Anpassung an die Alternssituation, an organischen Krankheiten, an sozialen Schwierigkeiten (Verluste mit Vereinsamung) und an erheblichen materiellen Einschränkungen (Einkommen, Wohnungsausstattung usw.) bis hin zu ausgeprägter Armut leiden. Dabei treten diese Einschränkungen oft kumuliert (*Grunow 1977*) und damit in entsprechender Potenzierung auf.

Eine wirksame Hilfestellung für ältere und alte Menschen durch die Sozialarbeit bedarf eines mehrdimensionalen Ansatzes (*Radebold, Bechtler, Pina 1973 und Boche, Kanowski 1974*), um die Schwierigkeiten und Einschränkungen im sozialen, psychischen und physischen Bereich umfassend zu berücksichtigen. Sie muß Hilfestellung leisten einerseits bei äußeren und materiellen Schwierigkeiten und andererseits bei der individuellen Bearbeitung bestehender Probleme, besonders im Zusammenhang mit dem Altern und Alter. Dazu bedarf es einer stabilen und strukturierten Zweierbeziehung, um auf seiten des Klienten das Angebot wahrnehmen zu können.

Diese Forderungen eines mehrdimensionalen Ansatzes für die Arbeit mit älteren und alten Menschen lassen sich im Rahmen pflegerischer, rehabilitativer, pädagogischer, medizinischer, psychiatrischer oder

psychotherapeutischer Vorgehensweisen nur teilweise verwirklichen. Dieses liegt u.a. darin begründet, daß diese häufig durch Arbeitsauftrag und angewandte Verfahren der Mehrdimensionalität nicht entsprechen können und durch ihre institutionelle, speziell klinische Verankerung meist nur im stationären Bereich - und damit nicht draußen, geschweige denn vor Ort - tätig sein können.

Dagegen bieten Sozialarbeit/Sozialpädagogik gemäß ihrem Berufsbild (*Pfaffenberger* 1974) bei entsprechender Aus- und Weiterbildung gute Voraussetzungen für die Aufgabenstellungen der sozialen Arbeit mit älteren und alten Menschen (*Radebold, Gruber, von Plocki* 1975, *Radebold* 1979). Es gehören folgende Arbeitsbereiche dazu:

- Mitarbeit bei Erkennung, Beurteilung und Assessment von Klienten mit psychosozialen Schwierigkeiten und Störungen in verschiedenen ambulanten und stationären Arbeitsfeldern (bei einem Team ist der Sozialarbeiter/Sozialpädagoge als Fachvertreter besonders für den sozialen bzw. psychosozialen Anteil der Gesamtsituation des betreffenden Klienten/Patienten anzusehen).

- Erarbeitung praktischer Lösungen in sozialen Notsituationen und Vermittlung entsprechender Hilfsdienste.

- Hilfestellung, Beratung und therapeutisch orientierte Arbeit mit Einzelnen und Gruppen in psychosozialen Konfliktsituationen.

- Teilnahme an Planung, Strukturierung und Organisation von sozialen Diensten unter Einbeziehung der Eigeninitiative im Sinne der Gemeinwesenarbeit.

- Teilnahme an spezifischen Aufgaben, wie Information/Prävention/Rehabilitation/Bildung/Aus- und Fortbildung von Mitarbeitern.

Daraus ist ein entsprechender Arbeitsumfang für Sozialarbeit/Sozialpädagogik für den Altersbereich abzuleiten. Schon *Blenker* (1967) schätzte für die USA, daß ca. 6 - 8% einer Großstadtbevölkerung der Hilfe eines Sozialarbeiters/Sozialpädagogen bedürfen. Im Rahmen der Psychiatrie-Enquête wurde bei der Erarbeitung von Richtwerten eine Zahl von 9 Sozialarbeitern für zentrale gerontopsychiatrische Einrichtungen einer Standardversorgungsregion von 250.000 Einwohnern für erforderlich gehalten (abgesehen von den Sozialarbeitern im Bereich der sozialen Dienste der Städte, Kommunen und Wohlfahrtsverbände).

### 3. Theoretische und methodische Aspekte einer therapeutischen Arbeit durch Sozialarbeiter

Wie für die Arbeit mit Einzelnen dargestellt und anhand von ausführlich dokumentierten Falldarstellungen belegt (*Radebold, Bechtler, Pina* 1973, 1974), bedarf es der systematischen Einbeziehung psycho-

analytischer Konzepte, um einen Verstehenszugang zur Psychodynamik älterer und alter Menschen zu finden. Die Erarbeitung einer umfassenden psychosozialen Diagnose muß folgende Fragestellungen berücksichtigen:

- Lebenssituation, äußere und materielle Versorgung, Gesundheitszustand einschließlich bestehender Krankheiten und Behinderungen, Umweltbeziehungen (ggf. institutionelle Einschränkungen).
- Situationen im Lebenszyklus (psychosexueller Entwicklungsstand, anstehende psychosoziale Aufgaben und möglicherweise bestehende psychosoziale Krisen).
- Bisherige individuelle und soziale Entwicklung, innerpsychische Bedeutung und Verarbeitung jetzt anstehender Schwierigkeiten (ggf. Bedrohungen und Verluste im Altern und Alter) durch den Klienten selbst und seine Umwelt.
- Kenntnis der bisherigen Lösungsversuche zu anstehenden Problemen und zukünftiger Vorstellungen und Lösungsansätze.
- Wissen um frühere und jetzige Beziehungen innerhalb der Familie und zwischen den Generationen mit Abschätzung bereits bestehender oder sich anbahnender Übertragung/Gegenübertragung.

Entscheidende Voraussetzung des Verstehenszuganges zu älteren und alten Klienten ist ein fundiertes Wissen über Vorhandensein und Spezifität der ablaufenden psychodynamischen Prozesse auch während des Alterns und im Alter (im Gegensatz zur bisher weitgehend statischen Sicht des Alters). Dazu rechnen u.a. besonders Kenntnisse über Bedeutung von Trennung und Verlust, bestehende Bedürfnisse und Triebimpulse und deren Schicksal, über Bedeutung und Möglichkeiten der Regression, über Abwehrverhalten und -mechanismen.

Auch der therapeutische Prozeß bedarf der konsequenten Übertragung wichtiger psychoanalytischer Behandlungskonzepte, die allerdings in der Regel nur in einem gewissen Umfang in die systematische praktische Arbeit einfließen. Es geht darum, unter Kenntnis dieser Konzepte - nicht so sehr mit ihrer Anwendung - zu arbeiten. Dazu gehören Aufbau einer konstanten Beziehung im Sinne eines Arbeitsbündnisses unter Berücksichtigung - und auch Bearbeitung - von Widerstand und der spezifischen Übertragungs/Gegenübertragungssituation. Die Arbeit zielt dabei vorwiegend auf bewußte und vorbewußte anstatt unbewußte Konflikte ab. Damit werden Rückgriffe auf die Kindheitssituation und -entwicklung nur in geringem Umfang erforderlich sein. Es geht weitgehend um die Bearbeitung und Klärung der jetzigen Situation mit Erarbeitung neuer Problemlösungen. Dabei kommt dem Sozialarbeiter je nach Regressionszustand seines Klienten in der augenblicklichen Alterssituation eine mehr oder weniger starke

Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen zu. Dabei bedarf es in sehr viel stärkerem Ausmaß der Einbeziehung und Berücksichtigung der äußeren und materiellen Einschränkungen, der sozialen Situation und der gesunden Ich-Funktionen und konfliktfreien Bereiche (z.B. der Aktivitäten und Interessen).

Diese theoretischen und methodischen Aspekte (*Radebold, Bechtler, Pina 1973, 1974, 1980*) gelten für die psychosoziale Beratung (*Radebold, Prinzing 1979*), für die Arbeit mit Einzelnen (*Radebold, Bechtler, Pina 1973, 1980*) wie für die Arbeit in Gruppen (*Radebold, Bechtler 1980*).

Zwei Berichte sollen diesen Arbeitsansatz und die bestehenden therapeutischen Möglichkeiten beschreiben:

1.) Aufgrund der „drohenden Verwahrlosung“ des anscheinend vorzeitig altersabgebauten Herrn B.<sup>1)</sup> wandte sich sein Hausverwalter 1972 an das Sozialamt. Er beschrieb seinen Mieter als „merkwürdigen Kauz“, der die „reinste Müllkippe zu Hause habe“. Er sammle in zwanghafter Weise unnütze Dinge, wie Plastiktüten, Zeitungen, Holzstückchen usw., sei mißtrauisch, „gönne sich kaum etwas zum Essen“ und sei geizig.

Nach Aufbau eines relativ stabilen Kontaktes aufgrund mehrer Hausbesuche, bei denen die Sozialarbeiterin lediglich ihre Hilfe anbot, ohne gleich mit entsprechenden Forderungen resp. Vorwürfen handelnd einzugreifen, berichtete Herr B. zu seiner Biographie folgendes: Als jüngstes Kind geboren (ein Bruder im Krieg gefallen, eine ältere Schwester weit entfernt lebend) habe er die höhere Schule nur bis zur 6. Klasse besuchen dürfen, da ein Studium aus finanziellen Gründen nicht möglich gewesen sei. Bis 1930 dreijährige kaufmännische Lehre, dann zwei Jahre Arbeitslosigkeit. 1932 mit Hilfe seines ebenfalls im Öffentlichen Dienst stehenden Vaters zur Behörde gekommen, bei der er dann mit Unterbrechung durch den Krieg 32 Dienstjahre tätig war. Bis 1962 bei der Behörde im Publikverkehr tätig, dann auf Anraten eines Nervenarztes nur noch als zum einfachen Dienst fähig beurteilt worden. Immer eng mit seinen Eltern zusammengelebt, die ihn betreuten und entsprechend versorgten, bis er in den 50er Jahren eine eigene Wohnung bekam. Die Eltern werden als sehr pedantisch und besonders die Mutter als bestimmend und einschüchternd beschrieben. Mit 53 Jahren aufgrund eines psychiatrischen Gutachtens vorzeitig pensioniert worden. Zur gleichen Zeit stirbt die Mutter, die er lange Zeit bis auf wenige Tage vor dem Tod gepflegt hatte. Jetzt völlig isoliert lebend

---

<sup>1)</sup> s. „Herr B.“ in: *Radebold, Bechtler, Pina 1973*.

mit Abbruch aller Kontakte und deutlichen Vorwürfen gegenüber der Umwelt, von der er sich verkannt und abgelehnt erlebte. Der Hauswirt hatte auch den Eindruck, ihm seine „Kostbarkeiten“ wegzunehmen, wenn er eine Räumungsklage gegen den sonst unauffälligen Mieter anstrengen würde.

Psychodynamisch gesehen handelte es sich offenbar um einen kontaktgestörten, gehemmten und zurückgezogenen älteren Mann mit Zwangsstruktur, dessen Zwangssymptomatik (speziell Sammel- und Zählzwänge) sich seit seiner Pensionierung mit 54 Jahren erheblich verstärkt hatte. Hinweise für einen ausgeprägten hirnorganischen Abbau oder eine paranoide Entwicklung fanden sich nicht. Deutlich war, daß Herr B. Verluste auf mehreren Ebenen erlebt hatte, die vorzeitige, ihn sehr kränkende Pensionierung mit Wegfall der beruflichen Anerkennung, Verlust der Mutter als wichtigste Beziehungsperson bei gleichzeitiger Verbitterung über die im psychiatrischen Gutachten festgelegte diagnostische Beurteilung. Neben einer Verstärkung der Abwehrstruktur war es zu einer deutlichen Regression mit Zunahme der Symptomatik und weitgehendem Rückzug von allen Kontakten bei Verleugnung aller bestehender Bedürfnisse gekommen.

Im Laufe von 1 1/2 Jahren (ca. 35 Hausbesuche und Gespräche im Amt) kam es nach Aufbau eines stabilen Arbeitsbündnisses zu einer weitgehenden äußeren Verselbständigung (Klärung der Situation mit dem Hauswirt, eigenständiges Aufräumen mit Wegwerfen der gesamten gesammelten Gegenstände, Renovierung der Wohnung usw.), mit zunehmender Verwöhnung (bzgl. Essen, Heizung, Reisen, einer Kur), mit Wiederbelebung alter Kontakte (zur Schwester, zu Klassenkameraden usw.) und Aufbau neuer Beziehungen (Eintritt in einen Altenclub, Teilnahme an Gruppenreisen usw.). Gleichzeitig wurden in der Übertragung Aspekte einer Sohn-Mutter-Beziehung (böartig-versagende und dominierende Mutter und gewährende-verwöhnende Mutter) bearbeitet, sowie Aspekte einer Vater-Tochter-Beziehung in der Zusammenarbeit mit der ca. 15 Jahre jüngeren Sozialarbeiterin.

Ein Besuch aus katamnesticen Zwecken 1977 erbrachte eine weitgehende Stabilität von Herrn B. Die Wohnung war sauber aufgeräumt, ohne Hinweis auf verstärkte Sammelzwänge, er selbst wirkte freundlich, kontaktbereiter, geflegt, und sich selbst verwöhnend und berichtete über zahlreiche Aktivitäten und Unternehmungen. Hinweise auf ein hirnorganisches Psychosyndrom oder eine andersartige psychiatrische Erkrankung fanden sich weiterhin nicht.

2.) Frau Q. (67 Jahre) kam zum Sozialamt, da das finanzielle Auskommen des Ehepaares Q. nicht mehr gesichert war. Herr Q. (80 Jahre) war nicht mehr in der Lage, den Beruf des selbständigen Handels-

vertreter auszuüben. Da sie nicht „alleine die ganzen Sachen“ besprechen wollte, bat sie aufgrund der Krankheit ihres Mannes und seiner leichten Erregbarkeit um einen Hausbesuch.

Dabei schilderten sie dann beide (zum eigenen Erstaunen über die Offenheit) dem sehr viel jüngeren Sozialarbeiter wichtige Teile ihrer Biographie: sie kannten sich beide schon sehr lange, wobei Frau Q. die Bemühung des wesentlich älteren Mannes anfänglich nicht ernst nahm. Herr Q. hatte bis zum Tode seines Vaters 1940 seine Eltern versorgen müssen, nachdem sein Vater im Ersten Weltkrieg das ganze Vermögen verloren hatte. Aufgrund ihres Mitleides „außerdem sei sie damals nicht mehr die Jüngste gewesen“, habe sie ihn dann auf seinen Wunsch hin geheiratet. Zwei Ausbombungen und die schwere Nachkriegszeit mit dem Aufbau der Firma nach der Rückkehr des Mannes aus der Kriegsgefangenschaft und die Erziehung des einzigen Kindes für einen erfolgreichen Lebensweg, „das habe man alles alleine geschafft“. Bei einem späteren Besuch im Amt berichtet Frau Q., daß ihr Mann so starke Stimmungsschwankungen habe, daß „sie sich gar nicht mehr traue, Besucher einzuladen. Manchmal möchte sie sogar davonrennen, aber den alten hilflosen Mann dürfe sie doch nicht alleine lassen, was solle denn der Sohn von ihr denken“. Dabei wird gleichzeitig die auffallende Distanz von dem Sohn, der jetzt völlig sein eigenes Leben lebt, sichtbar. „Wir wünschen natürlich, er käme öfter. Aber er hat ja soviel zu tun“.

Nach Regelung der finanziellen Angelegenheiten (Grundantrag auf finanzielle Unterstützung und Wohngeldantrag) wünscht das Ehepaar Q. mehrfach den Besuch des Sozialarbeiters von sich aus, offensichtlich um anstehende Probleme und auch beiderseitige Schwierigkeiten zu besprechen. Dabei wurde der 28jährige Sozialarbeiter besonders von Frau Q. als Sohn in der Übertragung erlebt, während sich Herr Q. eher ambivalent verhielt, aber auch deutliche Wünsche nach Kontakten äußerte.

Im Verlauf der weiteren Gespräche (insgesamt 19 über zehn Monate) wurde der bestehende Partnerkonflikt deutlich: Frau Q. lebenslustig, aktiv, mit handwerklicher Ausbildung mit Meister-Abschluß fühlte sich nach Weggang des Sohnes (ihres Lebensinhaltes) zunehmend mehr an einen schwächer werdenden, dahin kränkelnden, oft querulatorisch-nörglerischen Mann „angebunden“, mit fortschreitender Isolierung, ohne sich jetzt im Alter eine neue Selbständigkeit schaffen zu können.

Unter Schuldgefühlen erlebte sie den Anfang ihrer Ehezeit nach und sah sich auch bei ihren Fragen von ihrem Sohn in Stich gelassen. Herr Q. dagegen, sein Leben lang selbständig und zum Teil in der Ehe füh-

rend, war jetzt mit mehreren chronischen Krankheiten und zunehmender finanzieller Abhängigkeit mit der Aufgabe der beruflichen Selbständigkeit konfrontiert.

In den folgenden Monaten gelang es, einen Teil der Eheproblematik - besonders die gegenseitigen Enttäuschungen - soweit anzusprechen, daß es zu einer Entlastung und damit auch weiteren Stabilisierung kam (die sich auch in einem verständnisvolleren gegenseitigen Umgang ausdrückte). Frau Q. fing an, alte Kontakte zu reaktivieren, und gewann neue durch die Teilnahme an einem Kurs für häusliche Krankenpflege, der ihr gleichzeitig ein neues Stück Selbständigkeit und Unabhängigkeit vermittelte. Herr Q. ertrug einen langfristigen achtwöchigen Krankenhausaufenthalt und die Verschlechterung seiner Krankheit stabiler und friedlicher. Gleichzeitig verbesserte sich die Beziehung zu dem Sohn, mit dem auch einige Erwartungen durchgesprochen werden konnten.

Als Herr Q. plötzlich verstarb, erlebte sich Frau Q. im Rahmen ihrer Trauerarbeit sichtlich stabiler mit neuen Kontakten und Aufgaben innerhalb der häuslichen Krankenpflege und mit dem wiederhergestellten guten Kontakt zu dem Sohn. Sie konnte die Ehe mit all ihren Schwankungen und Enttäuschungen als einen Teil ihrer Biographie annehmen.

Diese zwei Darstellungen vermitteln m. E. einen guten Einblick in die Möglichkeiten des beschriebenen zweiseitigen Ansatzes für ein Verstehen der Psychodynamik; sie konfrontieren aber gleichzeitig mit den Schwierigkeiten und Begrenzungen der therapeutischen Zielsetzung (u.a. durch die Verluste und Bedrohung des Alterns und Alters).

#### 4. Erfordernisse einer entsprechenden Weiter- und Fortbildung

Da der Sozialarbeiter im deutschsprachigen Raum in der Regel bisher an den Fachhochschulen für Sozialarbeit eine weitgehend unzureichende (gemessen an dem Standard anderer psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildungseinrichtungen) Aus- und Weiterbildung bei weitgehendem Fehlen von Trainings- und Supervisionsmöglichkeiten erhält, begegnet er in der therapeutischen Arbeit mit älteren und alten Menschen doppelten Schwierigkeiten. Einerseits mangelt es ihm immer noch an einer ausreichenden therapeutischen Grundausbildung im Sinne des Erwerbs einer therapeutischen Basiskompetenz, und andererseits an spezifischen Kenntnissen für die Arbeit mit älteren und alten Menschen für den Erwerb einer spezifischen Fachkompetenz. (Dieses trifft besonders für die über 30/35jährigen Sozialarbeiter zu, die wäh-

rend ihrer Ausbildung an den Höheren Fachschulen für Sozialarbeit vor 1971 in der Regel nur wenige Vorlesungen/Übungen im therapeutischen Bereich vermittelt erhielten und sich nur zum Teil durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen weiter therapeutisch qualifizieren konnten.)

Mehrjährige Fortbildungsseminare und der 1977 abgeschlossene Modellversuch „Kontaktstudium/Aufbaustudium in psychosozialer Gerontologie für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen“ (Radebold, Gruber 1979) belegen unter Berücksichtigung der oben dargestellten Schwierigkeiten, daß Sozialarbeiter folgende Hilfestellungen für eine therapeutische Qualifikation für die Arbeit mit älteren und alten Menschen bedürfen:

- Systematische und umfassende Kenntnisse über Persönlichkeitsentwicklung und psychosoziale Entwicklung im Lebenszyklus im mittleren, höheren und hohen Lebensalter (psychosexuelle Entwicklung, psychosoziale Aufgaben und ggf. Krisen), über gerontopsychiatrische Störungen/Erkrankungen (Psychopathologie, Ätiologie, Psychodynamik einschließlich Behandlungsmöglichkeiten) und über Geriatrie (einschl. Prävention und Rehabilitation);
- Kenntnis und Bearbeitung eigener Einstellung und Erfahrungen mit älteren und alten Menschen (z.B. in Form einer themenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe) zur Korrektur derselben;
- Hilfestellung zur Wahrnehmung und Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung;
- Kenntnisvermittlung über Konzepte und Methoden der verschiedenen Arbeitsformen in den verschiedenen Arbeitsbereichen;
- systematisches Training in verschiedenen Arbeitsformen unter Praxisanleitung/Supervision;
- Erfahrungen in der Zusammenarbeit im Team;
- Kenntnis therapeutischer Arbeit unter institutionellen Einschränkungen und Gegebenheiten.

#### Literatur

- Affleck, J.F., Family agency services to older people, *Soc. Casework*, New York, 38 (1957) 171-177.
- Agate, J., *Geriatrics for Nurses and Social Workers*, Heinemann Medical Books 1972.
- Allen, R., A Study of Subjects Discussed by Elderly Patients in Group Counseling, *Social Casework* 43 (1962) 360-6.
- Blenkner, M., Impact on Social Work, *Gerontologist* 7 (1967) 28-30.
- Boche, U., Kanowski, S., Soziale Implikationen alterspsychiatrischer Erkrankungen, *Caritas* (1974) 25-39.
- Brearley, C.P., *Social Work, Aging and Society*, Routledge & Kegan, London 1975.
- Brearley, C.P., *Residential Work with the Elderly*, Routledge & Kegan, London 1977.

- Bujard, O., Lange, U., Armut im Alter, Beltz, Weinheim/Basel 1978.
- Burnside, I., Group work with the aged: selected literature, *Gerontologist* 10 (1970) 241-246.
- Deutscher Bundestag, Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Deutscher Bundestag, 7. Wahlper., Drucksache 7/4200, 1975.
- Diamond, B., et al., Casework with the aging, *Soc.Casework* 42 (1961) 219-291.
- Farber, A., Non-institutional services for the aged, *Soc.Work* 3 (1958) 58-64.
- Farrar, M.S., Mother-daughter conflicts extended into later life, *Soc.Casework* 36 (1955) 202-207.
- Farrar, M., Ferrari, N., Casework and groupwork in a home for the aged, *Soc.Work* 5 (1960) 58-67.
- Goldberg, E.M., Helping the Aged, NISWT Series, Allen & Uwin, 1970.
- Goldfarb, A.I. and Turner, H., Psychotherapy of aged persons. II. Utilization and effectiveness of „Brief“ Therapy, *Amer.J.of Psychiatry* 109 (1953) 916-921.
- Grunow, D., Problemsyndrome älterer Menschen und die Selektivität organisierter Hilfe, *Arch.So.Arb* 8 (1977) 166-194.
- Hurwitz, S., Guthartz, J., Family life education with the aged, *Soc.Casework* 23 (1952) 382-392.
- Kubie, S.H., Group work with the aged, Intern.Univ. Press, New York 1953.
- Lokshin, H., Casework counseling with the older client, *Soc.Casework* 36 (1955) 257-263.
- Narr, H., Soziale Probleme des Alters, Kohlhammer, Stuttgart 1976.
- Pfaffenberger, H., Blätter zur Berufskunde: Sozialarbeiter (grad.), Sozialpädagoge (grad.), Bielefeld 1974.
- Radebold, H., Soziale Arbeit mit Älteren, in: Eyferth, H. et.al. (Hrg.), Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Luchterhand, Neuwied 1979.
- Radebold, H., Bechtler, H., Pina, I., Psychosoziale Arbeit mit älteren Menschen, Lambertus, Freiburg 1973.
- , Psychoanalyse und Sozialarbeit. Die Bedeutung ihrer Beziehung für den Bereich Geriatrie/Gerontologie, *act.geront.* 4 (1974) 505-9.
- , Psychosoziale Arbeit mit Älteren. I. Methodische und theoretische Aspekte, Lambertus, Freiburg 1980 (in Vorbereitung).
- , Psychosoziale Arbeit mit Älteren. II. Mit Einzelnen, Lambertus, Freiburg 1980 (in Vorber.).
- Radebold, H., Bechtler, H., Psychosoziale Arbeit mit Älteren. III. Mit Gruppen, Lambertus, Freiburg 1980 (in Vorber.).
- Radebold, H., Prinzling, L., Analyse einer Beratungsinstitution und ihrer Klienten, BMJF6, Kohlhammer 1979 (in Vorber.).
- Ryder, M.B., Casework with the aged parent and his adult children, *Fam.J.Soc.Casework* 26 (1945) 243-250.
- Tismer, K.-G. u.a., Psychosoziale Aspekte der Situation älterer Menschen. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Kohlhammer, Stuttgart 1975.
- Turner, H., Promoting, understanding of aged patients, *Soc.Casework* 34 (1953) 428-435.
- , Use of the relationship in casework treatment of aged clients, *Soc.Casework* 42 (1961) 245-252.
- Wasser, E., Casebook on work with the aging. Family Service Association of America, New York 1966.

-, Creative approaches in casework with the aging. Family Service Association of America, New York 1966.

-, Responsibility, self-determination and authority in casework protection of older people, *Soc.Casework* 42 (1961) 258-266.

*WSI-Studie* Nr. 31, Die Lebenslage älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1975.

Zimmermann, R., Alter und Hilfsbedürftigkeit, Enke, Stuttgart 1977.



## IV. Kreative Verfahren



# Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen\*

Elisabeth Bubolz, Düsseldorf

## 1. Vorbemerkung

Die Fähigkeit zum kreativen, schöpferischen Tun wird - unabhängig davon, ob aus ihm ein sichtbares Produkt hervorgeht oder nicht - als eine Möglichkeit betrachtet, die allein dem Menschen vorbehalten ist. Es gehört zum Menschen, Dinge herzustellen. In ihnen äußert er sich, kann er zu sich und seiner Umwelt Bezug finden.

Wenn die Möglichkeit und der Drang zu gestaltendem Tun zu den Quellen menschlicher Existenz und seinen ursprünglichen Ausdrucksformen führen, wie dies bei der Betrachtung von Kunstsammlungen von prähistorischen Zeiten bis zur Neuzeit einem jeden greifbar wird, so liegt es nahe, das „Schöpferische“ als ein Grundprinzip menschlichen Lebens anzuerkennen (Koestler 1964). Unabhängig von etwaiger künstlerischer Begabung und einem bestimmten Lebensalter eröffnet sich ihm hier ein Weg, zu seinem eigenen Selbst-Sein vorzudringen und die „volle Menschlichkeit“ (Rhyne 1974, S. 6) zu suchen.

Menschlicher Gestaltungswille und menschliche Gestaltungskraft werden besonders durch aktive psychotherapeutische Verfahren angesprochen. Sie können in der Behandlung alter Menschen ausgesprochen „belebend“ wirken. Neben Ansätzen zur Arbeit mit alternden Menschen im Rahmen von Musiktherapie, integrativer Bewegungstherapie, des Psychodramas (vgl. die Beiträge von Berger, Frohne, Petzold, dieses Buch) bietet das Gestalten mit kreativen Medien eine ausgezeichnete Möglichkeit und einen Weg, Kontakt mit sich und seiner Umwelt zu finden und lebensgestaltende Kräfte freizusetzen.

Im folgenden soll aufgezeigt werden

- welche Bedeutung das kreative Gestalten für die Entwicklung menschlicher Persönlichkeit von der Kindheit bis ins Alter hinein hat,
- welche Prinzipien beim bildnerischen Gestalten im Rahmen einer Psychotherapie mit alternden Menschen Bedeutung haben,

---

\* Aus dem „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“, Düsseldorf (Leitung: Dr. med. H. Heintz, Prof. Dr. H. Petzold).

- welche Möglichkeiten es gibt, unterschiedliche Materialien, Medien und Techniken im therapeutischen Prozeß zu verwenden.

Jedem Nachdenken über die Verwendung bestimmter therapeutischer Verfahrensweisen muß zumindest eine kurze Besinnung auf das implizierte Verständnis vom Menschen vorausgeschickt werden. Der anthropologische Hintergrund des Therapeuten bestimmt entscheidend, wie weit die Möglichkeiten, die für den alternden Menschen im bildnerischen Gestalten liegen, ausgeschöpft werden. So besteht z.B. ein gravierender Unterschied, ob ich einen Klienten zum Formen einer Tonschale auffordere unter dem Aspekt, er könne doch nichts „besseres“ mehr und sei so wenigstens „nützlich beschäftigt“, oder ob ich beim Entstehen eines Gefäßes denselben Klienten so anleite, daß daraus Begegnung mit sich selbst als „Gefäß“ (symbolisch: Innen- und Außenbereich; Oberflächenstruktur von innen und außen usw.) möglich wird.

Als Prämissen für eine Anleitung und Begleitung alter Menschen im kreativ-gestaltenden Tun sei auf folgende Zusammenhänge deshalb grundsätzlich verwiesen:

1. Der Mensch ist *in jedem Alter entwicklungs- und lernfähig*; das bedeutet: auch ein alternder und alter Mensch kann sich verändern; es lohnt sich also, alte Menschen zu fortschreitendem seelischen Wachstum und weiterer Entfaltung ihrer Persönlichkeit anzuregen oder diese zu initiieren (vgl. *Schenda 1976*). Wie empirische Untersuchungen belegen, bleiben auch kreative Potentiale und Bedürfnisse zu gestaltenden Aktivitäten im Alter erhalten (vgl. *Hoffmann 1978, Dennis, 1966, Cath 1973, Butler 1967*).

2. Als Anliegen einer psychotherapeutischen Betreuung/Begleitung alter Menschen ist *Verarbeitung und Integration* von bereits gelebtem Leben vorrangig, und zwar unter besonderer Berücksichtigung des aktuellen Lebensbezuges. Erst eine „Rück“-Besinnung auf sich selbst schafft den Boden für weitere „Fort“-Schritte, neues Lernen. Das kreative Gestalten bietet einen Ansatz, über das Erleben eigenen Tuns und die anschließende Besinnung darauf zur Integration einzelner Aspekte der Persönlichkeit, auch einzelner Problembereiche, beizutragen.

3. Dem Menschen allein ist es vorbehalten, nach *Sinn* zu streben und in seinem Leben einen Sinn zu finden (vgl. *Frankl 1972; Dienelt 1970, Petzold 1979*). Im Alter Sinnvolles tun heißt jedoch nicht, ausschließlich Nützlich-tun. Das Gestalten aus eigenem inneren Impuls heraus erleichtert Nähe zu sich und ermöglicht Sinnfindung.

4. Selbstverwirklichung durch eigenes gestalterisches Tun wird in unserer Gesellschaft weder durch die Erziehungsinstitutionen noch im Er-

werbsleben begünstigt. Die  *kreativen Potentiale*, deren Nutzung dem Menschen während seines Lebens den Kontakt zu sich und anderen erleichtern helfen könnten, werden zugunsten einer Konsum- und Anpassungshaltung *unterdrückt* oder bleiben zumindest häufig *ungenutzt* (vgl. *Torrance 1964*) und sind deshalb im Alter schwerer zugänglich.

5. Spontaner Ausdruck eigener Gefühle durch Bilder scheint vorerst noch eine *Domäne der Kinder und Künstler* zu sein. Der alternde Mensch bedarf deshalb besonderer Ermutigung und Anregung, die Möglichkeiten, die im kreativen bildnerischen Gestalten für ihn liegen, wieder neu zu erschließen.

## 2. Kreatives Gestalten in der psychotherapeutischen Arbeit mit alten Menschen

### 2.1 Der Stellenwert bildnerischen Gestaltens in der allgemeinen Psychotherapie

Betrachtet man die Rolle bildnerischen Gestaltens in der Psychotherapie, so zeichnet sich seit Beginn unseres Jahrhunderts eine deutliche Wandlung ab. Von den verschiedenen therapeutischen Richtungen wurden Bilder bzw. Kunst vornehmlich genutzt als Hilfsmethode zur Diagnose psychischer Störungen, zum Ausdruck sogenannten „unbewußten Materials“, zur emotionalen Entlastung und zur Beschäftigung von Patienten (vgl. *Rhyne 1973, S. 7; Oesterreich 1975, S. 182ff*). Wenn auch *Freud* mit seinem Interesse für Träume, Bilder und Halluzinationen einen Zugang zur Bedeutung künstlerischen Ausdrucks schuf, so beschränkte er sich doch darauf, Bilder großer Meister wie *Leonardo da Vinci* und *Michelangelo* zu analysieren und zu verstehen zu suchen. Als Weg zur Einleitung von *Persönlichkeitsveränderungen* wählte er allein die Sprache (vgl. *Fagan 1973, S. 11ff*). Auch spätere Therapeuten in der Nachfolge *Freuds* benutzten nonverbale Techniken wie das Malen eines Bildes zum besseren Verständnis eines Menschen oder sie nutzten die kathartischen Effekte, ohne jedoch die integrative Kraft gestalterischen Tuns mit einzubeziehen.

In den 40er und 50er Jahren fand das bildnerische Gestalten als Kunst-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie Eingang in die psychiatrischen Kliniken. In der Absicht, die Patienten zu beruhigen und abzulenken und das Pflegepersonal zu entlasten, beschränkten sich die Therapeuten darauf, technische Hinweise und Anleitungen zu geben. So wurden die Patienten angeregt, Landschaften, religiöse Figuren u.ä. nachzuzeichnen, um die Zeit zu füllen und um in einem überschaubaren „Rahmen“ ihre Gefühle auszudrücken (vgl. *Fagan 1973, S. 12*). In

Abhebung von der sogenannten „Arbeitstherapie“, deren wichtigstes Behandlungsziel die Resozialisierung darstellt und in der auf die Verwendbarkeit und den Gebrauchswert der Produkte wertgelegt wird, versteht sich die „Beschäftigungstherapie“ als Hilfe zur Reindividualisierung. Weiterhin läßt sich eine Entwicklung beobachten, die sich langsam von der Fixierung auf das „Endprodukt“ des Werkprozesses löst und den Schaffensprozeß selbst in den Mittelpunkt des Interesses rückt (vgl. *Downing* 1973, S. 15).

Erst in den letzten 15 Jahren stieg - angeregt durch die Human-Potential-Bewegung und andere dieser nahestehende therapeutische Richtungen, wie z.B. die Gestalttherapie (vgl. *Petzold*, dieses Buch) das Interesse für den künstlerischen Ausdruck im psychotherapeutischen Prozeß. Dabei wird die künstlerische / gestaltende Erfahrung als primäre, direkte und bewußte Art und Weise aufgefaßt, Phantasie und Realität auszudrücken und sofort und konstruktiv zu integrieren (vgl. *Rhyne* 1973, S. 7; *Petzold* 1973, S. 128; *Frings Keyes* 1975, 11). Das Augenmerk wird vom Endergebnis weg auf den Gestaltungsverlauf selbst gerichtet. In ihm werden Interaktionen zwischen innerem, äußerem und sozialem Selbst erfahrbar, die durch die gewählten Materialien an Prägnanz gewinnen (vgl. *Downing* 1973, S. 15).

*Fagan* beschreibt den Standpunkt folgendermaßen:  
„Now we witness the development and facilitation of alternative forms of communication by a person who is familiar with a variety of media and can chose appropriate ways of assisting expression and provoking growth“ (1973, S. 12).

Um diese Akzentverschiebung zu verdeutlichen, ersetzt *Franzke* (1977, S. 12ff) die Begriffe Arbeits- und Beschäftigungstherapie durch die Bezeichnung Gestaltungstherapie. Weder der Gebrauchswert der Produkte noch deren Schönheit bzw. deren künstlerischer Wert noch die Freude am Werkschaffen reichen als Ziele der Gestaltungstherapie aus: „Der ganze Gestaltungsprozeß, also das Erleben des Patienten während des gesamten Gestaltungsgeschehens und die - meist nachfolgende - Beschäftigung mit diesem Erleben und Geschehen, dient als Weg zum besseren Selbstverständnis und gibt Einblick in die eigenen Erlebnis- und Reaktionsweisen. Dabei kommt der Patient zur Einsicht in Zusammenhänge zwischen eigener Entwicklung auf der Basis vorgegebener Anlagen, der derzeitigen inneren und äußeren 'Situation' und der darin auftretenden Symptomatik. Diese kann dann eine überwiegende charakterpsychische und/oder körperliche (funktionelle Störungen und psychogene Organveränderungen) Symptomatik sein“ (*Franzke* 1977, S. 12, 13).

In der englischsprachigen Literatur findet sich häufig der Begriff „*Art-Therapy*“ (vgl. Jakob 1968, 1969, 1971; Nell 1968, Naumburg 1966) oder „*Art-Experience*“ (vgl. Rhyne 1973). Dabei wird „*art*“ nicht synonym dem sehr eng gefaßten deutschen Wort „Kunst“ gebraucht, sondern Maßstab ist einzig, ob eine *eigene* Form ein *eigener* personaler Ausdruck gefunden wird; „*art is the human ability to make things; creativity of man as distinguished from the world of nature*“ (Webster, zitiert nach Rhyne 1973, S. 6) oder „*art as a visual expression of individual experience*“ (Durkee, 1969, S. 305).

In der deutschsprachigen Literatur wird der Begriff „Gestaltungstherapie“ von Clauser (1960) und in der Folge von Franzke (1966, 1972, 1977) vertreten. Udo und Gretel Derbolowsky (1967, 1970, 1977) führen für die von ihnen seit 1954 praktizierte Verwendung von Materialien und Bildnerie die Begriffe „Bemächtigungstherapie“ bzw. „Lambanotherapie“ ein. Petzold (1970, 1972a, 1973b, 1975b) führt die Begriffe „kreative Therapie“ und „komplexes Kreativitätstraining“ für die Verwendung von kreativen Medien in seinem integrativen Therapieansatz ein. Es werden von ihm Pantomime und dramatische Elemente (1972b, 1976), Masken und Märchenspiel (1975c; Lückel 1979), Puppen (1975a), Arbeit mit Farben, Collagen und Ton (1975a, 1977b; Köllermann 1979; Eilenberger 1979) mit freier Imagination (1972a), mit Bewegung und Musik (1979c) oder mit Poesie (Petzold, Orth 1979) auf der theoretischen Grundlage der Gestalttherapie bzw. Integrativen Therapie (1977e, 1978a) verbunden. Die Methodologie des Umgangs mit kreativen Prozessen und ihrer Aufarbeitung ermöglicht, praktisch jede kreative Ausdrucksform im Sinne eines integrativen Ansatzes der Medientheorie (Petzold 1977b) spezifisch in projektiver, expressiver und kommunikativer Funktion einzusetzen. Es ist dieser im „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ von H. Petzold (1970), J. Sieper (1971) und K. Martin (1973) entwickelte Ansatz, dem in dieser Arbeit gefolgt wird.

## 2.2 Zum Einsatz kreativen Gestaltens in der Psychotherapie mit alten Menschen

Bei einer Sichtung der Literatur über kreatives Gestalten mit alten Menschen wird erschreckend deutlich, wie sehr der Aspekt der „Beschäftigung“ und der der „Produktion“ in der Praxis noch im Vordergrund steht, auch wenn Ziele angegeben werden wie: alte Menschen durch Gestaltungsübungen zur Kontaktaufnahme zu motivieren, ihr Selbstvertrauen und ihr Selbstwertgefühl zu stärken, die Entwicklung

von Spontaneität und Selbständigkeit zu fördern (vgl. auch *Reitter* 1976; *Böger* und *Sokol* 1974; *Paterno* 1975).

*Oesterreich* (1971, S. 183) mißt den Erfolg eines Versuchs zur Errichtung einer beschäftigungstherapeutischen Gruppe in einem Altenpflegeheim allein daran, daß die Zahl der freiwilligen Teilnehmer sich im Laufe mehrerer Wochen auf 12 vergrößerte, und spricht von einem „hervorragend gelungenen Experiment“. Die Berichte, in denen die Einrichtung von Gruppen zu regelmäßigem Werken, Basteln und Stricken in Altersheimen, Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken die Rede ist, sind keine Seltenheit mehr (vgl. schon *Kubie*, *Landau* 1953; *Luxemburger* 1970; *Pfeiffer* 1966; *Finkelstein* u. a. 1971; *Lejeune* 1971). Ein Effekt dieser Initiativen scheint dabei besonders bedeutungsvoll und erwähnenswert: durch derartige Aktivitäten kann das in Heimen und Kliniken, aber auch in sonstiger reiz- und anspruchsarmer Umgebung leicht auftretende „Hospitalisations-Syndrom“ gelockert und aufgelöst werden. So berichtet *Luxemburger* (1970), daß sich bei einigen Gruppenteilnehmern im Laufe der Treffen herausstellte, daß ihre „Altersdemenz“ als Hospitalisationserscheinung zu bewerten sei und eine Aktivierung lange nicht mehr genutzter Fähigkeiten möglich wurde.

Als weitere, zweifellos positive Auswirkungen solcher Aktivierungsversuche können die Erfolgserlebnisse genannt werden, die den physisch und psychisch kranken alten Menschen zuteil werden und die ihnen das Gefühl geben, durch ihre „Leistung“ wieder in einer Gruppe akzeptiert und in eine Gemeinschaft integriert zu sein. So berichten *Finkelstein* u. a. (1971) von der Eröffnung eines „Arts and Crafts Departments“, also einer Abteilung für Kunst und Handwerk, in einem Hospital für psychisch und physisch kranke alte Menschen. Produkte wie Bilder, Teppiche und Emaillearbeiten u. v. m. werden dort gefertigt, dann ausgestellt und sogar in einer eigenen Boutique verkauft. Die Behandlungserfolge (es werden von ihnen vier Einzelfälle vorgestellt) führen sie darauf zurück, daß die älteren Menschen wieder mehr positive Verstärkung erhalten. Durch den Verkauf der Produkte wird wieder - wie früher - Geld verdient; das Anfertigen auf Bestellung erhöht das Bewußtsein, für andere nützlich zu sein; die Ausstellungen auch außerhalb des Hospitalgeländes schaffen sogar wieder in der Gesellschaft Anerkennung.

Auch wenn solche Initiativen als erfolgreich dargestellt werden, ist doch kritisch zu bemerken, daß es hierbei nicht primär um die Selbstfindung und Selbstverwirklichung und um eine Integration der Persönlichkeit geht, sondern daß dieser Ansatz an Gesetze des Produktions-

prozesses anknüpft und die Gefahr der Entfremdung birgt. Die Leistungsideologie bleibt unhinterfragt.

Der Ansatz, alte Menschen durch bildnerisches Gestalten anzusprechen und ihre vorhandenen kreativen Möglichkeiten zu aktualisieren, hat inzwischen auch außerhalb von Institutionen Fuß gefaßt (Eck, Imboden-Henzi 1972). Im Rahmen der Bildungsarbeit mit alten Leuten werden in den U.S.A. sogenannte „Art Programmings“ angeboten. Auf dem Hintergrund der Aktivitätstheorie wurden Programme aus dem Boden gestampft, ohne daß zuvor die Möglichkeiten und Bedürfnisse der Zielgruppen erforscht wurden (vgl. die Kritik bei Hoffmann 1978). Bei der Planung standen vorwiegend organisatorische Aspekte im Vordergrund. So blieben viele Angebote nicht mehr als zeitfüllende Übungen; die Involvierung in kreative Prozesse blieb völlig unberücksichtigt. Solche Programme - so Hoffmann - böten wenig Möglichkeiten zur Entwicklung kreativer Ideen und Interaktionen und befriedigten in keiner Weise die intellektuellen Ansprüche der Älteren.

Von einem ganz anders gearteten Projekt berichtet Durkee (1969, S. 307ff): In das „Sharon Art Center“ in New Hampshire kommen vorwiegend solche ältere Menschen, die nicht erst zu gestalterischem Tun motiviert werden müssen, sondern - zwar mit einiger Vorerfahrung auf diesem Gebiet - verschiedene Materialien und Techniken ausprobieren und selbst eigene Möglichkeiten und eigene Techniken entwickeln. Für sie bietet das Zentrum nur die Materialien, Ausstattungen und auch die fachliche Anleitung; ansonsten werden die Bedürfnisse und Motivationen der Besucher zum Ausgangspunkt gemacht.

### 3. Grundsätzliche Überlegungen zum Einbezug kreativen Gestaltens in den therapeutischen Prozeß

#### 3.1 Indikationen für kreatives Gestalten mit alten Menschen

Wenn wir Psychotherapie verstehen als ein Insgesamt von Maßnahmen, die zur Entwicklung und zur Wiederherstellung der Fähigkeiten und Möglichkeiten des Klienten dienen, kann sie nicht nur seelisch gestörten Menschen hilfreich sein, sondern bietet auch denen Perspektiven, die nicht unter speziellen Störungen leiden, sondern die sich nach sich selbst, ihrer Lebenssituation und nach ihren Lebensmöglichkeiten fragen. Petzold und Berger (1978, S. 454) unterscheiden grundsätzlich drei Zielrichtungen von Therapie: die *reparative*, die auf Behebung und Minderung von Störungen und Defiziten gerichtet ist; die *konservierende*, die auf die Stabilisierung und Erhaltung vorhandener Poten-

tiale gerichtet ist, und die *evolutive*, der es um die Entfaltung noch nicht genutzter Möglichkeiten geht. Kreatives Gestalten kann demnach auch konfliktzentriert-aufdeckend oder erlebniszentriert als eine Möglichkeit der Begegnung mit sich selbst und mit anderen bei solchen Klienten eingesetzt werden, denen es in erster Linie um neue Ausdrucksmöglichkeiten geht (wie z.B. den Besuchern des „Sharon-Art-Center“, vgl. oben), als auch bei leicht und schwer gestörten alten Menschen, deren sonstigen Kommunikationsmöglichkeiten mehr oder weniger blockiert sind. Alter, persönlicher Hintergrund oder die Ebene der künstlerischen Fertigkeit stellen keinerlei Begrenzung dar (vgl. auch *Fagan 1973*, S. 12, 13).

Den Einsatz bildnerischen Gestaltens im therapeutischen Prozeß nur unter dem Aspekt der Problemorientierung und Konfliktbearbeitung zu betrachten, stellt zweifellos eine Verkürzung dar. Darüber hinaus geht es darum, positive neue und ungewöhnliche Erfahrungen zu erschließen und neue Lebensmöglichkeiten und Handlungsalternativen zu entwickeln.

Der Einsatz kreativer Medien in der therapeutischen Arbeit bietet, sofern ein in kreativer Therapie versierter Psychotherapeut mit ihnen umgeht, keine Kontraindikationen, es sei denn solche, wo Psychotherapie insgesamt wenig angezeigt scheint (z.B. akute psychotische Reaktionen). Wohl aber ergeben sich vielfältige „spezifische Indikationen“, wann z.B. mit Ton, bei welchen Patienten mit Collagen oder Poesie gearbeitet werden kann usw.

### 3.2 Voraussetzungen für eine kreative Therapie mit alten Menschen

Die Entwicklung kreativen Handelns im weiteren Sinne, nämlich als Fähigkeit, „intensive bzw. multiple Stimulierung adäquat wahrzunehmen, auf sie komplex und variabel zu reagieren und sie zur Produktion neuer Realität einzusetzen“ (vgl. *Petzold 1975*, S. 13), ist, wie empirische Untersuchungen belegen, zu einem Teil auf Lernprozesse rückführbar. Kreatives Handeln ist so auch erlernbar.

Viele ältere Menschen, die jahrzehntelang in den Arbeitsprozeß eingespannt waren, hatten nie die Möglichkeiten, ihre schöpferischen Potentiale zu entfalten, weder im größeren Rahmen, wie der eigenen Lebensraumgestaltung, noch im kleineren, wie z.B. dem „zweckfreien“ Malen eines Bildes. Wer innerhalb der Psychotherapie mit älteren Menschen mit bildnerischen Mitteln arbeiten will, muß deshalb einige günstige Voraussetzungen schaffen, die den Klienten zu kreativer Ge-

staltung anregen und ihm die Ausführung erleichtern. Nach Rogers (1954/1959) sind Voraussetzungen dafür:

1. die psychologische Sicherheit, und
2. die psychologische Freiheit.

Die *psychologische Sicherheit* des Klienten läßt sich durch eine *intersubjektive Grundhaltung* im Sinne Gabriel Marcells (1965; vgl. Maurer, Petzold 1978) erreichen, die die existentielle Würde des Menschen ernstnimmt, ihm mit bedingungsloser Wertschätzung und Vertrauen zu seinen Möglichkeiten begegnet. Dabei ist in der Beziehung zu alternden Menschen darauf zu achten, daß der Therapeut keinen unbegründeten, blinden Fortschrittsglauben vermittelt, sondern auf die wahrscheinlich begrenzten Möglichkeiten vertraut, die der ältere Klient in der therapeutischen Situation zeigt. Nur auf diesem, „realen Boden“, nämlich der vom Klienten subjektiv erlebten Voraussetzungen, kann in der Therapie so viel Sicherheit gewonnen werden, daß in deren Verlauf auch neue Möglichkeiten der Selbstverwirklichung erschlossen werden können.

Eine weitere Voraussetzung zu kreativem Tun ist eine von Kritik und äußeren Bewertungsmaßstäben freie Atmosphäre (vgl. auch Martin 1973, S. 229ff.). Ein Einstellungswandel, wie er in der Psychotherapie angestrebt wird, kann vor allem dann stattfinden, wenn Spannungen und Konflikte innerhalb dieser Situation vermindert sind (vgl. Lowy 1976, S. 188).

Das Prinzip der *psychologischen Freiheit* beinhaltet, daß dem Klienten im Hinblick auf Inhalt und Form seines Ausdrucks keine Grenzen gesetzt werden. Das impliziert, daß der Therapeut die Eigenverantwortlichkeit des Klienten anerkennt und unterstützt und nur da Verantwortung abnimmt, wo sie aus eigener Kraft nicht mehr wahrgenommen werden kann. Er arbeitet weiterhin möglichst deutungsfrei oder doch nur mit vorsichtigen und „ anbietenden“ Interpretationen, die dem Klienten aus dem Zusammenhang einsichtig werden und seinen Freiraum nicht einschränken.

Der Therapeut richtet seine Haltung und sein Verhalten an der Situation und an der Klientel aus. In sehr „übertragungsintensiven“ Gruppen mit regressiven Klienten kann ein abstinentes Vorgehen erforderlich werden, um notwendige Abgrenzung zu gewährleisten. In anderen Situationen, die Trost und Anteilnahme erfordern, werden diese auch persönlich und in emotionaler Offenheit gegeben, was gerade für den alten Menschen oft von Bedeutung ist. Eine intersubjektive Grundhaltung des Therapeuten ist die Voraussetzung dafür, daß sich intersubjektive, partnerschaftliche Beziehungen entwickeln können.

Diese sind durchaus nicht immer gegeben, sondern müssen durch den Abbau von Übertragungen und Projektionen aufgebaut werden.

Dabei ist ein zunehmendes „*Selfdisclosure*“ des Therapeuten wesentlich, der mit den alten Menschen z.B. gemeinsam an einem Bild malen und sich mit ihnen über das Entstandene austauschen kann. Er ist dabei „für den Klienten engagiert, aber nicht mit ihm involviert“. Er entscheidet für sich, wie jeder andere Teilnehmer auch, was er von sich mitteilen möchte und was nicht. Er praktiziert einen Stil zwischen *Selfdisclosure* und Abstinenz, der im integrativen Ansatz als „partielles Engagement und selektive Offenheit“ beschrieben wurde (Maurer, Petzold 1978).

Weiterhin sollte der Therapeut durch eine Hinführung zum gestaltenden Tun in kleinen Schritten dem ungeübten Gegenüber die Möglichkeit geben, sich allmählich mit diesen neuen Ausdrucksformen vertraut zu machen. Dabei hat die Verstärkung des Klienten im Hinblick auf die konzentrierte Zuwendung während der Gestaltung, die Freude am Gestalten usw. einen durchaus motivierenden Effekt.

Im Hinblick auf den Einsatz kreativer Techniken und Medien im therapeutischen Prozeß obliegt dem Therapeuten die Wahl. Er muß die potentiellen Wirkweisen der Medien kennen, um sich dann im situativen Kontext für den Gebrauch eines solchen Mediums - oder eben für einen anderen Zugang - zu entscheiden. Von den Verwendungsmöglichkeiten verschiedener Medien handelt Abschnitt 7. Jedoch muß auch eine sogenannte „kreative Technik“ nicht *per se* kreativitätsfördernd sein. Sie wird es durch die Art und Weise, in der sie vom Therapeuten eingesetzt wird (vgl. Petzold 1975b, S. 18). Somit ist die Wirkung der Medien abhängig vom therapeutischen Prozeß selbst - durch ihn wird bestimmt, über welches Medium, sei es das der Sprache, Mimik, Gestik, des Spieles, des Tanzes oder des Bildes, er sich vollzieht. Bestimmend ist weiterhin die Kompetenz des Therapeuten, der aus dem Augenblick heraus aus seinem Repertoire einen Ansatz, ein Medium, wählt oder ad hoc einen neuen Umgang mit ihm entdeckt. Insofern wird die Therapie selbst zu einem „kreativen Akt“, durch den eine Situation strukturiert wird (vgl. Petzold 1975b, S. 18).

#### 4. Möglichkeiten und Bedürfnisse der älteren Menschen zu kreativer Gestaltung

Bildernisches Gestalten wird hier als eine Form schöpferischer Betätigung aufgefaßt, durch die die dem Menschen eigenen Kräfte aktiver Selbstentfaltung frei werden können. Jeder Mensch, ganz gleich welchen Alters, verfügt über kreative Fähigkeiten (vgl. Moreno 1946;

Guilford 1950; Rogers 1954; Maslow 1958, 1959; Cath 1973). Dennis (1966) stellte bei einer Umfrage bei 80jährigen fest, daß die Anzahl kreativer Produktionen bei den 40-70jährigen gleich hoch blieb und daß erst nach dem Alter von 70 Jahren eine quantitative Abnahme, jedoch keine qualitative Verschlechterung zu verzeichnen war.

Über die Möglichkeiten zur Entfaltung seiner gestalterischen Kräfte hinaus - seien sie nun auf das Bildnerische oder ganz allgemein auf die Gestaltung ihrer Umwelt gerichtet - äußern ältere Menschen auch Bedürfnisse zur Nutzung dieser Möglichkeiten. Neuere Untersuchungen (vgl. Hoffmann 1978, S. 17-33) weisen darauf hin, daß bei alten Menschen durchaus Bedürfnisse bestehen, bildnerisch gestalten zu können. Eine Untersuchung in South Carolina ergab, daß unter den befragten alten Leuten 71,7% irgendein Hobby hatten, 16,9% ein Instrument spielten und 19,5% wünschten, zeichnen oder malen zu lernen. Auch wenn der Wunsch, bildnerisches Gestalten zu erlernen, noch keine Entscheidung für wirklich schöpferisches Tun impliziert, so kann aus vorliegendem Ergebnis immerhin festgehalten werden, daß bei manchen älteren Menschen in der Anleitung zu gestalterischer Beschäftigung an vorhandene Motivationen angeknüpft werden kann.

Bildnerisches Gestalten hat auch insofern Bedeutung für das menschliche Leben, als darin die Kräfte frei werden, die der Mensch zur praktischen Lebensbewältigung benötigt. Moreno (1934) fordert, daß wir, wenn wir überleben wollen (Who shall survive?), den „kulturellen Konserven“ kreative Alternativen entgegenstellen müssen (vgl. Martin 1973, S. 223). Er verweist auf die Bedeutung des Freisetzens neurotisch blockierter Kreativität. So faßt er verschiedene Neuroseformen unter den Begriff „Kreativitätsneurose“ (vgl. Moreno 1946, S. 109ff; Leutz 1974, S. 56f).

## 5. Die möglichen Funktionen kreativen Gestaltens für ältere Menschen

Es seien nun im einzelnen Perspektiven erwähnt, unter denen das schöpferische Gestalten des Menschen, und speziell des älteren Menschen, sinnvoll erscheint.

### 5.1 Kreatives Gestalten als Ausdruck des eigenen Wesens

Daß Menschen im Schaffen von Bildern und anderen greifbaren Werken sich selbst ausdrücken, wird bei jedem Museumsbesuch erlebbar: Begegnung mit Menschen aus vergangenen Zeiten über das Kunstwerk. Häufig ist es weniger die technische und künstlerische Fertigung

des Werkes, die uns fasziniert, als vielmehr die Sprache, die es spricht und die uns anzusprechen vermag. Wir kommen ins Staunen darüber, wie viel uns eine Kinderzeichnung vom Erleben des Kindes selbst, von seiner Innen- und Außenwelt erzählen kann, ohne ein einziges „Wort“. Der spontane Ausdruck eigenen Erlebens durch bildnerisches Gestalten ist jedoch nicht den Kindern vorbehalten; der überwiegende Teil kreativen Schaffens wurde von einigen Ausnahmen abgesehen, z.B. den Kompositionen des jungen *Mozart* - von Erwachsenen hervorgebracht. Immer, wenn wir zeichnen, malen, modellieren, drücken wir uns selbst aus, bringen wir etwas Ureigenes hervor, das sich - im Angeschaut-Werden - anderen mitteilt. Ein alter Mensch hat wohl Einiges mehr auszudrücken als ein jüngerer, trägt er doch auch ein Mehr an vielfältigen und oftmals widersprüchlichen Erfahrungen mit sich.

Es kann diese allgemeine, visuelle Sprache eine Brücke sein, die junge und alte Menschen miteinander verbindet und die Verständigung und das Verständnis unter den Generationen erleichtert (vgl. dazu auch *Durkee* 1969, S. 308ff).

## 5.2 Kreatives Gestalten als Weg zur Selbstbegegnung

Darüber hinaus, daß ein Mensch durch sein Kunstwerk von sich selbst spricht, kann weiteres geschehen: im Erleben des eigenen Gestaltungsprozesses steht er seinem Werk, und damit dem Ausdruck seiner selbst, wie seinem Spiegelbild gegenüber. Die Erfahrung unserer selbst über unsere eigenen, visuell greifbaren Bilder führt uns dabei zu einem vertieften Verständnis unserer selbst: „Im Vorgang des Schaffens wird der gesamte Mensch in Anspruch genommen und gelangt zur Sammlung in seiner Wesensmitte“ (*Gallée* 1973, S. 204). Eine Auseinandersetzung mit sich selbst, mit seiner aktuellen Situation wird so möglich. Gerade für die unter den älteren Leuten, die sich in einer persönlichen Krise befinden, aber auch für jene, die mit der Lebenskrise „Altern“ fertigwerden wollen und müssen, ist es wichtig, sich möglichst realistisch zu sehen. Das Bild vom eigenen Körper und das damit ganz eng verknüpfte Selbstbild verändern sich ebenso wie der Körper selbst oder die Persönlichkeit. In der psychotherapeutischen Begleitung alternder Menschen kann es ein Ziel sein, daß diese mit ihren neuen Körper- und Selbstbildern in Einklang gelangen. Das innere Annehmen eines neuen Körper-Bildes kann z.B. durch physische Gebrechen, durch Krankheiten wie Erblinden erschwert werden. In der Anregung zu gestaltendem Tun können verbliebenen Potentiale geweckt und gefördert werden. Dadurch ergibt sich ein positiver Gegenpol, mit dessen

Hilfe es eher möglich wird, die Krankheit oder das Fehlen bestimmter Funktionsbereiche durchzuarbeiten und zu akzeptieren (vgl. auch *Lowenfeld 1957*, S. 34-41; *Aspell 1976*, S. 375a).

Das, was wir im Bild darstellen, und die Art, wie wir es darstellen, hat stets etwas mit uns selbst zu tun, mit unserem ganz persönlichen und unverwechselbaren eigenen Leben und Erleben. Es kann heilend wirken und Integration fördern, wenn die Klienten dazu ermutigt werden, ihre eigenen künstlerischen Formen zu schaffen und wenn sie dazu angeleitet werden, diese dann als ihre eigenen Botschaften zu verstehen, die sie sich selbst senden. Einmal sichtbar und greifbar geworden, können die Botschaften von ihrem Sender / Schöpfer eher entschlüsselt und verstanden werden. Insofern es sich beim Sender und Empfänger um die gleiche Person handelt, entsteht eine „Autokommunikation“: im „Zwiegespräch mit sich selbst“ wird ein komplexes Verständnis der Situation begünstigt (*Petzold 1977b*); abgespaltene Teile der Persönlichkeit können so reintegriert werden (vgl. auch *Rhyne 1973*).

### *5.3 Der Gestaltungsprozeß als Möglichkeit zur Integration von Vergangenheit und Zukunft in der Gegenwart, im „Hier und Jetzt“*

In die Gestaltung des Augenblicks fließen stets Vergangenes und Zukünftiges mit ein. Das aktuelle Erleben alter Menschen ist allerdings meist mehr von vergangenen Erfahrungen als von Zukunfts-Perspektiven bestimmt. Im Alter werden vielfache Verluste erlebt: vertraute Menschen sterben, die Kräfte nehmen ab, finanzielle Einschränkungen werden erforderlich, manche Kontakte lassen an Häufigkeit nach, und die Gelegenheiten zum emotionalen Ausdruck werden seltener. Durch kreative Betätigungen vermag der ältere Mensch, seine emotionale Ausdrucksfähigkeit zu erhalten oder zu erweitern und sie in seiner gegenwärtigen Lebenssituation zu gebrauchen. Im kreativen Ausdrucksgeschehen kann so auch - und zwar stets in Kontakt mit dem Gegenwärtigen und dem Lebensraum - Integration des vergangenen Lebens stattfinden: „By objectifying his past through art experiences, a person may integrate his entire life. In this way his art and his life become more meaningful for him“ (*Durkee 1969*, S. 309).

*Rhyne (1973, S. 4,5)* stellt die Verbindung zwischen dem Charakter künstlerischer Aktivitäten und dem Träumen dar. Sie sagt: „Wenn ich eine Zeichnung meiner Fantasien mache, kann ich sie sehen, ich kann meine Botschaften lesen, ich kann sie erfahren; ich kann meine vergangene Kindheit mit meiner Gegenwart und mit meinen Zukunftser-

wartungen integrieren. Meine Ausdrucks-Zeichnungen lehren mich Ähnliches wie meine Träume. Zwar stellen sie sich anders dar als meine Nacht-Träume, aber in beiden fließen nicht nur meine in der Kindheit unterdrückten Gefühle, sondern ebenso meine Wünsche des Augenblicks mit ein. Sie zeigen mir, wie ich, als reife Person, alle diese Dinge zu meiner eigenen Gestalt realisieren kann, von der jeder Teil mit meiner ganzen Person verbunden ist: meiner Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft und wie alle diese Dinge ständig mit meiner jetzigen Umwelt in Interaktion stehen“.

Und ein weiterer für die psychotherapeutische Arbeit bedeutsamer Aspekt wird von ihr hervorgehoben: daß nämlich sogenannte „sensory memories“ (S. 82), also Erfahrungen, die nicht im sprachlichen, sondern im sensorischen Bereich gemacht wurden, auch durch sensorische Stimulation, wie z.B. durch kreatives Gestalten und nonverbale Betätigungen, weitaus besser reaktiviert und wiedererlebt werden können (zur Stimulierungstheorie der Aktivierung psychischer Inhalte vgl. *Petzold 1977d*, S. 258-227).

Durch Experimentieren mit Ton, Lehm und Fingerfarben kann auch, wie *Franzke* berichtet (1977, S. 22), an früher nicht erlaubte Aktivitäten angeknüpft werden, so daß früher behinderte Impulse wieder angeregt werden und sich anschließend eine „realitätsangepaßte Steuerung“ entwickeln kann.

#### *5.4 Kreatives Tun als erster Schritt zu einer kreativen Lebensgestaltung*

Kreatives Umgehen mit bildnerischen Materialien wie Farben, Federn, Ton usw. kann den Weg zu einer kreativen Lebensgestaltung eröffnen: „Kreativität ist nicht auf die Kunst beschränkt (schreiben, malen, modellieren, Hobbys usw.). Man kann auch in zwischenmenschlichen Beziehungen und in vielen anderen Bereichen kreativ sein“ (*Martin 1973*, S. 233). Mit fortschreitendem Alter ist oftmals die Tendenz zu beobachten, in Erinnerungen an vergangene Zeiten zu verharren, die Realisierung von „Träumen“ möglichst weit fortzuschieben. Durch die Konzentration im Gestaltungsprozeß auf das *hier und jetzt* Mögliche wird eine Haltung gelernt, die eine eigene, kreative Lebensgestaltung fördert. Die vorhandenen Potentiale werden gepflegt und weiterentwickelt (*Sieper 1971*). Verstärkung erlangt der kreativ tätige und denkende Mensch nicht nur im Prozeß des Gestaltens selbst, dadurch nämlich, daß er sich im Tun seiner selbst gewahr wird, sondern auch durch das Endergebnis seines Schaffens, das Werk selbst. *Alpaugh, Renner* und *Birren* (1976, S. 37) weisen übereinstimmend darauf hin,

daß kreative Leistungen für ein positives Lebensgefühl einen ausgesprochen hohen Verstärkungs- und Bekräftigungsgrad besitzen. „The aged person feels he can produce something of value; thus, in a symbolic sense, he re-establishes himself in the economic flow“ (Durkee 1969, S. 309). Auch dieser Aspekt könnte therapeutischen Wert besitzen.

### 5.5 Kreatives Gestalten in Einzel- oder Gruppentherapie

Wir können davon ausgehen, daß jeder kreative Akt zunächst Leistung eines Einzelnen, nicht einer Gruppe, ist. Auch in der Psychotherapie geht es zunächst um die Entfaltung individueller Kreativität in einem „intrapersonellen Prozeß“ (Bühmann, Schröder 1977, S. 55), um eine „intrapersonale Kommunikation“ (Stein 1953).

Aber auch eine Gruppe vermag schöpferisch zu sein (Faucheux, Moscovici 1958), ja sie ist zuweilen in der kreativen „Leistung“ dem Einzelnen überlegen (vgl. die Übersicht von Moscovici, Paicheler 1976). So kann kreatives Gestalten auch zu einem „interpersonellen Prozeß“ werden. Voraussetzung für kreatives Arbeiten in einer Gruppe älterer Menschen ist ein akzeptierendes Gruppenklima, das jedem Gruppenteilnehmer in seiner Eigenart Raum läßt. Die Orientierung an den Gruppennormen muß bereits so relativiert sein, daß der Klient keine Angst mehr hat, anders zu sein als die anderen (Torrance 1964). Beim Arbeiten mit bildnerischem Gestalten in einer Gruppe bietet sich ein Spektrum unterschiedlicher Möglichkeiten: von der klientenzentrierten Einzelarbeit in der Gruppe über gruppengerichtetes Vorgehen unter Einbezug der Teilnehmer bis zu einem gruppenzentrierten Ansatz, bei dem Themen und Anliegen der Gesamtgruppe (etwa: „Wir im Altersheim“ oder „Unsere Gruppe“ oder „Wir bauen eine neue Welt“) in Form von Collagen oder Gruppenbildern gemeinsam dargestellt werden.

Letztgenannte kollektive Aktivitäten zeigen häufig viel eindeutiger und prägnanter als manche verbale Auseinandersetzungen, auf welchem Stand sich die Gruppe befindet. „Gemeinsames Tun verbindet und schafft günstige Voraussetzungen für fruchtbare therapeutische Gespräche, die nicht nur im stützenden Sinne eingesetzt werden können, sondern auch eine tragfähige Beziehungsgrundlage bilden“ (Bühmann, Schröder 1977, S. 57).

### 5.6 Das Setting (Umfeld)

Ganzheitliche Psychotherapie bezieht immer das Umfeld des Klienten mit ein; zum einen das Setting des therapeutischen Prozesses selbst: es sollte bei älteren Menschen, die in Institutionen leben, für die Thera-

pie möglichst ein Rahmen gewählt werden, in dem eine Atmosphäre von Intimität entstehen kann, ohne daß Verhaltenserwartungen Anderer (der Heimbewohner oder des Pflegepersonals) mit einbezogen werden müssen. Falls nicht anders möglich, müssen die Therapiesitzungen außerhalb der Institution stattfinden.

Auf der anderen Seite verlangt die Arbeit mit kreativem Gestalten die Bezugnahme zum sozialen und ökologischen Umfeld, in dem sich der Klient in seinem täglichen Leben befindet, denn es fließen derlei Erfahrungen in den Gestaltungsprozeß mit ein.

Im Sinne der Ziele einer Psychotherapie mit kreativen Elementen, nämlich den älteren Menschen „freier, selbstkritischer, kreativer und beziehungsfähiger zu machen“ (Bühlmann, Schröder 1977 (S. 55), geschieht über die Auseinandersetzung mit dem „eigenen Bild“ hinaus allmählich eine Öffnung anderen Menschen gegenüber, so daß über kreative „Bildgestaltung“ auch kreative „Lebensgestaltung“ (und das heißt auch aktive Gestaltung der eigenen Umgebung) möglich wird.

## 6. Verlauf und Ebenen der therapeutischen Arbeit mit älteren Menschen unter Einbezug kreativer Ausdrucksformen

Die von Dewy, Rossmann, Wallas, Guilford, Torrance u.a. genannten vier Stufen des kreativen Prozesses (vgl. Seifge-Krenke 1974) lassen sich auch im Verlauf eines psychotherapeutischen Prozesses wiederfinden. Dabei wird hier das „tetradische System“ als Therapie-Verlaufsmodell zugrunde gelegt (vgl. Petzold 1974/1977e, 1978). Beschränkt sich der klassisch psychoanalytische Therapieverlauf in der Arbeit mit bildnerischem Gestalten auf die drei Schritte von Vorbereitung, Arbeit bzw. Aktion und Durcharbeitung (vgl. Franzke 1977, S. 146ff), so wird im „tetradischen System“ die Phase der Neuorientierung hinzugefügt, in der es darum geht, die Umsetzung der in der Therapie gewonnenen Einsichten und Erfahrungen vorzubereiten.

Die vier Stufen des kreativen Prozesses

Das „tetradische System“

### 1. *Präparation*

Wecken von Aufmerksamkeit, Problemdiagnose, Sammlung von Informationen, Lokalisation und Bestimmung der Schwierigkeit, ggf. innere Weiterbeschäftigung (Inkubation)

### *Initialphase*

Kontakt, Wahrnehmung, Problemdiagnose, Sammlung von Informationen, Vertiefung in konflikt- bzw. erlebniszentrierter Richtung

## 2. *Inspiration/Illumination*

Auftauchen der Lösung  
(oft unter starker  
emotionaler Beteiligung)

## 3. *Evaluation*

Reflexion und kritische  
Überprüfung der Lösung

## 4. *Verifikation*

Formulieren und Erproben  
neuer Möglichkeiten

## *Aktionsphase*

Produktion, Finden der Problem-  
lösung oder Gewinn neuer  
Erfahrungen

## *Integrationsphase*

Reflexion und Elaboration der  
Lösung mit dem Ziel rationaler  
Verarbeitung

## *Phase der Neuorientierung*

neue Möglichkeiten erproben,  
alte Gegebenheiten verändern.

Eine ausführliche Darstellung des therapeutischen Prozeßverlaufs kann an dieser Stelle nicht erfolgen (vgl. dazu *Franzke 1977*, S. 146-220; *Petzold 1974*, S. 387-404, 1978, S. 42-50). Es können vielmehr nur kurz einige Aspekte beleuchtet werden, die speziell bei einer Arbeit mit älteren Menschen zu berücksichtigen sind.

## 6.1 *Die Initialphase*

In dieser Phase mit diagnostisch-anamnestischer Zielsetzung muß für den Klienten, hier den älteren Menschen, und den Therapeuten der emotionale „Boden“ zu gemeinsamer therapeutischer Arbeit geschaffen werden. Für manchen Klienten ist es leichter, über eine Zeichnung oder in der Gestaltung eine belastende Situation darzustellen, als dies direkt in einem Gespräch tun zu müssen. Meist bedarf es dazu jedoch einer Anregung, Ermutigung, z. B. ein bereits gemaltes Bild einmal mitzubringen. Will der Therapeut den Gestaltungsprozeß selbst in den therapeutischen Prozeß integrieren, so bedarf es zunächst eines sehr vielfältigen und breiten Angebotes an Materialien von hohem Aufforderungscharakter, das zur freien Verfügung stehen sollte.

Des weiteren ist es angezeigt, dem Klienten Zeit zu geben, sich auf das vielfach für ihn ungewohnte Tun einzustellen, ihn entsprechend einzustimmen. So könnte eine kreative Arbeit auch durch eine Entspannungsübung eingeleitet werden. Nach *Guilford (1971, S. 157)* ist die Entspannung ein die Kreativität begünstigender Faktor. Während durch Anspannung allein Hemmnisse aufgebaut werden, ermöglicht Entspannung das Zulassen des Informationsflusses aus dem Gedächtnisspeicher. Die Fähigkeit zur Entspannung erscheint also als eine Voraussetzung für kreatives Handeln (vgl. auch *Sieper 1971*). Jedoch scheint die Entspannung als physiologischer Prozeß, durch den der Tonus reduziert wird, allein zur Förderung des kreativen Prozesses nicht ausreichend. Vielmehr muß auch die Fähigkeit zur Spannung, also zur aktiven Regulierung des Tonus, vorhanden sein. In einem Zusammenspiel dieser beiden Kräfte wird kreatives Handeln möglich (vgl. auch *Stockvis, Wiesenhütter 1964; Alexander 1974; Jacobson 1938*).

Wichtig ist, daß der Klient das Gefühl hat, sich aus eigenem Entschluß auf das bildnerische Gestalten eingelassen zu haben. In einer Gruppe älterer Menschen sind wie in jeder anderen Therapiegruppe meist einige, die erst einmal „abwarten“ wollen. Jeder sollte sich die Freiheit nehmen können, erst dann an den Aktivitäten teilzunehmen oder sich sein eigenes Ausdrucksmittel zu suchen, wenn er so weit ist; läßt sich doch auch mit dem Zögern therapeutisch arbeiten, ebenso wie vielleicht mit der „Überproduktivität“ eines anderen, dessen unbewußte Intention darin besteht, in der Gruppe „erster“ zu sein oder dem Therapeuten einen guten Dienst zu tun.

## 6.2 Die Aktionsphase

Nach Einstimmung und innerer Ausrichtung in der Initialphase (Stufe der Präparation) geht es - event. nach einer gewissen Zeit der „Inkubation“ - in die Aktionsphase (Stufe der Inspiration / Illumination). Ihr Ziel ist: Gewinn einer neuen Erfahrung durch eigenes Tun und Erleben. Der Klient wählt unter den vorhandenen Materialien und beginnt zu gestalten, wobei das, was entsteht, eine bestimmte Form und Farbe, den weiteren Verlauf der Gestaltung mitbestimmt. Der Therapeut folgt der Gestaltung, ohne steuernd einzugreifen. Eventuell sind Interventionen möglich wie: „Spüren Sie nach, was Sie jetzt erleben“ oder: „Nehmen Sie wahr, was in Ihrem Körper dabei vor sich geht“. Die therapeutische Arbeit vollzieht sich, wenn der Klient sich so weit auf sein Werk einläßt, daß er so involviert ist, als sei er es selbst. Dieses kann vom Therapeuten durch die Einführung der „Technik der Identifikation“ (Petzold 1977c, S. 160-162) gefördert werden. Wenn wir davon ausgehen, daß alles, was durch unsere Hände gestaltet wird, etwas mit unserer eigenen „Gestalt“ zu tun hat, wenn also jedes Werk von uns auch einen Teil unserer selbst darstellt, so geht es darum, uns diesen Teil wieder zu eigen zu machen („reowning“).

### 1. Beispiel\*

*Eine Teilnehmerin (69 Jahre) hat in der Arbeit mit Wachsstiften eine „Wurzel Jesse“ gemalt: ein Stamm mit zahllosen Zweigen und Ästelchen, über und über mit Blättern bedeckt, dazwischen einzelne Blüten in leuchtendem Rot, andere in zartem Blau, andere braun und verwelkt. Die Zeichnung ist absichtslos „aus der Stimmung heraus“ gestaltet worden. Nach dem in der Bildaufarbeitung geltenden Prinzip:*

---

\* Dieses und die folgenden Beispiele stammen aus Gruppen, die zusammen mit H. Petzold durchgeführt wurden.

„von der Peripherie zum Zentrum“, beginnen wir die Identifikation mit einer roten Blüte, die ganz außen am Baum plaziert ist.

Therapeut: Versuchen Sie einmal, sich in diese Blüte hineinzusetzen, und beginnen Sie einfach: Ich bin die rote Blüte!

Klientin: Ich bin die rote Blüte. Ich leuchte rot und stark. Ich dufte und habe einen Tautropfen in meinem Herzen.

Therapeut: Was fühlen Sie jetzt?

Klientin: Einen leichten Schmerz im Herzen.

Therapeutin: Was geht in Ihnen vor?

Klientin: Ich denke jetzt an die Zeit, wo ich 23 war. Eine Liebesgeschichte, wissen Sie, fast die erste. Schön und schmerzlich. Er war ganz unerreichbar, dreißig Jahre älter als ich ...

Therapeut: Was geht Ihnen jetzt durch den Sinn?

Klientin: Ich habe da schon ewige Zeiten nicht mehr dran gedacht. Das war mir ganz verloren gegangen.

In der Folge werden Bedeutungen der verschiedenen Blüten erschlossen, und die Klientin macht sich so verblaßte Perioden ihrer Vergangenheit wieder zu eigen. Die „Wurzel Jesse“ erweist sich als ihr Lebensbaum.

Eine weitere Möglichkeit zum Erleben von - vielleicht unbekanntem und abgespaltenen - Teilen des eigenen Selbst bietet der gespielte Dialog mit dem Werk selbst, mit einzelnen Aspekten oder Teilen desselben, der einzelnen Teile untereinander oder der Dialog zwischen verschiedenen eigenen Werken. Die Form des Dialogs ermöglicht einerseits eine Verdeutlichung des eigenen Standpunktes und fördert gleichzeitig - in der Identifikation mit dem Gegenstand -, daß vorher nicht zugehörig erlebte Aspekte des eigenen Selbst integriert werden können.

## 2. Beispiel

Therapeut: Versuchen Sie, mit ihrem Lebensbaum in einen Dialog zu treten!

Klientin: Du bist schon auf ein schönes Alter gekommen.

Kl. (Lebensbaum): Das kann man wohl sagen. Es ist auch schon manches Ästchen abgebrochen und mancher Ast morsch.

Klientin: Wie lange wirst du das noch durchstehen mit all den schweren Ästen, dem vielen Laub, den Winden, der Sommerhitze?

Kl. (Lebensbaum): Mein Stamm ist noch recht solide, und wenn kein Wirbelsturm kommt ... Die Herbststürme sind mir schon schwer ...

Klientin (weint ein bißchen): Der Herbst ist schon weit fortgeschritten.

Therapeut: Was sagt der Lebensbaum dazu?

*Kl. (Lebensbaum): Noch sind meine Blätter bunt und meine Wurzeln stark. Der Winter gibt mir Zeit zum Träumen.*

Eine weitere Technik für die Arbeit mit bildnerischem Gestalten mit älteren Menschen ist das Entwickeln von Phantasien zu ihrem eigenen Werk oder in der Gruppentherapie zum Werk eines anderen Gruppenmitgliedes. Wichtig erscheint, daß sich dem Klienten im Erleben die Aussage seines Werkes enthüllt. Indem er sich selbst durch sein eigenes Bild lebhaftig erfährt, erfolgt schon der Beginn der Heilung.

### **3. Beispiel**

*Nach der Sitzung mit der Klientin aus obigem Beispiel fordert der Therapeut die Gruppe auf, ihre Phantasien und Einfälle zum Bild des Lebensbaumes mitzuteilen.*

*Klient 1: Ich denke an einen alten Rosenstock, der viele hundert Jahre überschaut und dessen Blüten spärlicher werden. Er hat so viele Rosen blühen lassen, daß er ausruhen kann.*

*Klient 2: Ich stelle mir die vielen Jahresringe vor, die vielen Sommer und Winter.*

*Klient 3: Mir kommt bei Frau S. der erste Psalm in den Sinn, obwohl der vom Mann handelt, der „nicht im Rat der Frevler geht“. Da heißt es: „der ist wie ein Baum, gepflanzt an den Wasserbächen, der seine Frucht bringt zu seiner Zeit, und was er macht, das gerät ihm wohl“. (Zu Frau S.): So kommt mir Ihr Leben vor, wenn ich mir nochmal die einzelnen Stufen Ihrer Arbeit an Ihrem Lebensbaum vergegenwärtige.*

*Klient 4: Ich sehe den Herbst für mich schon im November. Mein Baum ist sehr kahlgefegt.*

Die Phantasien zum Bild der Gruppe kennzeichnen schon den Übergang zur Integrationsphase.

### **6.3 Die Integrationsphase**

Ziel der Integrationsphase (Stufe der Evaluation) ist es, das im Verlauf der Aktionsphase aufgekommene Geschehen zusammenzufassen, es transparent zu machen und kognitives Einordnen zu ermöglichen. Es wird hier also nicht mehr „agiert“, gestaltet, sondern im Verlauf des therapeutischen Gesprächs erfährt der Klient die Aussage, den Sinn seines Werkes. Auch reflektiert er über sein Erleben während der Gestaltung selbst und darüber, was dieses Erleben mit seinem übrigen Leben zu tun hat. In dieser Phase tritt also die reale Situation des Klienten wieder stärker in den Vordergrund und wird im folgenden wieder mit einbezogen. In der Gruppenarbeit muß dieses Geschehen für die Gesamtgruppe erfolgen.

#### 4. Beispiel

*Therapeut (zur Klientin gewandt): Sie haben jetzt die Einfälle der Gruppenmitglieder zu ihrem Bild gehört. Vielleicht können Sie noch einmal auf die ganze Sitzung zurückschauen und sehen, was Ihre wichtigsten emotionalen Erfahrungen waren und welche Perspektiven Sie für Ihr Leben daraus gewinnen können.*

*Klientin: Am wichtigsten war für mich das Gefühl, so viel im Leben erlebt zu haben, in all den Blumen Situationen aus meinem Leben zu finden. Das war das Wichtigste. Ich würde alles nochmal so machen und nochmal so erleben wollen, alles, auch das Schlimme ... und das Alter, mein Alter. Ich steh' eben im Spätherbst. Das Bild vom Rosenstock von Herrn B. hat mir gut gefallen. Ich werde eben weniger Röschen wachsen und blühen lassen. Die letzte Rose ist ja oft die schönste.*

*Therapeut: Was bedeutet das konkret für Ihre jetzige Lebenssituation?*

*Klientin: Ich werde an diese Arbeit denken, wenn mich die Trübsal wieder überkommt ... ja, und ich werde meine Rosen, die schönen Dinge in meinem Leben, noch mehr pflegen und genießen.*

Der Therapeut leitet zur Phase der Neuorientierung über, in der wieder kreative Medien eingesetzt werden (s.u.).

#### 6.4 Die Phase der Neuorientierung

In der Phase der Neuorientierung (Stufe der Verifikation) fließen die Erfahrungen der vorausgegangenen Phasen mit ein. Zuweilen vollzieht sich nach emotionaler Erfahrung und rationaler Einsicht spontan eine Veränderung des Verhaltens. Zum größeren Teil allerdings muß daraus resultierendes neues Verhalten erst gefunden und erprobt werden. Dieser letzte Abschnitt des therapeutischen Prozesses - der zur Selbstverwirklichung im täglichen Leben hinführt und sich letztenendes dort erst vollzieht - erhält gerade bei älteren Menschen eine besondere Bedeutung. Jahrelang gepflegte Reaktionsweisen lassen sich nicht so leicht verändern, hat sich doch auch häufig die Umwelt so darauf eingerichtet, daß eine Veränderung auch diese vor neue Probleme stellt. Neuorientierung im Sinne einer Vorwegnahme der zu gestaltenden Situation ist für den älteren Menschen notwendig, gibt sie ihm doch eine konkrete Orientierungshilfe. Steht die Frage einer Veränderung an, so ist diese in jedem Falle in den therapeutischen Prozeß mit einzubeziehen.

In den aktiven psychotherapeutischen Verfahren wird dazu vor allem die Technik des verhaltenstherapeutischen Rollenspiels, des „Behaviordramas“ verwandt. Es gibt aber auch Möglichkeiten, das bildnerische Gestalten einzusetzen und Fragen wie z.B. „Wie sehe ich meine

Situation jetzt?“ „Was werde ich morgen erleben?“ bildnerisch gestalten zu lassen. Diese Ansätze lassen es jedoch zuweilen an Konkretheit fehlen. Realitätsbezug ist jedoch ein unabdingbares Postulat gerade dieser Phase.

## 5. Beispiel

*Therapeut: Ich möchte vorschlagen, daß jeder sich einen neuen Bogen nimmt und einmal aufzeichnet, welche Bereiche er in seinem Leben mehr pflegen müßte und könnte. Frau S., Sie haben ja schon einige konkrete Situationen im Auge gehabt, und die Anderen werden sicher auch welche finden.*

*Die Klienten beginnen zu malen. Überwiegendes Thema ist: mehr Zeit mit den Kindern und Enkeln verbringen. Es werden Familienszenen, Spielplätze, Festessen u.ä. gemalt. Zwei Teilnehmer zeichnen prächtige Gärten, sie wollen ihr Gärtnerhobby stärker pflegen. Eine Teilnehmerin malt eine Volière mit vielen bunten Vögeln. In der nächsten Stunde sprechen wir diese Bilder durch, sehen, wie realistisch und realisierbar die Wunschvorstellungen sind, und finden dadurch Einstieg in neue Arbeit.*

Bildnerisches Gestalten kann als *eine* Möglichkeit von vielen gelten, sich selbst und Anderen zugänglicher zu werden. Deshalb liegt der Schwerpunkt zum Einsatz kreativer Medien wohl vor allem in der Initialphase zur Auflockerung (*unfreezing*) und projektiven Produktion, sowie in der Aktionsphase zur Bewirkung kathartischer Entlastung oder emotionaler Höhepunkterfahrungen (*peak experience*, vgl. Maslow 1964), durch die sich Veränderungen (*change*) vollziehen und sich neues Verhalten im Sinne von Lewins „*refreezing*“ stabilisiert.

## 6.5 Arbeit mit kreativen Medien auf den verschiedenen Ebenen therapeutischer Tiefung

Die Arbeit mit kreativen Medien vollzieht sich, betrachtet man sie unter dem Aspekt der therapeutischen Tiefung, vorwiegend auf den Ebenen 2 und 3. Mögliche Ebenen sind: 1. die Ebene der Reflexion, 2. die Ebene der Vorstellung und Affekte, 3. die Ebene der Involvierung und 4. die Ebene der autonomen Körperreaktion (vgl. Petzold, 1977, S. 483-489). Auf der Ebene der Vorstellung und Affekte (2) läßt der Klient das von ihm Gestaltete auf sich zukommen, und zwar unter zunehmender emotionaler Beteiligung. Auf der Ebene der Involvierung (3) hat das Geschehen, das Gestaltete, Wirklichkeitscharakter. Die gesamte Person läßt sich davon betreffen, die Identifikation mit dem ei-

genen Werk wird vollzogen. Auch die Ebene der autonomen Körperreaktion (4) wird in manchen therapeutischen Situationen erreicht werden, kann z.B. die Arbeit mit Ton, das Kneten von Lehm doch durchaus Gedächtnisspuren frühester Kindheit aktivieren.

Selbstverständlich gehört auch die Ebene der Reflexion (1) zur Arbeit mit kreativen Medien. Sie kann am Anfang, und muß in jedem Falle aber am Ende eines therapeutischen Prozesses stehen. Fragen wie: „Was hat das Bild / Werk mit mir zu tun?“, „Warum habe ich dieses Motiv, diese Medien gewählt?“ haben vor allem in der Integrations- und Neuorientierungsphase ihren Sinn.

## 7. Möglichkeiten des Einsatzes verschiedener kreativer Medien in der psychotherapeutischen Arbeit mit alten Menschen

Im folgenden sollen einige Verwendungsmöglichkeiten verschiedener Medien im Rahmen einer Therapie mit alten Menschen erörtert werden. Dem Interessierten soll damit ein kleiner Einblick in bestimmte Techniken zum Umgang mit bildnerischem Gestalten gegeben werden. Allerdings muß dabei berücksichtigt werden, daß es sich bei Techniken nur um Instrumente handelt, die der Therapeut aus seiner Kompetenz einsetzt. Als Variablen, die seine Wahl und den spezifischen Gebrauch der Techniken mitbestimmen, seien hier noch einmal schwerpunktmäßig genannt: der Klient mit seinen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Defiziten auf dem Hintergrund seiner früheren, aktuellen und zu erwartenden Lebensbezüge, der Therapeut mit seiner spezifischen Kompetenz (d.h. mit seinem theoretischen und praktischen Wissensfundus), das Anliegen oder Problem, um das es in der Therapie geht und das Umfeld, in dem die Therapie stattfindet.

Wie bereits im Abschnitt 6.1 über die Initialphase des therapeutischen Prozesses erwähnt, ist beim Einsatz *jedes* kreativen Mediums der Aspekt der Einstimmung, der Ausrichtung auf den Gestaltungsprozeß, zu beachten. So entwickelte *Gallée* (1973, S. 209) ein Übungsprogramm „Praxis der kreativen Fantasie-Entfaltung“ für Erwachsene, bei dem er als Eingangs- und Aufwärmphase mit einem konzentrativen Körpertraining („Entspannung, Spannung und Konzentration durch Klang und Bewegung“) beginnt. Dann erst folgen: Bewegungszeichen nach Musik und Grunderfahrungen im schöpferischen Gestalten. Auf die Verwendungsmöglichkeiten von Bewegung und Musik weisen *Petzold / Berger* und *Frohne* (vgl. dieses Buch) hin.

Allen diesen Ansätzen liegt das Konzept der „awareness“, der bewußten Wahrnehmung, zugrunde. Diese geht jedem kreativen Prozeß voraus, ja, sie ist selbst Bestandteil der Kreativität. „... schon die Wahrnehmung ist kreativ, nicht erst die Produktion“ (v. Hentig 1967, S. 589). Erst aufgrund einer Wahrnehmung als „Eindruck“ wird reagiert: es folgt ein „Ausdruck“, z.B. mit Hilfe eines Mediums, etwa der Sprache, der Gestik, einem Bild. So betrachtet, ist es sinnvoll, ein Awareness- oder Bewußtheitstraining an den Beginn einer therapeutischen Sequenz zu stellen. Es wird damit eine Fähigkeit eingeübt, die während des gesamten Gestaltungsprozesses, darüberhinaus aber für das gesamte Leben des Klienten, von Bedeutung ist.

## 7.1 Zeichnen und Malen

Zeichnen und Malen bieten vom Materialangebot her ausgesprochen vielfältige Möglichkeiten des Ausdrucks. Für das Produzieren projektiven Materials stehen Medien zur Verfügung von Bleistiften, Buntstiften, Kohle, Kreiden bis zu Aquarell-, Wasser-, Plaka- und Fingerfarben.

Dem Therapeuten müssen die unterschiedlichen Möglichkeiten, mit den diversen Materialien umzugehen, bekannt sein. Bleistift- und Buntstiftzeichnungen erlauben z.B. mehr emotionale Distanz als Fingerfarben (vgl. *Franzke 1977*, S. 83). Mag die erste Begegnung mit Fingerfarben auch noch so zaghaft und ungewohnt sein, wird doch durch ihre „Hautnähe“ ein freies Sich-Ausdrücken bis hin zu großräumigen Bewegungen begünstigt. Bleistiftzeichnungen haben hingegen den Vorteil, daß sie eine klare und auch zarte Linienführung zulassen. Sogenannte Laufaquarelle eignen sich besonders für einen weichen, gefühlhaften Ausdruck und erleichtern dem Klienten den Einstieg, da zumindest die erste Phase der Bildkomposition eher dem Zufall überlassen bleibt.

Materialien wie Wachsmalstife, Wachsmalblöcke und dicke Kreiden eignen sich vor allem zum Einarbeiten, zum Gewöhnen an den Strich, muß doch gerade ein älterer, häufig motorisch nicht mehr so geübter Klient sich erst wieder langsam in den Malvorgang, in die Linienführung einfühlen. Auch können mit den genannten Materialien auf grossen Papierbögen gut Bewegungsansätze aus der Körpersprache übertragen werden.

Zu Beginn kann den Klienten vorgeschlagen werden, sich eine Farbe auszuwählen und mit dieser auf einem großen Blatt zu experimentieren. Des Weiteren ist es möglich, daß zwei Farben gewählt werden, so daß jede Farbe von einer Hand geführt wird: es entsteht ein Dialog

zwischen den gestaltenden Händen, der häufig Gegensätze in der Persönlichkeit deutlich werden läßt. Gefühle wie Freude, Zorn, Schmerz die während der Gestaltung zum Tragen kommen, gilt es dann in der weiteren Arbeit zu integrieren (vgl. *Petzold 1977c*, S. 117).

Vor Verallgemeinerungen bezüglich der Bewertung der Farbwahl ist allerdings zu warnen (zur Bedeutung der Farbwahl vgl. aus unterschiedlicher Sicht *Jacobi 1969*, *Lüscher 1949*). Vielmehr sind das Erleben des Klienten selbst und seine eigenen Assoziationen ausschlaggebend.

In der Psychotherapie mit älteren Menschen bietet es sich an, neben dem Malen nach eigenen Impulsen und eigener - vielleicht zunächst unbewußter - Themenwahl auch das Malen nach einer bestimmten Themenstellung einzuführen. Dieser Ansatz hat sich vor allem in der Gruppenarbeit bewährt. Neben allgemeinen Themenvorschlägen wie „Ein Baum“, „Ein Haus“, „Zweisamkeit“ „Ich-Du-Wir“ (vgl. auch *Franzke 1977*), wie sie vor allem in psychoanalytisch orientierter Behandlung üblich sind und die einen Zugang zur Persönlichkeitsstruktur des Klienten ermöglichen, eignen sich vor allem Themen, die das Durcharbeiten des Alternsprozesses selbst und der damit verbundenen Probleme anregen.

Eine intensive Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Älterwerden ermöglicht das Zeichnen der eigenen „Lebenslinie“ bzw. des Lebenspanoramas, eine von *Petzold (1977b, S. 117, 1979e; Eilenberger 1979)* entwickelte Methode der Kreativen Therapie. Nach kurzer Ankündigung der Themenstellung, der Wahl einer Farbe und einer Phase von Entspannung wird der Klient aufgefordert, seine Lebensjahre - begonnen bei seinem effektiven Alter - bis zu seiner Geburt, ja seiner Zeugung in Gedanken zurückzuzählen. Der Lebensweg sollte dann, vom Zeitpunkt „Null“ ab, in seiner Ganzheit zunächst mit der ausgewählten einzigen Farbe gezeichnet werden. Bei der Gegenwart angelangt, kann der Weg - prospektiv - in die Zukunft fortgesetzt werden. Auf diese Weise lassen sich Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen, z.B. ein baldiger Tod, konkretisieren. Ist der Lebensweg als Linie gezeichnet, kann diese mit weiteren Farben als „Panorama“ ausgestaltet und illustriert werden.

Dieses Verfahren, das sich auch ausgesprochen als diagnostisches Instrument eignet, kann für einen älteren Menschen ungeheuer erlebnisintensiv sein, wird hier doch die Frage nach dem Verlauf und Sinn des eigenen Lebens und seiner Endlichkeit sehr konkret thematisiert. Deshalb sollte eine solche Technik erst dann verwandt werden, wenn die therapeutische Beziehung stabil genug ist und sich der Patient selbst nicht in einer akuten Krise befindet. Außerdem ist es wichtig, daß das

Lebenspanorama in einer einzigen Sitzung (das sind erfahrungsgemäß 2 Stunden) gezeichnet und voll illustriert wird. Auch sollte die Zeichnung vor der Aufarbeitung dem Klienten nicht zur freien Verfügung überlassen werden.

Bei der Bearbeitung der Lebenslinie muß der Therapeut darauf gerichtet sein, nicht nur die negativen Erlebnisse und Erwartungen zu aktualisieren, sondern auch die positiven Seiten der Lebensgeschichte zu erhellen und zu unterstreichen. Die Durcharbeitung des Lebenspanoramas erfolgt nach den Prinzipien, wie sie sich in der Arbeit mit Träumen bewährt haben (vgl. *Petzold*, 1977c, S. 147-175). Sie umfaßt folgende Bereiche:

- a) das Ganz wird betrachtet,
- b) die Details im Ganzen werden näher bearbeitet,
- c) die Gesamtatmosphäre des Bildes wird beleuchtet, bietet sie doch einen Ansatzpunkt zur Integration.

## 7.2 Modellieren, Tonarbeit

Sind die Ausdrucksmöglichkeiten beim Modellieren mit Ton, Plastilin, Modelliermasse, Pappmaché u.a. auch nicht so vielfältig wie beim bildnerischen Gestalten, so kann doch durch Hinzukommen der dritten, räumlichen Dimension und durch den dadurch zu erreichenden Eindruck von Körperlichkeit - z.B. beim Gestalten einer Figur - eine besondere Erlebnisintensität erreicht werden.

Zum Vertrautwerden mit dem zu formenden Material eignet sich Ton am besten. Das Befühlen, Durchkneten, Anrühren des Tons, das Experimentieren mit den verschiedenen Mischverhältnissen und der unterschiedlichen Formbarkeit in den verschiedenen Trockenheitsstadien können eine wichtige stimulierende Funktion haben. Bei älteren Menschen sollte eine ausgedehnte Phase der Begegnung mit dem Material eingeräumt werden, sind doch die meisten damit nicht vertraut. Die anschließende Gestaltung aus dem augenblicklichen Gefühl heraus führt häufig zum Erleben und Entdecken von vorher nicht bekannten Gefühlen und Elementen des eigenen Selbst.

Auch kann durch das Material selbst eine Assoziation hervorgerufen werden. Der biblische Satz „Von der Erde bist du genommen, zur Erde sollst du zurückkehren“ kann so plötzlich im Ton „greifbar“ werden und den älteren Menschen in seinem tiefsten Kern betreffen. Vom Therapeuten, der ein solches Thema auch vorgeben könnte, wird allerdings ganz besonders behutsames Vorgehen verlangt.

Zur beständigen Weiterarbeit am gleichen Werkstück im Rahmen einer therapeutischen Sequenz eignet sich allerdings geschmeidige Mo-

delliermasse besser als Ton. Franzke (1977, S. 88) hebt dazu hervor: „In der Weiterformung und Ausgestaltung solcher Identifikationsfiguren spiegeln sich die Arbeit am Ich, Fortschritte und Rückfälle sowie die gesamte Entwicklung wider“ (vgl. dazu auch Sechehaye 1947; Pan-kow 1968). Der integrative Ansatz kreativer therapeutischer Arbeit hat eine eigene Methodologie für den Umgang mit Ton entwickelt (Pet-zold 1979b; Köllermann 1979; Kirchmann 1980), in der die Identifikation mit dem Material und mit dem gefertigten Produkt eine große Rolle spielt.

## 6. Beispiel

*(Arbeit mit zwei Therapeuten und einem Klienten von 71 Jahren in der Gruppe)*

*Therapeutin: Lassen Sie den Tonklumpen durch die Hände gleiten und spüren Sie sein Gewicht, seine Kühle, seine Form, geben Sie ihm die Form, die Sie wünschen!*

*Der Klient knetet den Tonklumpen vorsichtig und wiegt ihn in den Händen hin und her.*

*Therapeutin: Geben Sie den Empfindungen nach, die Ihnen beim Gestalten aufkommen.*

*Der Klient greift heftiger in den Ton, drückt seine Finger hinein und schlägt den Klumpen breit, läßt ihn klatschend niederfallen.*

*Therapeut: Ja, ruhig allen Impulsen nachgeben ... fester!*

*Klient: Mist! Hart das Zeug! Eine Plackerei ist das!*

*Therapeutin: Woran erinnert Sie das?*

*Klient: Na, an Arbeit! Die hab' ich genug geschmeckt im Leben! (Walkt den Klumpen mit geschlossenen Augen weiter.) Ja, Arbeit gab's genug. Bin froh, daß ich die alten Knochen ausruhen kann. Schon mit 14 in der Rüstungsfabrik im ersten Weltkrieg. Nix zu fressen gab's. Schon mit acht auf'm Acker. (Knetet verbissen weiter.)*

*Therapeut: Lassen Sie Ihre Hände ruhig machen, so wie sie wollen.*

*Der Klient ist in Schweigen verfallen und beginnt, eine Kugel zu formen, die er immer runder und glatter dreht. Er streicht sie mit den Händen, nimmt sie hoch ans Gesicht und beginnt, die Kindskopf-große Kugel an die Wangen zu schmiegen. Nach einer Zeit beginnen Tränen zu rinnen, leise, ohne Schluchzen.*

*Therapeutin: Versuchen Sie zu sagen, was ist.*

*Klient: Zu früh ... viel zu früh! (weint) Alles war damals zu früh, zu hart. Ich war ja noch so klein, wie der Tonkopf hier.*

*Therapeut: Lassen Sie den Tonkopf sprechen!*

*Kl. (Tonkopf): Niemand hat mich so gehalten. Ich mußte für alle sorgen. Die anderen waren noch kleiner. Der Vater war weg, die Mutter*

hat's nicht geschafft. Gute Arbeit gab's nicht. In der Granatengiesserei hab' ich geschuftet, die Knochen abgearbeitet ... (weint noch eine Zeit) ... Gott sei Dank, das ist vorbei, das ist vorbei ... und es kommt auch nie wieder für dich (streichelt über die Tonkugel; zur Therapeutin): Das ist, als wenn ich mich selbst streichel, so wie wenn ich was nachhole ...

Therapeutin: Ja, nehmen Sie sich ruhig noch etwas Zeit mit dem Streicheln.

Es schließt sich das Sharing mit der Gruppe an.

### 7.3 Die Arbeit mit Handpuppen und Marionetten

Eine besonders gute Möglichkeit kreativer Therapie mit alten Menschen ist das Anfertigen von Handpuppen und Marionetten und das anschließende Spiel mit ihnen. Zur Anfertigung von Handpuppenköpfen ist aus Gründen der Leichtigkeit Papiermaché zu empfehlen. Schon in der Wahl der Puppenfigur - ob eine Aggressionspuppe wie ein Wolf oder ein Krokodil, eine Protektionspuppe wie ein Polizist oder König, eine Familienpuppe wie ein Kind, eine Oma oder eine Phantasiepuppe nach eigener Vorstellung (Petzold 1975a) - kommen unbewußte Wünsche, Phantasien und Bedürfnisse zum Ausdruck. Individuelle Formgebung und Bemalung, das eigene Gestalten der Kleidung und das Planen des Bewegungsspielraumes einer Puppe bzw. Marionette begünstigen eine Identifikation mit den Figuren. Durch diese kann der Klient, auch der ältere Mensch, im anschließenden Puppenspiel die Puppe das ausdrücken lassen, was er selbst von sich aus noch nicht in Wort zu fassen vermag.

Wenn auch das Handpuppenspiel vornehmlich zur Behandlung von Kindern (vgl. Rambert 1969, Petzold, Geibel 1972) eingesetzt wird, so hat sich doch auch seine Verwendung bei erwachsenen Klienten bewährt (vgl. Lancaster 1951; Pfeiffer 1965, 1966, Petzold 1975a; Bermudez 1975). Ist der alternde Mensch auch nicht wie ein Kind an den Umgang mit Puppen gewöhnt, so findet er durch seine Kindheitserinnerungen doch relativ schnell erneut Zugang. Das Gestalten von Puppen und das anschließende Spiel - es kann in der therapeutischen Einzelsitzung durchaus mit einem Monolog der gefertigten Puppe beginnen, sich dann im Dialog zwischen der Puppe und dem Klienten fortsetzen und später, vielleicht in einer Gruppensitzung, auf den Dialog und die Interaktion zwischen anderen Puppen erweitert werden - schafft Möglichkeiten der Auflockerung, bietet symbolische Ausdrucksmöglichkeiten und vermag eine direktere Auseinandersetzung im psychodramatischen Rollenspiel (vgl. Petzold dieses Buch) vorzubereiten. Trauma-

tische, unbewußte Konflikte werden aufgedeckt, im Spiel dramatisiert und somit auf der symbolischen Ebene ausagiert.

Für die Arbeit mit Handpuppen und Marionetten in der Therapie Älterer spricht ferner, daß das Herstellen von Figuren und das Betätigen derselben einige Fingerfertigkeit voraussetzt. Es wird somit also dadurch die sensomotorische Koordinationsfähigkeit geschult und trainiert. Außerdem hat der im sprachlichen Ausdruck nicht so Versierte die Gelegenheit, sich durch die Puppe „freizusprechen“, ohne dabei allzu große Hemmungen überwinden zu müssen.

#### 7.4 Poesietherapie - Arbeit mit gestaltetem Wort

Im integrativen Ansatz der kreativen Therapie wird, wo es angebracht erscheint, mit gestaltetem Wort gearbeitet. Dabei kann auf den klassischen Ansatz der „rezeptiven Poesietherapie“ von *Leedy* (1969) zurückgegriffen werden, der Texte aus der Literatur verwendet und diese, über die „Biblio- oder Lesetherapie“ hinausgehend, mit den Patienten liest und durchspricht, oder auf den von *Petzold* und *Iljine* entwickelten Ansatz der „dynamischen Poesietherapie“ (*Petzold, Orth* 1979), in der mit den Patienten in einem kreativen Prozeß mit Worten Prosatexte und Verse geschaffen werden, die Ausdruck der Gefühle und Regungen der Gestaltenden sind. Beide Formen lassen sich gut verbinden und ergänzen sich genauso wie die passive (rezeptive) und die aktive (produktive) Musiktherapie (*Strobel, Huppmann* 1978, S. 69ff.).

*Leedy* (1969) gibt für die Poesietherapie folgende Zielsetzungen an: „Poesie ermutigt Patienten, ihre Gefühle zu erforschen, tiefer zu empfinden, ihre emotionale Bandbreite auszudehnen und dabei auch Muster der Erfüllung und Kontrolle zu entdecken.“ Weiterhin soll Poesietherapie Patienten helfen, „ihre emotionalen Störungen leichter zu ertragen, zum Prozeß ihrer Gesundung beizutragen und eine Lebensphilosophie zu entwickeln, die ihrer Anpassung an ihre unglückliche Situation entgegenwirkt.“

*Petzold* und *Orth* (1979) kommen für das „rezeptive“ Verfahren zu der Feststellung: „Die Poesietherapie von *Leedy* scheint uns besonders geeignet für chronisch Kranke, Depressive, abgebaute Psychotiker und Alterspatienten, die sonst nur noch schwer erreicht werden können.“

Der tröstende und aufbauende Effekt von Gedichten und Prosastücken, die entsprechende Seiten im Patienten zum Schwingen bringen, ist nicht zu unterschätzen. Jede große Literatur, sei es nun die Tiefe klassischer Dichtung oder die Schlichtheit eines Liedtextes aus der Volkskunst, „vermag den Leser zu berühren und nicht nur Katharsis,

sondern Integration zu bewirken. Der Leser partizipiert an der Empfindung und Integrationsleistung des Dichters“ (Petzold, Orth 1979). Die „dynamische Poesietherapie“ geht mit den Texten „erlebnisaktivierend“ um. Den Patienten wird der Text zum Lesen gegeben oder vorgelesen, und die stimulierte emotionale Reaktion wird aufgegriffen und mit Gestaltmethoden vertieft und durchgearbeitet. Der rein passiv-rezeptive Ansatz wird zu einem rezeptiv-produktiven ausgeweitet. Gerade für Hochbetagte bietet eine solche Vorgehensweise einen guten Zugang. Das Vorlesen und das erlebnisaktivierende Gespräch bietet eine ausgezeichnete Kommunikationsmöglichkeit.

## 7. Beispiel

*(Therapie mit einer 87jährigen fast blinden Frau)*

*Therapeutin: Ich habe Ihnen heute einen Liedtext mitgebracht, der mir vor einigen Tagen in die Hände gefallen ist. Soll ich es Ihnen vorlesen? Sie kennen es vielleicht. Es ist ein Abendlied.*

*Klientin: Ja gerne. Ich höre Sie so gerne lesen!*

*Therapeutin: Abend wird es wieder*

*Über Wald und Feld*

*säuselt Frieden nieder*

*und es schläft die Welt.*

*Nur der Bach ergießet*

*sich am Felsen dort ...*

*(Es wird das ganze Lied langsam und klar vorgelesen.)*

*Klientin: Das war ein schönes Lied. Ja, ich kenne es (singt die erste Strophe).*

*Therapeutin: Ich finde, der Text fängt den Abendfrieden gut ein.*

*Klientin: Ja, das stimmt. Ich entsinne mich da an viele friedliche Abende. Ich habe viele Jahre auf dem Land gewohnt, müssen Sie wissen. Wenn dann abends der Nebel aus den Wiesen stieg, das war schon schön.*

*Therapeutin: Ja stellen Sie sich das ruhig vor, wie das war.*

*Klientin: Sehen kann ich das ja alles nicht mehr, aber ich kann's mir jetzt gut vorstellen. Da zieht einem der Friede richtig in's Herz. Glauben Sie mir, der Friede ist schwer zu behalten. Sehr schwer! Ich habe eben zu viel Schmerzen, und daß ich nicht sehen kann.*

*Therapeutin: Ich weiß. Aber Sie können doch mit dem inneren Auge sehen.*

*Klientin: Ihre Gedichte helfen mir sehr dabei. Manchmal sage ich mir auch welche vor mich hin. Ich kann nur zu wenig. Lesen Sie's mir bitte nochmal.*

*Therapeutin: Gerne.*

Das therapeutische Procedere solcher Sitzungen mit Hochbetagten ist vom Fassungsvermögen und der Ansprechbarkeit der Patienten bzw. Klienten bestimmt. Es ist gut, möglichst regelmäßig Texte zu bringen, die bekannt sind, weil sie bessere Anknüpfungspunkte bieten. Rezeptive bzw. rezeptiv-produktive Poesietherapie kann auch mit schwer Infirmen, Apoplex-Patienten, mit denen sprachliche Kommunikation nicht mehr möglich ist und eine Verständigung nur über Kopf- und Augenzeichen erfolgt, eingesetzt werden. Sie eignet sich, wie *Petzold* (1979b) beschrieben hat, auch für die Arbeit mit Sterbenden.

Im dynamischen Vorgehen wird die kreative Produktivität des Klienten stimuliert. Es ist in diesem Sinne „aktivierender“. Wenn man den Klienten vermitteln kann, daß es nicht darauf ankommt, ein „Kunstwerk“ herzustellen, sondern das auszudrücken, was man fühlt, so können auch sehr einfache und alte Menschen ermutigt werden, Gedichte und Prosatexte zu schreiben:

Das Leben war ein schweres Leben  
Das Leben war ein schönes Leben  
Das Leben war ein langes Leben  
Ich danke Gott, der's mir gegeben.

(Johannes, 73 J.)

Auf altem Holz schimmert der Tau im Moos,  
duftet die Rinde - morsch.  
Sie ist der Erde schon so nah.  
Der hohe Stamm, auf dem einst Vögel sangen,  
jetzt huschen goldne Käfer über ihn.

(Johanna, 81 J.)

Das Haus für mein Herz ist alt geworden.  
Das Herz für mein Haus ist alt geworden.  
Ich bin alt geworden.  
Mein Herz ist alt geworden.  
Die Sonne scheint durch die Spinnweben.  
Der Wind streicht durch die Fugen  
warm, frisch, kalt.  
Hüte dich, mein Herz, vor dem Frost!

(Kläre, 73 J.)

Die Texte wurden nach dem integrativen Verfahren aufgearbeitet: mit Identifikationstechnik, Dialog, Phantasie etc.

## 8. Beispiel

*Therapeut: Johanna, können Sie einmal die Rolle des Taus auf dem Stamm übernehmen?*

*Johanna (Tautropfen): Ich bin ein Trautropfen. Ich schmücke dich, wie ein Diamant auf grünem Samt. Die Sonne spiegelt sich in mir. Aber ich weiche dich auch auf, dringe in dein morsches Inneres.*

*Therapeut: Was sagt der Stamm dazu?*

*Johanna (Stamm): Ich habe viele Jahre Regen und Wind getrotzt. Jetzt bin ich alt und morsch. Ich gebe Nahrung für neue Bäume und Pflanzen. Für das Moos. Ich habe Zeit, das Moos anzuschauen und den Tau darauf.*

*Therapeut: Was sagt das Moos?*

*Johanna (Moos): Ich bin ein grüner Teppich, eine weiche Decke. unter mir vergißt der Stamm die rauhen Winde ... und die Vögel (wird traurig).*

*Therapeut: Spielen Sie die Vögel! Was sagen die?*

*Johanna (Vögel): (lacht) Wir suchen uns neue Bäume.*

Der dynamisch-produktive Ansatz der Poesietherapie bietet noch viele Möglichkeiten. Die Gruppe kann kollektiv ein Gedicht machen oder ein Stück schreiben (wie im therapeutischen Theater). Sie kann zu Gedichten Phantasien bilden. Die Gedichte und Texte werden in der Gruppe vorgelesen, und alle lassen den jeweiligen Text auf sich wirken. Dann wird über ihn gesprochen oder mit Gestaltmethoden aufgearbeitet.

## 7.5 Märchen- und Pantomimenspiel

Das Märchenspiel (Clauser 1959; Franzke 1977) ist für die Arbeit mit alten Menschen gut geeignet. Dieses kreative Verfahren bietet Möglichkeiten, an Vorhandenes anzuknüpfen. Das Märchen war von jeher eine Domäne des alten Menschen. Alte Leute waren die Märchenerzähler. Sie gaben die überlieferten Geschichten weiter. Dies ist auch heute vielfach noch so. Die Großmutter liest vor.

Die Arbeit mit Märchen im integrativen Ansatz kreativer Therapie ist von Petzold (1975) und neuerdings von Lückel (1979) dargestellt worden. Es gibt dabei verschiedene Möglichkeiten des Vorgehens:

1. Dramatisierung eines Märchens als „Märchenspiel“;
2. Gestalttherapeutische Aufarbeitung durch Identifikation mit den einzelnen Märchenfiguren;
3. pantomimische Darstellung;
4. das Märchen weitererzählen oder umgestalten;

5. ein neues Märchen für die Gruppe oder als Gruppe gemeinsam erfinden.

Märchenspiel wird von alten Menschen gut aufgenommen. Einige übertragen sogar die Methodik der psychodramatischen, pantomimischen oder gestaltischen Märchenarbeit in die Situationen mit ihren Enkeln. Das Märchenspiel und -erzählen erschließt die Dimension des Symbolischen in der therapeutischen Gruppenarbeit in sehr schöner Weise. Wer wählt welche Rolle? Was verbindet er mit der Rolle? Was wehrt er mit ihr ab? Dies sind einige Fragen, von denen man ausgehen kann.

Von Interesse sind Arbeiten über die „alte Hexe“, den alten, sterbenden Vater oder König, der seine Söhne nach dem Wasser des Lebens aussendet, über die böse alte Stiefmutter oder die gute Fee. Altersstereotype, wie sie in den Märchen tradiert worden sind, können reflektiert und im Hinblick auf das eigene Verständnis der Altersrolle betrachtet werden. Das Wasser des Lebens ist ein besetztes, aber fruchtbares Thema, Gvatter Tod ein anderes. Der Tod spielt in vielen Märchen eine wichtige Rolle: das Märchen ist oft Ausdruck für die Bewältigung der Todesproblematik. Es kann deshalb im Gruppengespräch und im Märchenspiel zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der Alters- und Todesfrage führen.

Die Pantomime (Horetzky 1960) kann hierbei wie auch als eigenständige Methode pantomimischer Improvisation von Nutzen sein. Das Ausblenden der Sprache vermag die Atmosphäre zu verdichten. Alte Menschen sind zu einem sehr ausdrucksstarken Pantomimenspiel fähig und greifen dieses Medium auch gerne auf. Im Improvisationstraining des Therapeutischen Theaters (Petzold 1979a) sind Mime und Pantomime ja ausgiebig eingesetzt. Derartige Übungen sind gerade für die Arbeit mit behinderten und bettlägerigen alten Menschen von Wert, da mit Händen, Armen, der Gesichtsmimik noch viel ausgedrückt werden kann, wo die Sprache nicht mehr zur Verfügung steht.

## 7.6 Das Fertigen von Collagen/Bildmontagen

Das Fertigen von Collagen bzw. Bildmontagen ist vor allem für die Klienten geeignet, die von sich glauben, nicht malen zu können. Außerdem gehen von den Grundmaterialien wie Zeitschriften, Bildern, Muscheln, Steinen, Bildern, Fotos, Blättern usw. viele Anregungen und Aussagemöglichkeiten aus. Ob einem vorgegebenen Thema oder ihrem augenblicklichen Impuls folgend, sichten die Klienten das Material und wählen die ihnen ins Auge springende Teile aus. Im Sinne eines „projektiven Tests“ werden auch hier Wünsche, Vorstellungen

und Konflikte ausgedrückt, die dann in der Integrationsphase durchgearbeitet werden können.

Das Erstellen einer Collage kann als Einzelarbeit erfolgen, z. B. wenn es darum geht, persönliche Probleme darzustellen oder etwas von sich selbst deutlich werden zu lassen. Zum Beispiel kann eine große Papiertüte beklebt werden unter der Themenstellung „Dinge, die mir in meinem Leben etwas bedeuten“. Die Arbeit mit Bildmontagen eignet sich aber besonders zu Paar- und Gruppenarbeit. In einer Collage wird durch die Vielfältigkeit und Verschiedenartigkeit des Materialangebotes häufig eine dichtere Aussagequalität erreicht, als es durch rein verbalen Ausdruck möglich wäre.

Die Arbeit mit Collagen bei alten Menschen wurde ausführlich beschrieben und mit einem Sitzungsprotokoll illustriert in *Petzold 1977a* (S. 229-231).

## 8. Schlußbemerkung

Ich hoffe, daß mit der vorliegenden Arbeit die Breite und Vielfältigkeit der Verwendungsmöglichkeiten kreativer Medien und Verfahren für die Arbeit mit alten Menschen deutlich geworden ist. Dabei wurde nur eine Auswahl gegeben (für eine vollständige Übersicht vgl. *Petzold 1975b*). Die Möglichkeiten des dramatischen Spiels, der Bewegungsarbeit und des musikalischen Gestaltens wurden nicht aufgegriffen. Sie sind an anderer Stelle in diesem Buch dargestellt. Auch der breite Bereich imaginativer Verfahren (*Gestalt, imagerie mental, rêve éveillé*, vgl. *Frétigny, Virel 1968; Desoille 1961*) wurde nicht behandelt.

Es dürfte aber auch deutlich geworden sein, daß die Verfahren kreativer Therapie nicht auf Beschäftigungstherapie oder freizeit-pädagogische Aktivitäten beschränkt werden können und dürfen (*Kubie, Landau 1973; Dewdney 1975; Lejeune 1971*), sondern daß es sich um differenziertere Ansätze handelt, die ein hohes Potential der Aktivierung für intensive emotionale Prozesse und biographisches Material haben. Sie gehören deshalb in die Hände eines Fachtherapeuten mit psychoanalytischer und/oder gestalttherapeutischer Ausbildung und mit entsprechender Spezialisierung im kreativen Bereich. Die Gefahren dilettantischer Arbeit sind gerade im Umgang mit alten Menschen erheblich, da durch die evozierende Kraft der Medien bei unangemessener Handhabung Prozesse ausgelöst werden können, die zur physischen und psychischen Dekompensation führen können. Tonarbeit im Übertragungskontext der therapeutischen Beziehung oder der thera-

peutischen Gruppe ist eben nicht „nur Kneten von Ton und etwas Schönes Modellieren“. Dessen muß man sich bewußt sein.

Es gibt grundsätzlich zwei Ansätze der Arbeit mit kreativen Medien, die theoretisch und methodisch fundiert sind - und ohne eine solche Fundierung sollte nicht gearbeitet werden -: das sind die psychoanalytisch orientierten Verfahren (Derbolowsky 1970; Franzke 1977 u.a.) und die gestalttherapeutisch begründeten Verfahren (Petzold 1972, 1975b; Lückel 1979; Rhyne 1973 u.a.), die aufgrund der psychoanalytischen Provenienz der Gestalttherapie gleichfalls tiefenpsychologische Aspekte inkorporieren.

Ich habe im vorliegenden Beitrag versucht, den Ansatz der Integrativen Therapie und der in ihr praktizierten Methoden kreativer Therapie darzustellen, wie er am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ entwickelt wurde. Dieser Ansatz erschließt die Möglichkeiten der kreativen Medien in spezifischer Weise, so daß die ganze Breite ihres Ausdruckspotentials verfügbar wird. Die starke Betonung des stimulierenden, aktivierenden und expressiven Aspektes ist es, die diesen Ansatz für die Arbeit mit alten Menschen besonders geeignet macht, der die These vertritt: „*There is no end to integration and there is no end to creation*“ (Petzold 1975b, 1979f)

#### Literatur

- Alexander, P. K. (1974): Die Lehre von der Entspannung und Eutonie. In: Eutonie, Sammelband, S. 32-68.
- Alpaugh, W. et al. (1966): Creative productivity between ages of 20 and 80 Years. In: *Journal of Gerontology*, 21, S. 1-8.
- American Journal of Art Therapy, 1971-1978.
- Anderson, H. (Hrsg. 1959): Creativity and its Cultivation. Harper & Bros., New York.
- Arnheim, R. (1967): Visuelles Denken. In: Kepes, G. (Hrsg.): Visuelle Erziehung. Reihe sehen und werten, dtsh. Ausgabe, Brüssel.
- Arnheim, R. (1972): Towards a Psychology of Art. University of California Press, Berkeley.
- Aspell, A. S. (1976): Why Art Education for the Elderly Blind? In: *Educational Gerontology*, 1, S. 373-378.
- Barron, F. (1969): Creative Person and Creative Process. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Bernstein, D. A.; Bercovec, T. D. (1975): Entspannungstraining, Pfeiffer, München.
- Böger, J.; Sokol, E. (1974): Beschäftigungstherapie in der Geriatrie. In: Jentschura, G. (Hrsg.): Beschäftigungstherapie. Grundlagen und Praxis, Stuttgart, S. 117f.
- Bühlmann, R., Schröder, M. (1977): Gestaltungstherapie als Form der kreativen Psychotherapie. In: *Integrative Therapie*, 1, S. 54-61.
- Butler, R. N. (1963): The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 26, S. 65-76.
- Butler, R. N. (1967): The destiny of creativity in later life. In: Levin, B., Kahana, R.: Psychodynamic studies on aging. International Universities Press, New York.

- Cath, S. H. (1973): Psychoanalytic concepts of creativity and aging. *J. Geriatric Psychiatry* 6, S. 2-16.
- Chang Chung-Yuang (1975): Tao, Zen und schöpferische Kräfte, Diederichs, Düsseldorf.
- Clauser, G. (1959): Märchen als Rollenspiel. In: *Arzt im Raum des Erlebens*, Festschr. für Speer, München.
- Clauser, G. (1960): Gestaltungstherapie. In: *Praxis der Psychotherapie* 5, S. 268ff.
- Dennis, W. (1966): Creative Productivity between ages of 20 and 80 years. In: *Journal of Gerontology*, 21, S. 1-8.
- Dienelt, K. (1970): Pädagogische Anthropologie, Reinhardt, München / Basel.
- Desoille, R. (1961): *Théorie et pratique du rêve éveillé dirigé*, Mont Blanc, Genf.
- Downing (1973): Einleitung zu *Rhyne* (1973)
- Durkee, St. (1969): Artistic Expression in Later Life. In: *Kastenbaum R.: New Thoughts on Old Age*, New York, S. 305-316.
- Derbolowsky, G. (1970): Materialumgang, Bildnerie und Kunst unter psychotherapeutisch-sozialmedizinischen Gesichtspunkten. In: *Boehrheim, C. (Hrsg.) Die Wirklichkeit und das „Böse“*, Christians, Hamburg S. 113-119.
- Derbolowsky, G. (1967): Bemächtigungstherapie in der klinischen Gruppe. In: *Hoeck, K. (Hrsg.), Gruppentherapie in Klinik und Praxis*, Fischer, Jena.
- Derbolowsky, G. (1977): Lambanotherapie. In: *Integrative Therapie* 2, S. 125-137.
- Dewdney, I. (1975): An Art Therapy Program for Geriatric Patients. In: *Ulman, E., Dachinger, P.: Art Therapy in theory and practice*. Schocken Books, New York, S.126-131.
- Eck, K., Imboden-Henzi, A.: Erfülltes Altern durch reicheres Erleben, Lambertus, Freiburg.
- Eilenberger, M. (1979): Das Lebenspanorama als Methode der kreativen Therapie, unveröffentl. Diplomarbeit, Psychol. Inst. Univ. Hamburg.
- Faucheux, C., Moscovici, S. (1958): Etude sur la créativité des groupes. In: *Bulletin de Psychologie* 11, S. 863-874.
- Fagan, I. L. (1973): Vorwort zu *Rhyne* (1973).
- Finkelstein, M.; Rosenberg, G.; Grauer, H. (1971): Therapeutic Value of Arts and Crafts in a Geriatric Hospital. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 19, 4. S. 341-350.
- Frankl, V. (1972): Theorie und Therapie der Neurosen, Reinhardt, München, Basel.
- Franzke, E. (1977): *Der Mensch und sein Gestaltungserleben*, Huber, Bern.
- Fretigny, R., Virel, A. (1968): *Imagerie mentale*. Ed. Mont-Blanc, Genf 1968; dtsh. Junfermann, Paderborn, in Vorbereitung.
- Frings Keyes, M. (1974): The Inward Journey. Art as Psychotherapy for you, Celestial Arts, Millbrae, Ca.; dtsh. Der Weg nach innen. Kunst als Psychotherapie, Flach, Frankfurt 1979.
- Gallée, H. B. (1973): Kreatives Form und Farberleben in der Arbeit mit Erwachsenen. In: *Petzold, H. (Hrsg.): Kreativität und Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen*, Junfermann, Paderborn, S. 204-222.
- Gammage, S. L.; Mc Mahon, P. S.; Shanahan, P. (1976): The Occupational Therapist and Terminal Illness: Learning to cope with Death. In: *The American Journal of Occupational Therapy*, S. 294-299.
- Guilford, J. P. (1971): Kreativität. In: *Mühle, G.; Schell, C. (Hrsg.): Kreativität und Schule*, München, S. 13-36; Origin. in: *American Psychologist* 5 (1950) 444-454.
- Hearn, H. L. (1972): Aging and the Artistic Career. In: *The Gerontologist*, 12, 3, S. 357-362.
- von Hentig, H. (1967): Über die ästhetische Erziehung im politischen Zeitalter. In: *Die Deutsche Schule*, 10, Hannover, S. 588-598.

- Hoffmann, D. H. (1975): A Society of Elders: Opportunity for Expansion in art education. In: *Art Education*, Sept., 28, 5, S. 20-22.
- Hoffmann, D. H. (1978): Arts Programming for the Elderly. In: *Educational Gerontology*, 3, S. 17-33.
- Horetzky, O. (1960): Die Pantomime als Gruppenpsychotherapie, *Praxis d. Psychotherapie*, 5, 122-128.
- Jacobi, J. (1969): Vom Bilderreich der Seele, Walter Olten.
- Jacobson, E. (1938): Progressive Relaxation, Chicago University Press, Chicago.
- Jakab, J. (1968): Psychiatry and Art. Karger, Basel.
- Jakab, J. (Hrsg., 1969): Psychiatry and Art. Vol. II: Art Interpretation and Art Therapy, Karger, Basel.
- Jakab, J. (Hrsg., 1971): Psychiatry and Art, Vol. II: Conscious and Unconscious Expressive Art, Karger, Basel.
- Jakab, J., Miller, L. (Hrsg., 1978): Creativity and Psychotherapy, Karger, Basel.
- Köhler, W. (1930): Gestalt Psychology, London.
- Köllermann, H. (1979): Tonarbeit und Gestalt als kreativer Ansatz der Integrativen Therapie, Graduiierungsarbeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
- Koestler, A. (1964): The act of Creation, London; dtsh. Der göttliche Funke, Bern 1966.
- Lancaster, B. (1951): Puppets in a Mental Home. In: *Puppet Post*, IX, 1, 6.
- Kubie, S. H., Landau, G. (1953): Group Work with the Aged, New York.
- Kirchmann, E. (1980): Bewegungsgestalten und Tonarbeit. Ersch. *Integrative Therapie* 1/1980.
- Kirchmann, E. (1979a): Die Rolle der Musik in der Bewegungstherapie. *Zeitschr. f. Humanist. Psychol.* 1.
- Kirchmann, E. (1979b): Moderne Verfahren der Bewegungstherapie. Junfermann, Paderborn.
- Leutz, G. (1974): Psychodrama. Theorie und Praxis, Springer, New York, Berlin, Heidelberg.
- Lejeune, R. (1971): Die Ergotherapie in Altersheimen. In: *actuelle gerontologie* 1, S. 593-602.
- Lowenfeld, V. (1957): Creative and Mental Growth., Macmillan, New York.
- Leedy, J. (1969): Poetry Therapy, Lippincott, Philadelphia.
- Lowy, L. (1976): Lernen und Lehren beim älteren Menschen. In: *Petzold, H.; Bubolz, E.* (Hrsg.): Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart, S. 170-197.
- Lückel, R. (1979): Integrative Arbeit mit Märchen, Graduiierungsarbeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf. In: *Beihefte zur Integrativen Therapie* I, Junfermann, Paderborn.
- Lüscher, M. (1949): Psychologie der Farben, Huber, Basel.
- Marcel, G. (1965): Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund, Knecht, Frankfurt.
- Luxemburger, O. (1970): Erfahrungen in der Heimbetreuung chronisch seelisch Kranker. In: *Nervenarzt* 41, 594-599.
- Maass, H. (1964): Theorie und Praxis der Gestaltungstherapie in der psychosomatischen Klinik. In: *Beiträge zur Inneren Medizin*, Schattauer, Stuttgart.
- Maurer, Y., Petzold, H. (1978): Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie. In: *Battegay R., Trenkel, A.* Die therapeutische Beziehung, Huber, Bern.
- Martin, K. (1973): Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Kreativität und Konflikte, Paderborn, S. 223-243.
- Maslow, A. (1958): Emotional Blocks to Creativity. In: *The Humanist*, Heft 18.
- Maslow, A. (1959): Creativity in self-actualizing People. In: *Anderson, A. H.* (1959).
- Maslow, A. (1964): Religions, values and peak experiences, Ohio State University Press, Ohio.

- Moreno, J.L. (1934): Who Shall Survive? Beacon House, Beacon 2. Aufl. 1953.
- Moreno, J.L. (1946): Psychodrama, Beacon House, Beacon.
- Moscovici, S., Paicheler, G. (1976): Arbeit, Einzelner und Gruppe. In: S. Moscovici (Hrsg.): Forschungsgebiete der Sozialpsychologie, Athenäum Frankfurt.
- Naumburg, M. (1966): Dynamically Oriented Art Therapy. Grune and Stratton, New York.
- Nell, R. (1968): Art and Psychotherapy. In: *Voices, The Art and Science of Psychotherapy*, Vol. 4,4.
- Oerter, R. (1971): Psychologie des Denkens, Auer, Donauwörth.
- Oesterreich, K. (1975): Psychiatrie des Alterns, Quelle und Meyer, Heidelberg.
- Pankow, G. (1968): Gesprengte Fesseln der Psychose, Reinhardt München/Basel.
- Paterno, G. (1975): Beschäftigungstherapie in der Geriatrie. In: *Brückel, K.W.* (Hrsg.): Grundzüge der Geriatrie, München - Berlin - Wien, S. 255 ff.
- Perls, F.S. (1975): Gestalttherapie in Aktion, Klett, Stuttgart.
- Perls, F.S. (1978): Ich, Hunger und Aggression, Klett, Stuttgart.
- Peterson, S. (1971): A Catalog of the Ways People Grow, Ballantine Books, New York.
- Petzold, H. (1970): *Thérapie du Mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration*, Paris, mimeogr.
- Petzold, H. (1972a): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. In: *Schule und Psychologie* 3, S. 146-157.
- Petzold, H. (1972b): *Angewandtes Psychodrama*, Junfermann, Paderborn; 2. erw. Aufl. 1977.
- Petzold, H. (1973a): *Gestalttherapie und Psychodrama*, Nicol, Kassel.
- Petzold, H. (1973b): Hrsg.: *Kreativität und Konflikte, Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen*, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. (1974): *Psychotherapie und Körperdynamik*, 2. Aufl. Junfermann, Paderborn; 1. Aufl. 1974.
- Petzold, H. (1975a): Die Arbeit mit Puppen und Großpuppen in der Integrativen Therapie. In: *Integrative Therapie*, Heft IV, S. 197-207.
- Petzold, H. (1975b): Integrative Therapie ist kreative Therapie, mimeogr. Ersch. voraussichtl. *Integrative Therapie* Jg. 1979/80.
- Petzold, H. (1975c): Masken und Märchenspiel als Verfahren integrativer Therapie. In: *Integrative Therapie* 1, S. 44-48.
- Petzold, H. (1976): Die Verbindung von TA, kreativen Medien und TA-Psychodrama. Beispiele aus der Paartherapie, *Partnerberatung* 3, S. 119-124; 4, S. 175-191.
- Petzold, H. (1977a): Integrative Geragogik - Die Gestaltmethode in der Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, H.; Brown, G.* (Hrsg.): *Gestaltpädagogik. Konzepte der Integrativen Erziehung*, München, S. 214-246.
- Petzold, H. (1977b): Die Medien in der Integrativen Pädagogik. In: *Petzold, H.; Brown, G.* (Hrsg.): *Gestaltpädagogik*, München, S. 101-123.
- Petzold, H. (1977c): Theorie und Praxis der Traumarbeit in der Integrativen Therapie. In: *Integrative Therapie*, 3/4, S. 147-175.
- Petzold, H. (1977d): Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. (1978a): Das Ko-resonanzprinzip in der Integrativen Agogik. In: *Integrative Therapie* 1, S. 21-58.
- Petzold, H. (1979a): Das Therapeutische Theater V.N. Iljines in der Arbeit mit alten Menschen. *Zeitschr. f. Humanist. Psychol.* 4.
- Petzold, H. (1979b): Integrative Therapie mit einem Sterbenden durch Gestalt, Ton und kreativen Medien. *Integrative Therapie* 4.
- Petzold, H. (1979c): Die Musik in der Integrativen Bewegungstherapie. In: *Zeitschr. f. Humanistische Psychol.* 1.

- Petzold, H. (1979d): Psychodramatherapie, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. (1979e): Integrative Gestalttherapie in der Ausbildung von Seelsorgern. In: H.J. Scharfenberg, Freiheit und Methode, Van den Hoek & Rupprecht, Göttingen.
- Petzold, H. (1979f): Zur Ausbildung dynamisch orientierter Bewegungstherapeuten. In: Kirchmann 1979b.
- Petzold, H., Geibel, Chr. (1972): „Komplexes Kreativitätstraining“ in der Vorschul-erziehung durch Psychodrama, Puppenspiel und Kreativitätstechniken. In: Petzold, H. (Hrsg. 1972b) S. 331-344.
- Petzold, H., Bubolz, E. (Hrsg. 1976): Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart.
- Petzold, H., Orth, I. (1979): Arbeit mit Poesietherapie und sprachlicher Gestaltung als Methoden der Integrativen Therapie. In: *Integrative Therapie* Jg. 1979/80 (im Druck).
- Petzold, H., Berger, A. (1977): Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten. In: Petzold (1977d) S. 452-477.
- Pfeiffer, W.M. (1965): Das Spiel mit Handpuppen in der Therapie der Psychosen. In: *Zeitschr. f. Psychother. med. Psychol.*, 135-139.
- Pfeiffer, W.M. (1966): Handpuppen in der psychiatrischen Therapie. In: *Beschäftigungs- und Gruppentherapie*, 2. Folge, Bayer, Leverkusen.
- Pursglove, P.D. (Hrsg. 1971): *Recognitions in Gestalt Therapy*, Harper and Row, New York.
- Rambert, M.L. (1969): *Das Puppenspiel in der Psychotherapie*, Reinhardt, München.
- Reitter, G. (1976): *Beschäftigungsgruppen und Kurse in Altenheimen*. In: Goeken, A. *Gruppenarbeit mit älteren Menschen*, Lambertus, Freiburg, S. 102-107.
- Rhyne, J. (1973): *The Gestalt Art Experience*, Brook, Cole, Belmont/Californien.
- Robbins, A., Sibley, L.B. (Hrsg. 1976): *Creative Art Therapy*, Brunner/Mazel, New York.
- Rogers, C., Dymond, R.F. (1954): *Psychotherapy and Personality Change*. University of Chicago Press, Chicago.
- Rogers, C. (1959): *Toward a Theory of Creativity*. In: Anderson, H.H. (Hrsg.): *Creativity and its Cultivation*, Harper & Bros. New York, Orig. in: *ETC: A Review of General Semantics* 11 (1954) 57-67.
- Schenda, R. (1976): *Education permanente für das Alter*. In: Petzold, Bubolz (1976) S. 19-36.
- Sechehaye, M. (1947): *La Réalisation Symbolique*, Huber, Bern; dtsh. *Die Symbolische Wunscherfüllung*, Huber, Bern 1955.
- Sieg, K.W. (1977): *Occupational Therapy Services in an Institution*. In: *The Nursing Home*, Sept., Vol. 31, Nr. 8, S. 516-529.
- Sieper, J. (1971): *Creativity-Training in der Erwachsenenbildung*. In: *Volkshochschule im Westen*, Heft 4.
- Simon, H. (1927): *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*. In: *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie* 87 und 90.
- Singer, J., Hall, M.H. (1968): *Focus on Fantasy*. In: *Psychology Today*, April.
- Seifge-Krenke, I. (1974): *Probleme und Ergebnisse der Kreativitätsforschung*, Huber, Bern.
- Stein, M.J. (1953): *Creativity and Culture*. In: *Journal of Psychology*, 36.
- Stockvis, B.; Wiesenhütter, E. (1964): *Der Mensch in der Entspannung*, Hippokrates Stuttgart; erw. Auflage 1979.
- Strobel, W., Huppmann, G. (1978): *Musiktherapie*, Hogrefe, Göttingen.

- Torrance, E. P.* (1964): Role of Evaluation in Creative Thinking, revised summary report. University of Minnesota, Minneapolis.
- Ulman, E., Dachinger, P.* (Hrsg.) (1975): Art Therapy in Theory and Practice, Schocken Books, New York.

# Musiktherapie mit alten Menschen

*Isabelle Frohne, Hamburg*

Jede Form von Psychotherapie wird inhaltlich und methodisch bestimmt durch die Situation und die Bedürfnisse der angesprochenen Zielgruppe. Dies gilt auch für die Musiktherapie. Der Begriff Musiktherapie steht für eine Fülle von verschiedensten inhaltlichen und methodischen Angeboten und Verfahren zur Therapie und Linderung psychischer, organischer und psychosomatischer Leiden und Behinderungen, zur Reaktivierung von Lebensfreude, zur Antriebsförderung und zur Verbesserung von kommunikativen und sozialen Beziehungen durch und mit dem Medium Musik. In Bezug auf diese Therapieziele geht die Musiktherapie in der Arbeit mit den verschiedenen Zielgruppen recht unterschiedlich vor. Musiktherapie mit alten Menschen sieht daher anders aus als beispielsweise Musiktherapie mit Drogenabhängigen oder mit autistischen Kindern.

Es ist aus diesem Grund notwendig, zuerst einige Aspekte der Problemsituationen alter Menschen zu erfassen und darzustellen, um die Funktion und Inhalte einer musiktherapeutischen Behandlung alter Menschen veranschaulichen zu können.

## 1. Zur Situation alter Menschen

Für die musiktherapeutische Behandlung sind folgende Überlegungen zu berücksichtigen:

1. In einer Gesellschaft, die allgemein einem Jugendideal huldigt und den „jungen“, „modernen“, „dynamischen“ Menschen verherrlicht, den älteren Menschen aber als „altes Eisen“ abstempelt und abschreibt, ist es nur verständlich, daß möglicherweise die Mehrzahl der alten Menschen sich überflüssig und als Last für ihre Umwelt empfindet, was wiederum zu „Isolierungstendenzen“ (Shapiro 1969) führt, bzw. umgekehrt zur Bereitschaft, sich in ein Außenseiterdasein und in die Einsamkeit drängen zu lassen.

2. Die Idealisierung der Jugend und die Tabuierung des Alterungsprozesses mit dem Abbau der körperlichen und geistigen Kräfte führt zu Ängsten und Minderwertigkeitsgefühlen, die noch dadurch verstärkt

werden, daß die alten Menschen wenig Möglichkeiten finden, Aufgaben zu erfüllen, die a) ihren Kräften und b) ihrem Anspruch auf Selbstverwirklichung entsprechen. Sie finden nur Aufgaben, die junge Menschen entlasten, jedoch kaum solche, in denen sie ihre eigene Kreativität entfalten können. Die Folge ist häufig Resignation und Antriebslosigkeit, Flucht in die Erinnerung an ihre eigene Jugend und ein stilles Warten auf den Tod.

3. Die in unserer Gesellschaft übliche Tabuierung des Todes führt zu einer unangemessenen Überbewertung des Problems des Altseins. Die Mißachtung der natürlichen Einheit von Leben und Sterben bzw. die Trennung des Sterbens vom Leben ist schon jungen Menschen anerkannt, und die dadurch bedingte Lebensangst wird auf die alten Menschen projiziert, die wegen dieser Ängste dann therapiert werden sollen. Die Alten müssen die ihnen schon in der Jugend anerkannten und durch die Einstellung der heutigen Jugend verstärkten Ängste gewissermaßen ausbaden.

Das Altersproblem könnte sowohl aus der Sicht der Jugend als auch aus der Sicht der Alten viel besser gelöst werden, wenn wir Leben und Sterben in ihrer Polarität als Einheit auffassen würden und entsprechend in unser Denken und Handeln integrieren könnten. Das Altersproblem ist in dieser Hinsicht nur die Konkretisierung unserer eigenen Probleme.

## 2. Therapeutische Zielvorstellungen

Aufgrund dieser Bemerkungen zur Situation alter Menschen geht es in der Musiktherapie im wesentlichen darum, die Isolierungstendenzen des alten Menschen zu durchbrechen, ihn aus der Resignation und Antriebslosigkeit herauszuführen, seine Lebensfreude und seine eigenen kreativen Fähigkeiten wieder zu wecken, damit er sie bei seinen jeweiligen Aktivitäten auf eine ihm gemäße, d. h. seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Bedürfnissen adäquate Weise zu seiner eigenen Befriedigung entfalten kann. Die Musiktherapie soll ihm dabei behilflich sein, Freude an Geselligkeit und Kommunikation, an Neugier und Interesse an anderen Menschen und Geschehnissen in der Welt zu entwickeln. Außerdem soll die Musiktherapie dazu beitragen, daß der alte Mensch in seinem Leben und Sterben einen existentiellen Sinn findet. Dies ist m. E. nur dann möglich, wenn er lernen kann, die Brücke zu schlagen zwischen dem, was vergangen ist, und dem, was ihn noch erwartet. Er muß lernen, den Moment wieder bewußt zu erleben und aus dem Moment heraus zu handeln, ohne an seinen Erinnerungen und seinen Ängsten vor dem Lebensende zu kleben, weil diese seine Hand-

lungsbereitschaft lähmen. Musiktherapie ist ein geeignetes Verfahren, im Hier und Jetzt zu agieren und die im Hier und Jetzt manifest werdenden Erinnerungen und Zukunftserwartungen in das gegenwärtige Erleben zu integrieren. Das, was den Moment ausmacht, wird ja ohnehin geprägt durch die Erfahrungen, Erinnerungen und Vorstellungen in bezug auf die eigene Vergangenheit und Zukunft. Wenn diese jedoch nicht mit dem gegenwärtigen Erleben in Kontakt sind, sind sie irreal und dadurch unfruchtbar. Das rationale Grübeln verhindert eine Sinnfindung, das Erleben des Momentes, in welches Erinnerungen und Vorstellungen integriert werden, öffnet dagegen den Weg.

### 3. Formen der Musiktherapie mit alten Menschen

#### 3.1 *Rezeptive Musiktherapie*

Bei dieser Therapieform wird den Patienten Musik zum Hören angeboten, entweder in Form von Schallplattenmusik oder Musik vom Tonband oder indem der Musiktherapeut ihnen auf einem Instrument etwas vorspielt. Im allgemeinen soll die angebotene Musik nach dem sog. ISO-Prinzip ausgesucht werden, d. h. sie soll der jeweiligen Stimmungslage und den jeweiligen Bedürfnissen der Patienten entsprechen, denn eine andere Musik würde sie sonst nicht ansprechen. Ist jedoch über das Erlebnis des gemeinsamen Hörens, über das die Teilnehmer sich dann verbal austauschen können, ein erster Kontakt hergestellt, kann auch eine Musik angeboten werden, die stimmungsverändernde Wirkungen hat. Dadurch soll der Erlebnishorizont des Patienten erweitert werden. Wichtig ist in der rezeptiven Musiktherapie der im Anschluß an das Hören stattfindende Erfahrungsaustausch über das Erlebte, Assoziierte.

#### *Zur Funktion der Musik in der rezeptiven Musiktherapie*

Jeder Mensch wird besonders von der Musik emotional und psychomotorisch angesprochen, die seiner musikalischen Sozialisation entspricht. Die Musik, mit der jemand aufgewachsen ist und die in bestimmten Phasen seines Lebens einen besonderen Stellenwert eingenommen hat, wird für ihn eine größere emotional-affektive Bedeutung haben und ihn stärker beeindrucken als zum Beispiel Musik aus fremden Kulturkreisen, die seinem musikalischen Erleben nicht entspricht (vgl. *Rauhe* 1974, 1977).

Da wichtige emotional-affektive Reifevorgänge vor allem in der Zeit der Pubertät und danach stattgefunden haben, ist auch die Musik, die in dieser Zeit gehört wurde, stärker emotional besetzt als andere. Für

den alten Menschen bedeutet dies, daß eine Musik, die er in seiner Jugend kennen und lieben gelernt hat - wie zum Beispiel Lieder aus der Wandervogel-Zeit - ihn gefühlsmäßig stärker berühren und anregen wird als etwa die heute populäre Beatmusik. Das Hören einer Musik, zu der er eine besondere emotionale Beziehung hat, kann beim Patienten alte Erinnerungen an bestimmte Menschen und Situationen wachrufen, ja, er kann sogar die mit diesen Situationen verbundenen Gerüche und Empfindungen taktiler Art wiedererinnern. Eine solche Aktivierung des Vergangenen kann antriebsfördernd oder aber auch deprimierend wirken, je nachdem, ob die Erinnerung angenehm oder unangenehm ist.

Die Aufgabe der Musiktherapie ist es hier nun, die wachgerufenen Erinnerungen und Gefühle ins gegenwärtige Erleben des Patienten zu integrieren. Der Patient muß ermutigt werden, diese Erinnerungen und Gefühle in der Gruppe auszudrücken, um sich ihrer Bedeutung für das Hier und Jetzt bewußt zu werden.

Ein Patient fühlte sich beim Hören des Hochzeitsmarsches aus dem „Sommernachtstraum“ von Mendelssohn-Bartholdy stark an seine eigene Hochzeit erinnert. Da seine Ehe jedoch gescheitert war, deprimierte ihn die Musik, wies ihn auf seine angebliche Schuld hin, symbolisierte also weniger den Hochzeitstag als insgesamt den Eheverlauf. Im Anschluß an das Hören erzählte er nun zum ersten Mal, wie seine Ehe verlaufen war. Das Entscheidende dabei war jedoch nicht das Berichten von Fakten aus der Vergangenheit, sondern das Akzeptieren der ungunstigen Gefühle, die Auseinandersetzung mit Emotionen anstelle eines sinnlosen verstandesmäßigen Grübelns über die Vergangenheit und über die Schuldfrage. Auf diese Weise wurde sein gegenwärtiges Erleben aus der Resignation und Selbstanklage herausgehoben und wurde lebendig. Das Äußern der Gefühle vor der ganzen Gruppe half ihm, die Vergangenheit emotional besser zu verarbeiten, denn die Gruppe hörte ihm verständnisvoll mit emotionaler Anteilnahme zu. Eine emotionale Anteilnahme aller Teilnehmer einer Gruppe schafft immer ein stärkeres Gemeinschaftsgefühl als etwa eine Diskussion über bestimmte Fakten oder Erzählungen darüber, wie der äußerliche Lebensweg verlaufen ist.

Eine in der Gegenwart gehörte, aber mit psychischer Energie bereits früher besetzte Musik kann also Stimmungen, Gefühle, Bilder, Erinnerungen, etc. wecken. Die in der Musik ablaufenden zeiträumlichen Bewegungsvorgänge sind daher der „logische Ausdruck“ (Klausmeier 1978) von innerpsychischen und körperlichen Bewegungsvorgängen und vermögen diese auszulösen. D. h. der Hörer projiziert seine Gefühle, bzw. die mit seinen Erinnerungen, Bildern, Vorstellungen etc,

verbundenen Gefühle auf die Musik und glaubt, sie aus ihr heraushören zu können. Da jeder Hörer seine eigenen Erinnerungen hat, empfindet jeder dasselbe Musikstück verschieden.

Dennoch kann es als gesichert gelten, daß bei Menschen desselben Kulturkreises und ähnlicher musikalischer Sozialisation bestimmte musikalische Strukturen und Elemente in einem bestimmten Kontext vergleichbar ähnliche Wirkungen zeigen. *H. Rauhe* (1977) hat nachgewiesen, daß in unserer westlichen Kultur musikalische Elemente wie beispielsweise der abgebogene Leitton auf betontem Takteil (unaufgelöst oder nur indirekt aufgelöst, durch einen Tonikaakkord harmonisiert, u. .a. m.), der melodische Sextsprung (wie in Liedern wie „Ein Prosit der Gemütlichkeit“, „Du kannst nicht treu sein“, „Ramona, zum Abschied reich ich dir die Hand“, etc.) sowie z. B. bestimmte Tanzrhythmen in verschiedensten Arrangementstilen, Instrumentationen und Interpretationen und Aufnahmetechniken, den verschiedenen Moden gemäß, eine stark antriebsfördernde Wirkung haben. Ich kann im Rahmen dieses Beitrags nur auf die weiterführende Literatur hinweisen (*Rauhe* 1977). Die Kenntnis dieser Zusammenhänge schafft die Möglichkeit, mit Hilfe von Musik den alten Menschen zu helfen, motorisch und psychomotorisch angeregt und aktiviert zu werden sowie auch ihre Erinnerungen in ihr gegenwärtiges Erleben integrieren zu können, indem diese auf der Gefühlsebene und in enger Verbindung zum körperlichen Erleben ausgedrückt werden.

### 3.2 Singtherapie

Die Singtherapie ist wohl eine der häufigsten musiktherapeutischen Verfahren in der Geriatrie. Hier werden z. B. nach dem ISO-Prinzip ausgewählte Lieder in einem geselligen Rahmen gesungen, wobei nicht die künstlerischen Gestaltungsprinzipien, sondern das emotionale Erleben im Vordergrund steht. Die Lieder können von den Patienten motorisch und akustisch begleitet werden durch Mitdirigieren oder durch Klatschen und Klopfen, bzw. durch einfache Begleitung mit Schellen, Handtrommeln, etc. Auch kann die aktivierende Wirkung des Singens mit verteilten Rollen (Vorsänger - Chor) und das Dirigieren der Gruppe erprobt werden. Im allgemeinen sitzen die Teilnehmer in einem geschlossenen Kreis, der Therapeut unter ihnen als Gleichberechtigter.

Eine weitere Form der Singtherapie ist das Chorsingen, bei dem künstlerische Aspekte ebenfalls eine sekundäre Rolle spielen, obwohl das mehrstimmige Singen und das regelrechte Einstudieren entsprechender Vokalmusik größere Anforderungen an den Patienten stellt als das ungezwungene Singen einfacher Lieder. Primär geht es jedoch

auch hier um das Wecken von Freude am gemeinsamen Tun und Sich-Ausdrücken, um das Erleben dessen, in der Gruppe gebraucht zu sein (z. B. die 2. Stimme singen, etc.).

### *Zur Funktion des Singens in der Musiktherapie*

Singen hat von jeher eine große Bedeutung für die Fähigkeit gehabt, sich auszudrücken. Die Stimme ist unser erstes Musikinstrument. Das kleine Kind äußert sich zuerst durch eine singende Stimmeneinstellung: es lallt, jauchzt, jammert, schluchzt und schreit und drückt sich so emotional aus. Gleichzeitig stellen seine Äußerungen Vorformen verschiedener Singarten dar: im vorderen Orient spielt z. B. das Jammern und Schluchzen eine wesentliche Rolle beim Singen, beim Gebirgsjodler ist es der Jauchzer, in afrikanischen Kulturen das lustvolle Schreien. Klausmeier (1978) weist aus psychoanalytischer und soziologischer Sicht nach, daß das Singen „ein älterer und emotional stärkerer oraler Ausdruck als Sprechen“ ist. Die als Säugling erprobte singende Stimmeneinstellung ist die Grundlage für den emotionalaffektiven Ausdruck beim Sprechen und überhaupt für das motorische und psychomotorische Ausdrucksverhalten des Erwachsenen. Ausdruckslosigkeit zeigt sich ja beim Sprechen etwa in der Monotonie, der Unfähigkeit, wie beim Singen die Tonhöhe und Lautstärke zu differenzieren.

Da das Singen das motorisch-emotionale Erleben intensiviert und damit auch das Ausdrucksverhalten beeinflusst, kann das Singen aus der sozialen Isolation heraushelfen. Singen hat eine kommunikations- und gemeinschaftsbildende Funktion. Diese Funktion wird noch verstärkt durch die Kombination von Musik (Melodie) und Text. Meistens entsprechen die Texte der semantischen Bedeutung der musikalischen Gestalten. Dies bedeutet, daß Gespräche über die Textinhalte aufgrund der emotionalen Wirkung der Musik tiefer reichen und den Teilnehmern das, was ihnen dieses Lied persönlich sagt, bewußter macht.

Oftmals ist hierbei auch ein Gespräch über den für den jeden Einzelnen verschiedenen existentiellen Sinn eines Liedes möglich. So etwa über eine Strophe des Liedes „Der Mond ist aufgegangen“:

*Seht ihr den Mond dort stehen?  
Er ist nur halb zu sehen  
und ist doch rund und schön.  
So sind wohl manche Sachen,  
die wir getrost belachen  
weil unsere Augen sie nicht sehn.*

Da die Teilnehmer aufgrund auch der musikalischen Wirkung des Liedes besonders emotional angesprochen werden, können sie sich auch mit dem Text leichter identifizieren. Dies verhindert, daß die „Weisheit“ dieser Strophe nur bewertet statt erlebt wird. Viele Lieder führen somit zu Gruppengesprächen in bezug auf existentielle Themen wie Leben und Sterben, Trauer und Freude, Verstand und Gefühl etc., die die alten Menschen motivieren, ihre Erfahrungen, Ansichten, Überzeugungen, Ängste und Hoffnungen etc. auszudrücken und auszutauschen, ohne sie vom Erleben abzuspalten.

Lieder, die zur Singtherapie mit alten Menschen geeignet sind, richten sich nach deren musikalischer Sozialisation, d.h. ihrer Hörerfahrung und Ansprechpunkte. Außerdem sollten sie immer die gegenwärtige Situation berücksichtigen. So können zum Beispiel die Lebensgeister weckenden Tanzlieder, Marschlieder, Wanderlieder, etc. gesungen werden, Erinnerungen weckende Evergreens und Operettenmelodien wie auch stimmungsvolle Volkslieder, Weihnachtslieder oder andere religiöse und ernste Lieder mit entsprechenden Texten, Kanons, u.a.

### *3.3 Aktive Musiktherapie mit alten Menschen*

Aktive Musiktherapie ist eine Therapieform, bei der die Patienten selbst ein Instrument spielen. Dazu werden allerdings keine Vorkenntnisse vorausgesetzt, und das Instrumentarium ist entsprechend leicht zu handhaben (Xylophone, Metallophone, Trommeln, Becken, Zimbeln, Triangeln, Claves, Rasseln, Flexatons, Blockflötenmundstücke, Psalter, Leiern etc.). Die Teilnehmer sitzen meist im Kreis, vor ihnen -evtl. auf einem Tischchen - ein oder mehrere Instrumente zur Auswahl.

Die aktive Musiktherapie läßt sich in zwei Bereiche untergliedern, wobei in der Literatur über Musiktherapie mit alten Menschen nur der erste Bereich erwähnt wird:

a) *aktiv-reproduzierende Musiktherapie*. Hier begleiten die Patienten eine von Schallplatte oder vom Therapeuten vorgespielte Musik auf ihren Instrumenten, indem sie beispielsweise nur die 1 eines Dreiviertel- oder Viervierteltaktes spielen, d.h. keine komplizierten Rhythmen produzieren, bei denen sie leicht aus dem Takt geraten und aufgrund der entstandenen Verwirrung den Mut verlieren. Es wird schon ein erhebendes Gefühl sein, wenn die Akzentuierung der Takte ein intensives Miterleben und Mitgestalten beispielsweise eines Walzers oder eines Marsches ermöglicht. Wer sicher genug ist, wird ohnehin versuchen, das Metrum rhythmisch zu differenzieren. Außerdem können die Patienten Lieder und Begleitungen spielen auf den Stab-

spielen (Xylophon, Glockenspiel, etc.) in Form von Bordunen und einfachen Ostinati und Motiven.

b) *aktiv-produktive Musiktherapie*. In dieser Musiktherapieform geht es um das freie, d.h. nicht tonal gebundene gemeinsame Improvisieren. Allerdings werden hier Strukturierungshilfen angeboten wie Spiel nach formalen Regeln („erst spielen wir alle, dann einer, dann alle, dann einer etc.“, oder „einer ruft, jemand anders antwortet“ oder „Trommelklänge und Beckenlänge unterhalten sich“, u.a.), Darstellung von Natur- und Umweltereignissen („Gewitter“, „Essenszeit im Altersheim“ u.a.), Assoziationsmöglichkeiten („mein Wald“, „Weg“, „ein versteckter Schatz“, „Bergbesteigung“ u.a.) sowie die direkte Darstellung von Gefühlen („ich ärgere mich“, „ich finde alles so sinnlos“ u.a.).

Die Tatsache, daß Musiktherapie in der Geriatrie bislang kaum den aktivproduktiven Bereich einbezogen hat, mag darin ihren Grund haben, daß das freie Spiel bei den Patienten auf Widerstand stieß. Die alten Menschen haben ihr Leben lang ja nur metrisch strukturierte, „schöne“ Musik gehört, die einen hohen Bekanntheitsgrad hat. Eine freie Musik, bei der sie plötzlich auf einem Instrument ihren Gefühlen Ausdruck verleihen sollen, mit anderen Teilnehmern in eine musikalische Unterhaltung eintreten sollen und bei der doch nur „Mißklänge“ herauskommen, stellt daher eine große Anforderung an sie, nicht nur an ihr ästhetisches Empfinden, sondern auch an ihre Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit.

M.E. hängt die Lösung dieses Problems an der Methode. Aktiv-produktive Musiktherapie kann z.B. erst dann angeboten werden, wenn die Teilnehmer der Gruppe bereits über eine längere Zeit gemeinsam Erfahrungen gesammelt haben über das gemeinsame Musikhören, Singen und motorische und akustische Begleiten und Gestalten von Liedern und Musikstücken. Es müssen viele Gespräche über das gegenwärtige Erleben der Musik wie auch über die Bedeutung der musikalischen Symbole und Texte für die existentielle Realität des Einzelnen stattgefunden haben, bevor die Patienten behutsam motiviert werden können, bestimmte Themen musikalisch gestalten zu wollen. Vor allen Dingen müssen es solche Themen sein, die die alten Menschen direkt ansprechen, und zwar so stark, daß es ihnen wichtiger wird, überhaupt etwas auszudrücken, als „schöne“ Klänge zu produzieren. Ein solches Thema kann beispielsweise sein: „alt und grau? - alt und weise!“, „alt und verkalkt? - alt und vital?“ u.ä. Es empfiehlt sich sehr, Einstellungen und Gefühle, die musikalisch dargestellt werden sollen, von vornherein als Polarität zu thematisieren, da erstens dadurch das

Thema durchsichtiger und zweitens den Spielern der eigene Standpunkt klarer wird, so daß sie insgesamt spielmotivierter sind.

Ein anderes Thema wäre: „Leben und Sterben“ oder „Geburt und Tod“. Eine solche Improvisation kann einem Gespräch über existentielle Fragen vorausgehen oder auch ein bereits stattgefundenes Gespräch musikalisch abschließen. Es kann gut sein, daß erst durch die musikalische Improvisation die gegenseitige Bezogenheit der beiden Pole erlebt und erkannt wird, z.B. die Tatsache, daß Leben und Tod zusammengehören, daß das eine nicht ohne das andere Sinn ergibt. Andere Themen können sein: „Einsamkeit und Geselligkeit“, „Familientag“, „wie ich mich fühle, wenn es regnet - wie ich mich fühle, wenn die Sonne scheint“ etc. Mitentscheidend sind bei solchen Improvisationen die anschließenden Gespräche über das, was während der Improvisation erlebt wurde und noch nachwirkt.

### *Zur Funktion des aktiven Musizierens in der Musiktherapie mit alten Menschen*

Jede Form von musikalischem Ausdruck stellt eine Entsprechung motorischer und innerpsychischer Bewegungsvorgänge dar. Dies gilt sowohl für das Hören von vorgegebener Musik, in welche der Hörer seine eigenen Emotionen (Motio = Bewegung, Emotio = innere Bewegung) hineinprojiziert, als auch für das eigene Musizieren, bei dem zum Spielen des Instrumentes Motorik und Psychomotorik notwendig sind. Psychomotorik als Körperbewegung, die durch psychische Vorgänge (Vorstellungen, Gefühle, etc.) initiiert wird, ist die Voraussetzung für den musikalischen Ausdruck und die Fähigkeit, über ein Instrument und mit Klängen kommunizieren zu können.

Am lustvollen, weil ins Hier und Jetzt erlebnismäßig integrierten Spiel auf Musikinstrumenten ist die ganze Person beteiligt. Im Spiel drückt sie ihre bewußten und unbewußten innerpsychischen Vorgänge aus, im Spiel drückt sie bewußt und unbewußt ihre Einstellungen und Verhaltensweisen, ihre Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und ihre Beziehungsmuster aus. Der Ausdruck ist jedoch - im Gegensatz zur verbal-digitalen Äußerung - immer mehrdeutig oder symbolisch, für den Spieler daher keine Bloßstellung. Symbole haben die Funktion, etwas sinnbildlich darzustellen, d.h. den Sinn eines Gesamtzusammenhanges umfassend und vieldeutig in Analogien auszudrücken.

Eine musikalische Gruppen-Improvisation über ein Thema wie „Geburt und Tod“ kann daher die Einstellungen, Erfahrungen, Gefühle, etc. vieler Spieler auf eine Weise symbolisieren, die sowohl Raum für das Individuelle als auch das Kollektive, Gemeinschaftliche läßt. Viele

individuelle Aussagen werden in einen Gesamtzusammenhang integriert, ohne daß sie sich darin verlieren müssen. D.h. der Einzelne kann seinem Erleben Ausdruck verleihen, ohne zensiert zu werden, und gleichzeitig mit dem musikalischen Ausdruck der anderen Spieler umgehen, um zu einer gemeinsamen Aussage und Gestaltung zu kommen. Das Erlebnis des kollektiven und individuellen musikalischen Ausdrucks motiviert nun, darüber zu sprechen. Wie ist es gelungen, die eigenen Vorstellungen und Erfahrungen zu dem Thema musikalisch darzustellen, und welche neuen Erfahrungen wurden gemacht, welche vorher unbewußten oder nicht berücksichtigten Gesichtspunkte wurden deutlich? Welchen gefühlsmäßigen Stellenwert haben Geburt und Tod für den Einzelnen und welchen Charakter hat die kollektive Aussage? Inwieweit kann sich der Einzelne mit der Gruppenaussage, die er mitbestimmt hat, identifizieren, inwiefern hebt er sich davon ab, und wirkt dies wiederum auf sein Erleben?

Das aktive Musizieren in der Gruppe hat die Funktion, dem Einzelnen die Möglichkeit zu geben, sein eigenes Erleben musikalisch zu gestalten und sich dessen auch bewußt zu werden sowie den eigenen musikalischen Ausdruck und das eigene musikalische Verhalten nicht als ein autonomes Gebilde, sondern als ein Teil eines Beziehungsgefüges zu erfahren, welches mit allen anderen Teilen in einer ständigen Wechselbeziehung und Aufeinanderbezogenheit steht. In diesem existentiellen Sinn hebt das eigene Spiel den Einzelnen aus seiner Isolation heraus und läßt ihn seinen Platz in dem Spannungsfeld von Individuum und Gemeinschaft (Gesellschaft) neu erleben und erfahren.

Das aktive Musizieren hat außerdem die Funktion, über den Umgang und die Handhabung von Musikinstrumenten Bewegungsabläufe motorisch zu koordinieren, die Geschicklichkeit, Behutsamkeit und das Reaktionsvermögen zu verbessern sowie mit den Sinnen (visuell, taktil, akustisch, kinästhetisch) die Beziehung zu den Dingen neu zu entdecken. Material, Form, Größe, Klang und Vibration eines Instrumentes spielen - meist unbewußt - eine große Rolle bei der Entscheidung des Spielers, welches Instrument er für eine bestimmte Improvisation benutzen möchte.

Musiktherapie kann hier in Kombination mit anderen psychotherapeutischen Verfahren die zugrunde liegende Motivation und spezifische Bedeutung für den Spieler aufdecken und einsichtig machen, doch scheint mir dies in der Musiktherapie mit alten Menschen nicht notwendig zu sein, weil die Therapie nicht primär konfliktzentriert ist. Dagegen ist es jedoch wichtig, daß die Patienten das Instrument als Medium erleben lernen, um seine Qualitäten für den musikalischen Ausdruck dann besser berücksichtigen zu können.

#### 4. Musiktherapie in Kombination mit anderen Verfahren

In den Bereich der beschriebenen Form der rezeptiven Musiktherapie mit alten Menschen lassen sich auf sehr effektive Weise weitere Angebote aus verschiedenen Feldern integrieren. Das Hören und Erleben von Musik kann zum Beispiel mit Methoden aus der Entspannungstherapie verbunden werden, etwa wenn ein Patient an Schlafstörungen leidet. Es versteht sich von selbst, daß hierbei keine Musik angeboten werden darf, die emotional aufwühlt oder „in die Beine fährt“. *Stern* (1977) weist darauf hin, daß die für Entspannungstherapie geeignete Backgroundmusik ausgeglichen, mit langsamem Rhythmus und melodischen Harmonien, weichen Klängen und wenig oder keinen extremen Frequenzen sein sollte. Darüber hinaus muß sie dem Geschmack des Patienten entsprechen. Auf die verschiedenen entspannungstherapeutischen Methoden kann im Rahmen dieses Beitrags nicht eingegangen werden.

Eine weitere Kombinationsmöglichkeit ist die mit Bewegung, vor allem Tanz (*Petzold, Berger*, dieses Buch; *Petzold* 1979). Tanz mit alten Menschen darf keine großen körperlichen Anforderungen stellen. Tanz kann auch darin bestehen, in einem Stuhl zu sitzen und zur Musik ein an einem Bambusstab befestigtes Chiffontuch zu schwenken und als Marionette tanzen zu lassen. Tanz kann auch ein Tanz der Hände sein, wobei die Hände hier wie auch Stab und Tuch gewissermaßen als Stellvertreter des ganzen Körpers fungieren. Viele alte Menschen sind aber noch durchaus in der Lage und auch motiviert, ganzkörperlich zu tanzen. Einfache Kreis- und Partnertänze mit einfachsten Schrittfolgen lassen sich meist ohne Schwierigkeiten durchführen.

Eine weitere antriebsfördernde Wirkung hat das Malen nach Musik. Dies kann auf zweierlei Weise durchgeführt werden: Entweder der Patient malt mit Wachskreide beidhändig, indem er im Takte der Musik auf dem Papier „tanzt“. Oder er malt mit nur einer Hand das, was die Musik in ihm auslöst an Bildern, Formen, Farben, etc. Es können auch mehrere Personen an einem Bild malen, Bilder können nach einer Weile ausgetauscht und von einem anderen Teilnehmer fertiggemalt werden. Dem Ideenfluß ist hier keine Grenze gesetzt.

In Kombination mit der Rhythmik können beim Hören von Musik auch Wahrnehmungs- und Reaktionsspiele über die Einbeziehung von Geräten integriert werden. So etwa im Takte einer Musik einen Ball im Kreis herum weitergeben; bei einem bestimmten, immer wiederkehrenden musikalischen Motiv eine bestimmte Tätigkeit ausführen (in die Hände klatschen, den Nachbarn die Hand drücken, „huh“ rufen etc.) u.a. Diese Spiele bringen viel Spaß und lockern die Runde auf, haben

jedoch keinen besonderen Tiefgang. Es sind gute Trainingsübungen zur Konzentration, Geschicklichkeit, Anpassungsfähigkeit und Antriebsförderung.

## 5. Das therapeutische Setting

Musiktherapie mit alten Menschen findet meist in Form einer Gruppentherapie statt, wenn das therapeutische Ziel darin besteht, sie aus ihrer Isolation und Vereinsamung herauszuholen. Das gemeinsame Hören von Musik, das gemeinsame Singen und Musizieren schafft das dafür notwendige Gemeinschaftserlebnis. Es gibt die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch und zur Integration dieser Erfahrungen ins Hier und Jetzt. Das gemeinsame Tun weckt auch die Freude und das Vertrauen darin, auf dieser Welt nicht überflüssig und unnützlich zu sein, denn wer den Moment, das Hier und Jetzt kreativ gestaltet, findet auch einen Sinn in seinem Sein.

Die musiktherapeutische Gruppentherapie kann sowohl als abendliche Freizeitgestaltung (z. B. in Heimen, Sanatorien) durchgeführt werden als auch zu festgesetzten Zeiten am Tage (z. B. ein- bis zweimal wöchentlich für eine Stunde). Welche Form jeweils gewählt wird, hängt von den Umständen und Gegebenheiten ebenso ab wie von den Teilnehmern selbst. Für manche alte Menschen wird es sicher notwendig sein, die Zeiten für sie festzusetzen; vor allem dann, wenn die Kontinuität der Teilnahme an der Musiktherapie gewährleistet werden muß. Eine musiktherapeutische Einzelbehandlung ist für die alten Menschen angezeigt, die zum Beispiel zu schwach und krank sind, um den Umgang mit vielen Menschen ertragen zu können. Hier kann Musiktherapie die Funktion einer Sterbehilfe haben und Trost wie auch Linderung und Ablenkung von Schmerzen geben. Bei diesen Patienten wird vor allem rezeptive Musiktherapie angewendet und Musik angeboten, die lösend und beruhigend wirkt. Die enge Beziehung des bettlägerigen, sterbenden Patienten zum Musiktherapeuten vermittelt ihm über das gemeinsame Erlebnis von Musik das Gefühl, in der schweren Zeit nicht allein gelassen zu sein und einen Trost zu bekommen, der weiter reicht als Worte jemals ausdrücken können.

### Literatur

- Berger, M.M., Berger, L.F., Psychogeriatrische Gruppenbehandlungen; in: Heigl Evers, A. (Hg), Handbuch durch Ehe-, Familien- und Gruppen-Therapie, Bd. 3, Kindler, München 1973.
- Boxberger, R., Cotter, V., The geriatric patient; in: Gaston, E.T. (Hg), Music in therapy, Macmillan, New York 1968.

- Brown, H.E., Winkelmayr, R., A structured music therapy program in geriatrics; in: Gaston, E. T. (Hg), Music in therapy, New York 1968.
- Frohne, I., Rhythmik als therapeutisches Verfahren innerhalb der Musiktherapie, *Musik & Medizin*, 6, 1976.
- Hall, D., Music activity for the older patients; in: Gaston, E.F. (Hg), Music in therapy, New York 1968.
- Klausmeier, F., Die Lust, sich musikalisch auszudrücken, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1978.
- Petzold, H., Die Bedeutung der Musik in der Integrativen Bewegungstherapie, *Z. f. Humanistische Psychol.* 1/2, 1979.
- Rauhe, H., Antriebsförderung durch Musik, ein Ansatz zur rezeptiven Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation, *Therapie der Gegenwart, Monatsschrift für praktische Medizin*, 10, (1977) 116. Jahrgang.
- , Zum Problem der Beobachtung und Analyse musikalischer Verhaltensweisen. Ein Beitrag zur Untersuchung des Zusammenhangs von musikalischer Struktur, ihrer Vermittlung, Funktion und Wirkung in der Massenkommunikation, *Forschung in der Musikerziehung*, Schott, Mainz 1974.
- Shapiro, A., A pilot program in music therapy with residents of a home for the aged, *Gerontolog.* 9, 1969.
- Stern, R., Musiktherapie in der zahnärztlichen Praxis; in: Willms, H. (Hg), Musik und Entspannung, Gustav Fischer, Stuttgart 1977.
- Strobel, W., Huppmann, G., Musiktherapie, Grundlagen, Formen, Möglichkeiten, Verlag f. Psychologie, Göttingen 1978.
- Toombs, M.R., Musical activities for geriatric patients; in: Gaston, E. T. (Hg), Music in therapy, New York 1968.



# Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen

*Hilarion G. Petzold, Angelika Berger, Düsseldorf*

„Der Mensch wird alt, wenn er aufhört zu springen.“  
(V.N. Iljine 1965, S. 22)

„Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und erreichen ein gutes Alter, wenn sie mit Maßen gebraucht und in den Arbeiten geübt werden, an die ein jedes Teil gewöhnt ist. Gebraucht man sie aber nicht, neigen sie eher zu Krankheiten, nehmen nicht zu und altern vorzeitig.“  
(Hippokrates, 460-377 v. Chr., de articulis reponendis 56)

## 1. Zur allgemeinen Situation alter Menschen

Die Situation alter Menschen ist durch eine Reduktion in allen Bereichen, einem Rückgang der physischen Leistungsfähigkeit und einem Verlust an „sozialer Potenz“ gekennzeichnet (Petzold, Bubolz 1976, S. 134). Der Verlust sozialer Rollen, der in der Regel mit finanziellen Einbußen, Verminderung der Wohnqualität einhergeht, das Fehlen von Alternativen, die den alten Menschen nicht nur auf „Rückzugsrollen“ festlegen (Tews 1976), führen zu der heute in der Sozialgerontologie allgemein anerkannten Tatsache, daß Altern in erster Linie ein „soziales Schicksal“ ist (Thomae 1968, 1976). Wenngleich das Vorurteil von der abnehmenden Intelligenz und Lernfähigkeit alter Menschen heute wissenschaftlich widerlegt worden ist (vgl. Lehr 1977), so bedeutet dieses noch lange nicht, daß sich diese Erkenntnis im Bewußtsein einer breiteren Bevölkerungsschicht durchgesetzt hätte.

In ganz ähnlicher Weise wird angenommen, daß das Alter von Schwäche, Gebrechlichkeit und Krankheit bestimmt sei. Zwar habe die Medizin erhebliche Fortschritte gebracht, um die Beschwerden des Alters zu mildern, aber dennoch sei der alte Mensch eben physisch, kognitiv und in seiner sozialen Flexibilität reduziert. Diese Thesen des Defizit- bzw. des Reduktionsmodells sind vom heutigen Kenntnisstand nicht mehr haltbar, aber sie sind dennoch allgemein präsent, so daß dieses Bild des alten Menschen weiterhin im Bewußtsein bestehen bleibt, und dies nicht nur bei der jüngeren Generation, sondern in der

Auffassung der älteren Generation selbst. Die These, daß Altern weitgehend ein soziales Schicksal sei und daß der physische, psychische und kognitive Abbau bei weitem nicht das Ausmaß haben müsse, wie dies gemeinhin der Fall sei, kann sich nicht durchsetzen, solange diese Gesellschaft nicht die Bedingungen verändert, die die häufig für das Alter kennzeichnende „Hospitalisierung im Alltagsleben“ bewirken (Petzold 1977, S. 215; 1979u; Beauvoir 1972).

Solange es nicht genügend sichtbare Beispiele dafür gibt, daß die dritte Lebensphase durchaus von Vitalität, körperlicher und geistiger Aktivität gekennzeichnet sein kann, ist mit einer Veränderung der Altersstereotype im Bewußtsein der Allgemeinheit nicht zu rechnen. Eine allgemeine Aufklärung ist notwendig, aber sie wird nur fruchten, wenn die Fakten über Altern schon in der Schule vermittelt werden, wenn eine umfassende „Geroprophylaxe“, geragogische und sozialgerontologische Programme auf breitester Basis durchgeführt werden und wenn eine gezielte und kontinuierliche Aufklärung durch die Massenmedien betrieben wird. Derartige Aufgabenstellungen sind schon verschiedentlich aufgezeigt und dargestellt worden (Schenda 1976; Petzold/Bubolz 1976; Lehr 1977): Geragogik darf nicht nur Altenbildung sein, sondern ist *Lernen des Alterns, für das Alter und im Alter* (Petzold 1965). Von einer Realisierung solcher Postulate ist man heutzutage immer noch weit entfernt.

Insbesondere die praktische Durchführung geragogischer und sozialgerontologischer Programme bereitet Schwierigkeiten, da es mit Altenhilfe und -betreuung allein nicht getan ist, sondern eine allgemeine Aktivierung und Mobilisierung im Lebenskontext erfolgen muß, denen zwei mächtige Gegner gegenüberstehen: der *Feind von außen* und der *Feind von innen*. Als Feind von außen kann man die Verhaltenserwartungen der Gesellschaft bezeichnen, durch die die Rollenperformanz alter Menschen weitgehend bestimmt wird. Wenn diese Gesellschaft dem alten Menschen alle Rollen entzieht, in denen er aktiv, selbstbestimmend und am gesellschaftlichen Leben partizipierend agieren kann, wenn sie Erwartungsstereotype festschreibt, nach denen der alte Mensch ohnehin nichts oder nur noch wenig leisten kann, dann wird es kaum möglich sein, daß ein anderes Verhalten eintritt, als das erwartete.

Nicht weniger gefährlich ist der *Feind von innen*. Ein Mensch, der über sein ganzes Leben hin die gängigen Altersstereotype vermittelt bekam, der sie selbst, als er noch jung war, in seinem Verhalten zu alten Menschen aktualisiert hat, ein solcher Mensch hat das Bild vom alten Menschen derart internalisiert, daß es, wenn er selbst alt geworden ist, sein Selbstbild darstellt (vgl. Lehr 1977). Wer sich selbst zum „alten Ei-

sen“ gehörig betrachtet, sich selbst bestimmte Aktivitäten nicht mehr zutraut, der wird auch für Tätigkeiten, die ihm potentiell noch möglich wären, nicht aufgeschlossen sein, geschweige denn, daß er sie zustande bringt. Ein reduziertes Selbstbild kann aber nur verändert werden, wenn alternative Erfahrungen gemacht werden, die seine Unrichtigkeit evident werden lassen. Ein gleiches ist von der Fremdeinschätzung zu sagen.

Die größte Schwierigkeit, an den „Feind von innen“ heranzukommen, dürfte in der Initialphase geragogischer und sozialgerontologischer Programme liegen, in denen die Motivationsarbeit geleistet werden muß. Hat man erst einmal alte Menschen für die Mitarbeit gewonnen, und haben sie erst einmal Erfolgserlebnisse gehabt, so lassen sich auch dauerhafte Einstellungs- und Verhaltensänderungen erreichen.

Im folgenden werden wir uns auf einen Aspekt gerotherapeutischer und geragogischer Arbeit begrenzen, der für Altenbildung, Altersprophylaxe und Alterstherapie zentral ist: *Körper- und Bewegungsschulung*. Es wird aber auch aufgezeigt werden, daß eine derartige Begrenzung niemals bedeutet, daß man den Gesamtkontext aus dem Auge verliert. Die Gesamtsituation des alten Menschen muß, wo immer möglich, einbezogen werden.

Dabei dürfen die gesellschaftlichen Mechanismen der Entfremdung nicht aus dem Auge verloren werden. Die zum Teil ausgesprochen inhumane Situation alter Menschen zeigt mit besonderer Schärfe die Wirksamkeit der *Macht* (Foucault 1976) des „Normalen“, das keine Abweichung - auch die des Alterns nicht - vertragen kann. Die Entfremdung vom Leibe, die in unserer Kultur von den antiseptischen Geburts- und Brutpflegepraktiken an „sozialisiert“ wird, findet mit dem Alter ihren Höhepunkt: alte Menschen springen nicht, lachen selten, zeigen sich kaum in Schwimmbädern und an Stränden, bewegen sich immer weniger. Der Körper rebelliert gegen diese Unterdrückung mit zunehmendem Alter immer heftiger, aber seine „Alters-Beschwerden“ werden in ihrem Signalwert übersehen, und mit dem Label der „Normalität“ entschärft: Es gehört sich, daß der alte Körper infirm wird.

Der alte Körper wird in seiner Rebellion verschärft unterdrückt. Er wird „ruhiggestellt“, durch Medikamente sediert, zur Schonung verurteilt. *Luc Boltanski* hat umfangreiches Material über die „soziale Verwendung des Körpers“ (1976) zusammengetragen. Für die Körperlichkeit des alten Menschen läßt sich seine Aussage voll bestätigen: der Körper ist „in derselben Weise wie all die anderen technischen Dinge, deren Besitz den Platz des Individuums in der Klassenhierarchie bezeichnet.....ein Statussymbol - vielleicht das intimste und dadurch wichtigste von allen -, dessen Symbolertrag umso größer ist, als er

meistens nicht als solches wahrgenommen und nie von der Person desjenigen gelöst wird, der ihn bewohnt“ (Boltanski, 1976, 170). Der Körper des alten Menschen, den man *versteckt*, ist Ausdruck des „Un-Status“, des Statusentzuges, dem der alte Mensch ausgesetzt ist. Der Körper als die Grundlage der Leistungsfähigkeit und damit der Verwertung von Arbeit und Leistung wird demnach zum Zentrum des Abstiegs in der Leistungsgesellschaft - und eines forcierten Abstiegs, weil mit abnehmender Arbeitsfähigkeit nicht etwa die Anforderung verringert wird: es wird mit dem totalen Entzug von Arbeit reagiert. Die persönliche und gesellschaftliche Geschichte des Körpers wird am alten Körper offenbar. „Eine Geschichte des Körpers ist - streng genommen - erst im nachhinein zu rekonstruieren. Die Bedingung der Rekonstruktion liegt nämlich darin, daß der Körper schweigt. Zwar ist seine direkte Rede aus der bürgerlichen Öffentlichkeit schon sehr früh verbannt worden, aber immerhin hatte er auch noch im Niedergang der Bourgeoisie mitzureden, als kranker Körper etwa, als Sexualobjekt für Voyeure, als Instrument im Sport usw... Der Körper ist allerdings zum Schweigen gebracht worden. Die Rekonstruktion der Geschichte des Körpers ist damit notwendig eine Kritik an der Macht, die ihn stumm werden ließ“ (Kamper 1976, 7).

Noch ein anderer Grund ist anzunehmen, weshalb der Körper zum Schweigen gebracht wird: er ist Maß und Ausdruck der Zeit (Payk 1979). Am alternden Körper erweist sich die Zeit in ihrem Ablauf zum ultimativen Ende - mit jedem Herzschlag. Die Verleugnung des Körpers enthebt uns - vordergründig - der Bedrohung des Todes. Mit seinem Körper identisch sein heißt, den Ablauf von Lebenszeit zu spüren und zu akzeptieren, die Abstraktion der *physikalischen Zeit* (Uhrzeit) beiseite zu lassen und die Zwänge der *sozialen Zeit* (Petzold 1971; Sorokin, Merton 1937; Moore 1963) als körperfeindlich wahrzunehmen. Wenn *Zeit Geld ist*, so wird damit eine soziale Norm gesetzt, die den Körper diskreditiert, dessen „motor-and memory performance“ langsamer wird (Botwinick 1973).

Körper- und bewegungstherapeutische Maßnahmen, die diese Zusammenhänge nicht im Blick haben, laufen Gefahr, sich in den Dienst der Macht zu stellen, deren Auswirkung sie zu mildern oder zu beheben suchen. Den alten Menschen nur körperlich zu beschäftigen heißt, den Körper zu befrieden und nicht zu sehen, daß sein Protest nicht nur gegen die Instrumentalisierung durch seinen individuellen „Besitzer“ gerichtet ist, sondern gegen die Mechanismen und Mächte, die ein solches Maß an Entfremdung überhaupt erst möglich machen. Effektive Körper- und Bewegungsarbeit sollte deshalb darauf gerichtet sein, alten Menschen auch diese Zusammenhänge deutlich zu machen. Nur

dann kann der „Feind von innen und der von außen“ nachhaltig bekämpft werden.

## 2. Zur körperlichen Situation alter Menschen

Die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Organismus bildet die Grundlage für alle Lebensprozesse. Diese Erkenntnis muß für alle geragogischen und interventionsgerontologischen Maßnahmen grundlegend sein. Selbst wenn z.B. die intellektuelle Leistungsfähigkeit eines alten Menschen noch voll vorhanden ist, so wird seine kognitive Kompetenz sehr beeinträchtigt, weil die meist fehlende physische Spannkraft zu schneller Ermüdung führt.

Es ist an dieser Stelle eine Diskussion der unterschiedlichen Hypothesen und Theorien zur Biologie des Alterns (vgl. *Comfort 1968, Ries 1972, Botwinick 1973, Platt 1976*) nicht erforderlich, sondern es mag der Hinweis genügen, daß nach wie vor der alte Satz von *Cazalis* gilt: „Der Mensch ist so alt wie seine Gefäße“ (zitiert nach *Liesen und Hollmann 1976*).

Für die Erhaltung der vaskulären Elastizität, der Funktionstüchtigkeit der Organe, eines optimalen Stoffwechselgeschehens, ist ein funktionales Körper- und Bewegungstraining, das dem Kenntnisstand der modernen geromedizinischen Forschung entspricht, unerlässlich (*de Vries 1970*). Es ist *Liesen und Hollmann* zuzustimmen, wenn sie im Hinblick auf „richtig ausgewählten und betriebenen Sport, sowie körperliches Training“ feststellen: „Es handelt sich bis heute um die einzig wissenschaftlich gesicherte Methode, uns hinsichtlich der Leistungsfähigkeit jünger zu erhalten, als es aufgrund der Durchschnittswerte chronologisch gleichaltriger Menschen zu erwarten ist“ (*Liesen und Hollmann 1976, S. 269; vgl. Schmidt 1972; Steinbach 1971; Neumann 1976*).

Körperliche Vitalität und Spannkraft haben eine Rückwirkung auf das Gesamtverhalten, wie die soziale Kontaktbereitschaft und die geistige Aktivität (*Lehr 1978; Geller 1971; White 1978*). Die alte Weisheit *mens sana in corpore sano* wird heute durch empirische Untersuchungen untermauert, die nachweisen, daß körperliche Aktivität dazu beiträgt, die intellektuellen Fähigkeiten zu erhalten (*Powell 1974; Barry et al. 1966; Birren et al. 1963; vgl. auch Clement 1966*, der keine Veränderungen gegenüber einer Vergleichsgruppe von Nichtsportlern feststellen konnte).

Auf zwei theoretische Ansätze sei in diesem Zusammenhang kurz verwiesen:

1. Die Streß-Theorie von *Seyle* (1956) sieht Altern als Folge von Belastungen bzw. Überbelastungen, die im Verlaufe des Lebens auf den Organismus einwirken und ihn verbrauchen. *Seyle* spricht sich damit keineswegs gegen eine optimale Belastung des Körpers aus; im Gegenteil, ein gewisses Maß an Streß, d.h. angemessene Belastung und Stimulierung, ist für die Gesunderhaltung der Organe erforderlich (*Vester* 1976).

2. Nach der Disuse-Hypothese (*Berkowitz/Green* 1965) bzw. *Rohrachers* Theorie der Aktivitätshypertrophie und der Inaktivitätsatrophie (*Rohracher* 1965, S. 242) ist anzunehmen, daß Funktionen, die oft gebraucht werden, sich entwickeln und erhalten, Funktionen, die selten oder nie gebraucht werden, verkümmern und unentwickelt bleiben. Diese These, die schon *Hippokrates* vertrat, und die *Olechowski* (1976) im Hinblick auf Gedächtnis und Lernfähigkeit empirisch untermauern konnte, wird durch die Befunde der Herz-Kreislauf-Forschung- und der Sportmedizin gestützt (*Hollmann* 1965; *Hollmann/Bouchard* 1970; *Hollmann/Liesen* 1972 u. 1973; *de Vries* 1970; *Schmidt* 1972; *Steinbach* 1971; *Rast, Hollmann* 1977; *Karvonen, Barry* 1967).

De facto findet sich aber folgende Situation: Die Mehrzahl der alten Menschen sind in einer völlig unzureichenden körperlichen Verfassung. Nur 2-5% der über 65jährigen sind sportlich aktiv (*Schmidt* 1977). Während der gesamten Erwachsenenzeit sind die körperlichen Funktionen nicht gebraucht und stimuliert worden. Insbesondere Herz-, Kreislauf- und Atemfunktionen sind ungeübt, was eine mangelnde körperliche Gesamtverfassung zur Folge hat. Nicht nur, daß die Gefahr von Brüchen und Zerrungen bei Stürzen erhöht ist, oder daß die körperliche Widerstandsfähigkeit bei Erkrankungen und Operationen nicht ausreicht, auch die allgemeine Vitalität, Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer ist vermindert.

Für diese Situation erschwerend wirken sich die Ernährungsfehler und die Schädigungen aus, die sich durch einseitige Belastung im Verlauf des Berufslebens herausgebildet haben. Da die Menschen zu einem großen Teil heute ihr Leben bei sitzenden Tätigkeiten verbringen, den Bürostuhl mit dem Autositz und den Autositz mit dem Fernsehsessel tauschen, können wir, zumindest bei Großstadtmenschen, feststellen, daß sie im Alter über wenig körperliche Reserven verfügen. Diese werden nun durch die sensorische, perzeptuelle und motorische Deprivation, die sich durch den vermehrten Aufenthalt in der Wohnung oder im Altersheim ergibt (vgl. allerdings *Bungard* 1976), weiter vermindert. Die Ermüdung, die den ungeübten Körper bei kleineren Anstrengungen überfällt, führt nur zur weiteren Schonhaltung: ein *circulus vitiosus*.

Inzwischen wurde die Bedeutung physischen Trainings für alte Menschen in Fachkreisen erkannt, was in einer Anzahl von Publikationen über Gymnastik (Nöcker 1974; Leake 1966; Frekany, Leslie 1975; De Carlo 1974; 1975; Niemeyer 1978), Körpertraining und Sport im Alter (Barth 1976; Diem 1974) seinen Ausdruck fand und sich auch in dem zunehmenden Kursangebot im Bereich der Erwachsenen- und Altenbildung abzeichnet (Brüggmann 1974; Kasch/Boyer 1968; Noder 1975; Wöllzenmüller/Grünewald 1974; Schwaner 1978; Becker, Brüggmann, Tutt 1977; Tutt 1977).

Geht man die entsprechende Literatur durch, so fällt auf, daß nur sehr wenige komplexe Programme vorhanden sind. Entweder wird eine reine Altersgymnastik angeboten, die zwar einen guten Lockerungseffekt hat und die allgemeine Beweglichkeit fördert (Reinecker 1972; Scharll 1972; Böcklen-Büchle 1974; Ratzel, Schweizer 1978; Schmidtbleicher 1976; van der Laan 1977), aber für das Training von Herz und Kreislauf wenig Effekte bringt, oder es wird der Akzent ausschließlich auf ein solches Training gelegt (Cooper 1975; Neumann 1976; Noder 1975). In Programmen in denen beides zum Tragen kommt (Wöllzenmüller/Grünewald 1974; Baur, Betsch 1976; Brüggmann 1974; de Carlo et al. 1977) werden pädagogische und gruppensdynamische Aspekte nicht berücksichtigt. Ausgeglichen sind die Programme von Liesen und Hollmann (Liesen/Hollmann 1976; Liesen/Völker/Lagerström 1976), von Hutterer und Denes (1975), von Barth (1976) und Schwaner (1978).

In keinem der aufgezeigten Programme wird eine gezielte Atemschulung und Tonusregulation angeboten. In keinem wird die Situation für ein Training der sozialen Kompetenz genutzt. Sicherlich hat ein allgemeines Fitnessstraining auch Rückwirkung auf die Atmung und auf den Tonus, und sicherlich wird durch die Arbeit in Sport- und Gymnastikgruppen das Sozialverhalten mit beeinflußt, dieses aber mehr durch einen Streueffekt als durch eine gezielte Wirkung.

Da Fehlattung zu den verbreitetsten körperlichen Dysfunktionen in unserer Zeit zählt, und gleiches ist im Hinblick auf die Fehlsteuerung des Tonus zu sagen, muß ein komplexes Körpertraining diese Bereiche gezielt angehen.

Weiterhin sollte, aus motivationalen Gründen und im Hinblick auf die Rückbildung sozialer Kompetenzen durch die im Alltag des alten Menschen häufig wirksam werdenden Effekte der *social deprivation* die gruppensdynamische Situation bewußt eingesetzt werden, so daß das Bewegungstraining gleichzeitig zu einem Sozialtraining wird.

Was gleichermaßen auffällt, ist, daß praktisch noch kein Übungsprogramm für körperlich und/oder psychisch schwerbehinderte alte

Leute sowie für Hochbetagte besteht (vgl. Starzmann 1971; Aahper 1969; 1976a,b; 1978). Für Menschen, die an degenerativen Veränderungen der Gelenke leiden - und besonders die Arthrosen des Kniegelenkes sind in diesem Alter eine häufige Erscheinung - werden keine Möglichkeiten geboten. Natürlich ist das Schwimmen für einen Teil der angesprochenen Gruppen ein sehr gutes Training (Hoffmann 1978). Die unter alten Leuten recht große Gruppe der Nichtschwimmer oder derjenigen, die aufgrund medizinischer Indikation nicht mehr schwimmen sollen, bleibt aber unberücksichtigt.

In der Integrativen Bewegungstherapie und Bewegungserziehung wird versucht, ein Vitalisierungstraining, das Atem- und Tonusregulation einschließt, mit einem Kreativitäts- und Sozialtraining zu verbinden. Findet dabei noch eine allgemeine Gesundheitsberatung, besonders im Hinblick auf eine entsprechende Altersernährung (Howell, Loeb 1969; Böhlau 1971) statt -, denn ohne Einbeziehung der Ernährung ist jedes körper- und bewegungstherapeutische Programm nicht optimal konzipiert (Petzold/Vööbus 1977) -, werden alle Bedingungen erfüllt, die von einer modernen Gerohygiene (Eitner 1966) gefordert werden.

Man muß mit Lehr (1978, 291) feststellen, „daß man nicht von einzelnen Determinanten erfolgreichen Alterns sprechen kann; es handelt sich hier vielmehr um ein Bedingungsgefüge, das durch ein Zusammenspiel einer Vielzahl von Faktoren in sehr komplizierten Wechselwirkungsprozessen gekennzeichnet ist.“ Es ist daher auch ein komplexer und multimodaler Ansatz erforderlich, erfolgreiches Altern zu fördern und negativen Entwicklungen im Sinne einer differentiellen, auf die Bedürfnisse von spezifischen Gruppen und Einzelpersonen zugeschnittenen *Interventionsgerontologie* (Lehr 1979; Thomae 1976) entgegenzuwirken.

Im folgenden sollen Möglichkeiten der Integrativen Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen aufgezeigt werden. Dabei werden die Erfahrungen ausgewertet, die wir in Bewegungsgruppen mit alten Menschen an verschiedenen Volkshochschulen, auf der geriatrischen Station eines psychiatrischen Krankenhauses und in Bewegungsgruppen in Altersheimen sammeln konnten. Zunächst einige Bemerkungen zum Verfahren selbst, dessen theoretische Grundlagen an anderem Ort ausführlich dargestellt werden (Petzold 1974; Petzold, Berger 1977; 1978; Kirchmann 1979).

### 3. Integrative Bewegungstherapie

Die Integrative Bewegungstherapie (IBT) und Bewegungsagogik ist ein Verfahren psycho-physischer Therapie und Aogogik, das auf den

Menschen als Körper-Seele-Geist-Subjekt in seinem sozialen und ökologischen Feld gerichtet ist (Petzold 1974). In seinem ganzheitlichen Ansatz geht es vom Menschen aus, der sich in der Welt und auf sie hin bewegt. Dieses „être-au-monde“ (Merleau-Ponty 1945) erteilt sich im Kern als leib-haftige Koexistenz mit der Welt und den Menschen. Die theoretischen Grundlagen des Verfahrens, das in den sechziger Jahren von Hilarion Petzold (1970) entwickelt wurde, liegen in der phänomenologischen Philosophie und Psychologie und im Existenzialismus, insbesondere den Arbeiten von Gabriel Marcel, Maurice Merleau-Ponty und J.F. Buytendijk. Die therapeutischen Quellen sind die Gestalttherapie von F.S. Perls, das Therapeutische Theater V.N. Iljines, insbesondere sein Improvisationstraining, die körpertherapeutischen Arbeiten Wilhelm Reichs und seiner Schüler (Lowen, Vööbus, Raknes), und verschiedene Ansätze der Atem-, Entspannungs- und Bewegungstherapie (Petzold, Berger 1977b, Middendorf 1977).

Das besondere Charakteristikum des Verfahrens, durch das es sich von den herkömmlichen Verfahren funktionaler Bewegungstherapie und -agogik unterscheidet, ist das Einbeziehen spezifisch psychotherapeutischer Aspekte in die Bewegungsarbeit. Gegenüber den klassischen Formen der Psychotherapie wiederum ergibt sich eine Unterscheidung dadurch, daß gezielt Körper- und Bewegungsarbeit im therapeutischen Procedere verwandt wird. Die Kombination von konfliktzentriert-aufdeckender, übungszentriert-funktionaler und erlebniszentriert-agogischer Arbeit in einem Verfahren ermöglicht ein breites Spektrum an Indikationen und Anwendungsbereichen. Jetzt, nach mehr als zehn Jahren, liegen Erfahrungen vor: aus der Therapie mit Alkoholikern (Kombacher 1977), mit Drogenabhängigen (Rinast 1979), mit psychiatrischen Patienten (Petzold, Berger 1977b; 1973), dem Bereich der psychotherapeutischen und agogischen Gruppenarbeit (Petzold, Berger 1978) sowie der Schulpädagogik (Rosenkranz 1978; Petzold 1978). Diese Erfahrungen zeigen die Effizienz und die vielfältigen Verwendungsmöglichkeiten der Methode.

Der vorliegende Beitrag will sich mit einem spezifischen Aufgabenfeld befassen, in dem psychotherapeutische, soziotherapeutische, physiotherapeutische, medizinische und agogische Maßnahmen zusammenwirken müssen, um der Zielgruppe umfassend und wirkungsvoll gerecht zu werden. Obgleich die Integrative Bewegungstherapie als einzel- und gruppentherapeutisches Verfahren eingesetzt werden kann (vgl. Petzold, Berger 1978), wird sie in der Arbeit mit alten Menschen vorwiegend als Gruppenmethode verwandt, was u.a. auf die besondere Akzentuierung der agogischen Aspekte zurückzuführen ist. Es kommt deshalb an dieser Stelle die Gruppenarbeit zur Darstellung.

#### 4. Gruppenzusammenstellung und Programmkonzipierung

Die Zusammenstellung der Gruppen hängt von den Zielsetzungen des Programmes ab. Sind diese vorwiegend therapeutisch, so liegt die Gruppengröße bei acht Teilnehmern. Ist das Programm stärker bewegungspädagogisch ausgerichtet, so kann die Gruppengröße bis zu sechzehn Teilnehmern betragen. Großgruppen, wie man sie zuweilen in Gymnastik- und Yogakursen für alte Menschen findet, die von verschiedenen Einrichtungen der Erwachsenen- und Altenbildung angeboten werden, sind nach unseren Erfahrungen für eine *gezielte* und wirkungsvolle Bewegungs- und Körperbildung ungeeignet. In einer Gruppe von mehr als sechzehn Teilnehmern ist eine individuelle Betreuung und insbesondere eine spezifische Korrektur von Atmung, Haltung und Bewegung bei den einzelnen Übungen nicht mehr möglich. Die zwischenmenschliche Kommunikation, die gerade für den alternden Menschen, dessen soziales Atom (*Moreno 1947*) sich verkleinert, dessen soziales Netzwerk atrophiert, so wichtig ist, bleibt in Großgruppen vielfach auf einer oberflächlichen Ebene und wird nicht zu tragfähigen Beziehungen ausgebaut, die das soziale Netzwerk stabilisieren und restituieren. Weiterhin wird in einer Großgruppe die Chance, daß eine kohäsive Gruppe entsteht, vergeben.

Beim Erstellen gerohygienischer Programme sollte daran gedacht werden, daß sich die Reduktion nicht nur im Bereich des Körpers zeigt, sondern daß sich körperliche und soziale Reduktionen wechselseitig bedingen. Es sollten daher Möglichkeiten zur Erhaltung und Restituierung sozialer Kompetenz, wo immer sie sich bieten, genutzt werden. Eine Gruppe von sechzehn Teilnehmern bildet nach unseren Erfahrungen die äußerste Grenze für die Kontaktmöglichkeiten des alten Menschen.

Für die Zusammenstellung der Gruppe gilt: „Heterogenität ohne Extrempositionen“ (*Petzold, Berger 1978*). Nur in bezug auf physische Leistungsfähigkeit ist Homogenität anzustreben. Starke Behinderungen bei einzelnen Teilnehmern führen zur Beeinträchtigung der gesamten Gruppe. Es ist daher besser, Behinderte in eigenen Gruppen zusammenzufassen, um mit ihnen spezifisch arbeiten zu können.

Die zeitliche Dauer der Arbeit variiert mit der Belastungsfähigkeit der Teilnehmer. Es hat sich als günstig herausgestellt, mindestens zweimal wöchentlich eine Arbeitseinheit von sechzig Minuten anzusetzen. Bei rüstigen Teilnehmern können sogar Sitzungen von anderthalb Stunden durchgeführt werden. Von dieser Zeit entfällt ein relativ kleiner Teil auf das eigentliche physische Konditionstraining. Der weitaus

größere Teil wird mit Spielen, Bewegungsimprovisation zur Musik und mit Gruppengesprächen verbracht.

Das Geschlechterverhältnis der Teilnehmer sollte möglichst ausgeglichen sein. In gemischten Gruppen ist sowohl der Effekt des sozialen Trainings nachhaltiger, als auch die Leistungsmotivation im Hinblick auf die Bewegungsarbeit. Ein Teil des auf Fitness gerichteten Vitalisierungstrainings muß allerdings mit unterschiedlichen Aufgaben und Leistungsanforderungen durchgeführt werden, da die Frauen gegenüber den Männern in der Regel leistungsmäßig abfallen. Bei Siechen und Hochbetagten heben sich diese Unterschiede weitgehend auf.

Jede Bewegungsarbeit mit alten Menschen, die ein Vitalisierungstraining einschließt, erfordert, um Risiken zu vermeiden und eine optimale Wirkung für die Teilnehmer zu erzielen, eine enge Zusammenarbeit mit einem Sportmediziner, Internisten oder Allgemeinpraktiker, der sich in kardiologische, sportmedizinische und geromedizinische Fragestellungen eingearbeitet hat. Ist dies nicht gegeben, und das trifft für die meisten Programme in der Altenbildung zu, so kann ein Vitalisierungstraining mehr Schaden als Nutzen anrichten.

Überbelastung von Herz und Kreislauf, die ungenügende Berücksichtigung degenerativer Veränderungen können schwerwiegende Folgen nach sich ziehen. Selbst bei im wesentlichen auf Lockerung, Flexibilität, Gelenkigkeit gerichteten Gymnastikkursen ist den Teilnehmern in der ersten Stunde zu raten, bis zur nächsten Zusammenkunft ihren Arzt aufzusuchen, ihn über das Programm zu informieren und sich von ihm die Unbedenklichkeit der Teilnahme bestätigen zu lassen.

Für die Durchführung derartiger Programme hat sich der späte Nachmittag als besonders geeignet erwiesen. Die Kurse können als „Körper- und Bewegungstraining für alte Menschen“ ausgeschrieben werden oder, wenn ein starker therapeutischer Akzent gesetzt wird, als „Atem- und Bewegungstherapie für alte Menschen“. Der Begleittext sollte darauf hinweisen, daß neben der Förderung der Beweglichkeit, neben einem kreislaufstärkenden Fitnessstraining Spiele und geselliges Beisammensein zum Programm gehören. Die Motivation zur Teilnahme wird durch derartige Ankündigungen wesentlich gefördert.

Für die Konzipierung des Programmes müssen Gesichtspunkte berücksichtigt werden, die den Erfordernissen der Zielgruppe gerecht werden und den Erfordernissen genügen, die an eine moderne Bewegungserziehung gestellt werden.

*Petzold* (1970) hat für eine zeitgemäße Bewegungserziehung vier Forderungen aufgestellt, die auch für die Arbeit mit alten Menschen gelten:

1. *Einfachheit der Übungen.* Da das Bewegungspotential alter Menschen ausgesprochen reduziert ist, müssen die Übungen so gewählt werden, daß sie leicht nachvollzogen werden können, damit keine Mißerfolgslebnisse in der Anfangssituation auftreten. Weil viele alte Menschen sich von ihrer Selbsteinschätzung her für unfähig halten, Sport oder Bewegungsübungen zu betreiben, muß vermieden werden, daß dem „Feind von innen“ sein negatives Vorurteil bestätigt wird. Die Übungen müssen so konzipiert sein, daß mit dem eingeschränkten Bewegungspotential des versteiften und verspannten Menschen gearbeitet werden kann und in kurzer Zeit schon Erfolge abzusehen sind.

2. *Geringer Zeitaufwand.* Auch wenn der alte Mensch mehr Zeit hat als der voll Berufstätige, kann man deshalb nicht erwarten, daß er für körperliches Training mehr Zeit aufwendet. Einmal hat er es nicht gelernt, und eine „neue Gewohnheit“ im siebten und achten Lebensjahrzehnt fest zu etablieren, ist nicht einfach, zum anderen sind die äußeren Möglichkeiten für tägliches Training eingeschränkt. Außerdem wird in ländlichen und Vorstadtbezirken oft kein Alterssport angeboten. Weiterhin erfordert ein Körpertraining einiges an Disziplin und Mühe, dem die schnelle Ermüdbarkeit des alten Menschen gegenübersteht. Um ein praktikables Programm anzubieten, das eine Chance hat, im Alltag auch wirklich durchgeführt zu werden, müssen Übungsfolgen zusammengestellt werden, die nicht länger als 15 bis 20 Minuten täglich beanspruchen.

3. *Kurzfristige Resultate.* Bei der oft nicht sehr hohen Motivation ist es erforderlich, daß sich sehr bald Erfolgserlebnisse einstellen. Die Übungen müssen so konzipiert sein, daß schon in den ersten Sitzungen ein „spürbarer“ Erfolg eintritt. Die besten Möglichkeiten bieten hier Relaxations- und Atemübungen, weil sie einen unmittelbaren Effekt haben und das körperliche Wohlbefinden beeinflussen, ohne daß unangenehme Begleiterscheinungen, wie Gliederschmerzen oder Muskelkater, auftreten können. Bei leistungsbezogenen Trainingsformen lassen sich auch bei fachgemäßer Anleitung solche Seiteneffekte nicht immer vermeiden, weil in Gruppen ein gewisses Leistungsgefälle ist und manche Teilnehmer trotz vorheriger Einführung mehr machen, als für sie gut ist, um mit den anderen mitzuhalten. Das Resultat: es treten Beschwerden und Mißerfolgslebnisse auf, die zum Programmabbruch führen können. Atem- und Relaxationsübungen bewirken hingegen nicht nur eine gelassene Stimmung, sondern geben kaum Möglichkeiten zu konkurrierendem Verhalten.

4. *Komplexe Wirkung* Die Wirkung eines integrativen Bewegungs- und Körpertrainings muß komplex sein und folgende Aufgaben erfüllen:

- a) gezieltes Körpertraining zur Förderung der physischen Kraft, der Elastizität, Koordination, Schnelligkeit und Ausdauer, sowie zur Verbesserung des gesundheitlichen Allgemeinbefindens;
- b) körperliche und seelische Entspannung als Gegenwirkung zu Streß und Verspannung;
- c) Steigerung des psychischen Wohlbefindens, der Sicherheit und eines glücklichen Lebensgefühls; geistige Anregung und Förderung der Kreativität als Ausgleich für die soziale, sensorische und perzeptuelle Deprivation durch die Monotonie des Heimalltags, des eingeschränkten Bewegungsradius, etc.;
- d) Schulung der Kommunikationsfähigkeit und sozialen Kompetenz im bewegungszentrierten Gruppengestalten als Gegenwirkung zur Reduktion des Kommunikationsverhaltens und der Atrophie des sozialen Netzwerkes (vgl. *Petzold 1970* und *Berger 1971*).

Die Arbeit in der Integrativen Bewegungserziehung und Bewegungstherapie zielt darauf ab, sowohl die vier aufgeführten Postulate zu realisieren als auch die aufgezeigten komplexen Wirkungen zu erreichen. Zu diesem Zweck wird die Betonung in dieser Arbeit, soweit sie agogisch ausgerichtet ist, auf übungszentriertes und erlebniszentriertes Vorgehen gelegt. Konfliktzentrierte, d.h. spezifisch therapeutische Arbeit wird nur geleistet, wenn eine entsprechende Indikation vorliegt. Das übungszentrierte Vorgehen faßt eine Reihe von Maßnahmen und Trainingssequenzen zusammen, die insgesamt als „Vitalisierungstraining“ bezeichnet werden können. Das erlebniszentrierte Vorgehen umfaßt Arbeitsmodalitäten, die sich unter den Oberbegriffen Kreativitäts- und Sozialtraining zusammenfassen lassen. Diese Trainingsbereiche sollen im folgenden kurz dargestellt werden.

## 5. Vitalisierungstraining

*„... nichts aber verhindert mehr die Steifheit der Glieder als deren häufiges Dehnen und Biegen. Denn nur die Bewegungslosigkeit bewirkt die Steifheit, ja sogar die Verkrümmung der Glieder auch schon im blühenden Alter.“ (G. van Swieten 1778).*

Als Vitalisierungstraining wird ein Konditionstraining bezeichnet, das folgende sieben Faktoren einbezieht:

1. Atemregulation
2. Tonusregulation (Entspannung, Anspannung)
3. Koordination (Geschicklichkeit und Gewandtheit)
4. Flexibilität (Gelenkigkeit)

5. Kraft (dynamisch und statisch)
6. Schnelligkeit
7. Ausdauer

Ein Schwerpunkt der Arbeit besteht in einem dynamischen Herz-Kreislauf-Training, da die Herz-Kreislaufaktivität für das körperliche Wohlbefinden und die Vitalität des Menschen zentrale Bedeutung hat. Die Prinzipien für Herz-Kreislauf-Trainingsprogramme sind auf empirischer Grundlage von *Cooper*, *Hollmann*, *Liesen*, u. a. erarbeitet worden. Das Vitalisierungstraining gründet für die leistungsbezogene Arbeit im wesentlichen auf diesen Prinzipien, so daß eine nähere Darstellung an dieser Stelle nicht notwendig wird.

In methodisch-didaktischer Hinsicht allerdings unterscheidet sich der Ansatz der Integrativen Bewegungstherapie, weil die Lebenssituation der alten Menschen stärker berücksichtigt wird. Beim ausschließlich leistungsorientierten Training müssen die Teilnehmer zwischen den Trainingsstunden auch zuhause üben, und zwar viermal wöchentlich. Hierbei tauchen Probleme auf: Viele alte Menschen haben keine Möglichkeit, Sportstätten aufzusuchen. Ihnen widerstrebt es, mit einem Trainingsanzug durch einen Park zu traben. Schon beim forcierten Gehen im Park kommen sie sich komisch vor. Ein weiteres Problem ist, daß z. B. ein Lauftraining im Sinne von *Cooper* nur die Faktoren Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer fördert und für Koordination und Flexibilität nur wenig Effekt hat. Wenn man das Lauftraining mit einem Programm gymnastischer Übungen verbindet (vgl. *Liesen/Hollmann* 1976), so kommt erfahrungsgemäß, zumindest beim Training zuhause, eines von beidem zu kurz, und zwar hauptsächlich das Lauftraining.

Die gymnastischen Übungen können zuhause leichter ausgeführt werden, denn sie erfordern weniger physischen und psychischen Einsatz. Ein Heimtrainer, z. B. Standfahrrad, bietet im Hinblick auf ein durchführbares Leistungstraining eine gute Lösung, weil er kontrollierte Leistungssteigerung erlaubt. Einigermaßen brauchbare Geräte sind z. Z. noch so teuer, daß sie für die meisten Rentner nicht infrage kommen. Meist reicht die Motivation für eine solche Anschaffung nicht aus.

Es wurde deshalb ein komplexes Trainingsprogramm entwickelt, in dem alle sieben Trainingsfaktoren berücksichtigt werden, das überdies eine ausgezeichnete Atemschulung darstellt und in einem normalen Wohnzimmer, wenn man Stühle und Tische zur Seite rückt, gut ausgeführt werden kann.

Um eine allgemeine „aerobe Ausdauerleistung“ zu erreichen, ist es notwendig, daß mindestens ein sechstel der gesamten Muskulatur über

einen Zeitraum von zehn bis fünfzehn Minuten mit einer Intensität von mindestens 50%, besser 60 bis 70%, der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit beansprucht wird (*Liesen/Hollmann 1976, S. 270*). Wenn ein Trainingseffekt für den ganzen Körper erreicht werden soll, so müssen so viele Muskeln wie möglich beansprucht und so viele Gelenke wie möglich einbezogen werden. Um Atmung und Tonusregulation in optimaler Weise in das Programm zu integrieren, werden sie an den Anfang der Arbeit gestellt, da eine tiefe Atmung und eine elastische und entspannte Muskulatur die beste Voraussetzung für physische Belastung darstellen.

Das Vitalisierungstraining greift im wesentlichen auf zwei Quellen zurück: die relaxative Organgymnastik (*Petzold 1970; Berger 1971*) und ausgewählte Übungssequenzen aus den Budo-Künsten: Tai Chi Chuan (*Maisel 1965; Gia-fu Feng 1970*), Kung Fu (*Habersetzer 1976*), Aikido (*Saito 1975*). Es werden damit zwei Ansätze verbunden: der eine aus der Tradition der modernen europäischen Gymnastik-, Atem- und Bewegungserziehung, der andere aus der jahrtausendealten Tradition chinesischer Gymnastik und Kampftechnik (*Palos 1972*).

## 5.1 Atemarbeit

Die Grundlage jeder Bewegungsarbeit ist die Atmung. Bewegung und Atmung müssen „miteinander gehen“. Die Bewegung muß die Atmung anregen, die Atmung die Bewegung stützen. Eine optimale Atmung ist trotz des individuellen Rhythmus, der jedem Menschen eigen ist, von folgenden Qualitäten gekennzeichnet: Gleichmäßigkeit, Tiefe, Fülle, Kraft.

Die Herz-Kreislauf-Funktion steht mit der Atmung in einem unlöslichen Zusammenhang. Beides beeinflußt sich wechselseitig, sofern keine pathologischen Veränderungen vorliegen. Eine kräftige, füllige Atmung, die die gesamte Thorax- und Zwerchfellmuskulatur einbezieht, gewährleistet eine optimale Sauerstoffzufuhr und ist deshalb für den Energiehaushalt des Körpers ein großer Gewinn. Eine solche Atmung allein wirkt schon auf das Herz-Kreislauf-System, weil die Atemwelle seine Funktionen stützt (*Derbolowsky 1978*).

Unter Atemfülle wird ein Atemgeschehen verstanden, das den Brustraum, Rücken und die Schultern einbezieht und über den Bauch bis in den Beckengrund wirkt.

Die meisten Menschen atmen sehr flach und sind einseitig auf Brust- oder Bauchatmung fixiert, die Tiefe der Atmung ist unzureichend, der Gasaustausch damit vermindert. Es gibt kaum eine Funktion, die einen so nachhaltigen Einfluß auf das psychische und physische Befinden des

Menschen ausübt, wie der Atem. Bei Beschleunigung und Verlangsamung des Atems laufen im Organismus nachhaltige und spürbare physische Veränderungen ab, die sich bis in den emotionalen Bereich auswirken. Eine ruhige und gleichmäßige Atmung bei innerer Spannung und Nervosität bewirkt Beruhigung. Eine hechelnde Atmung, bei der zu viel CO<sub>2</sub> abgeatmet wird, bewirkt Hyperventilationerscheinungen, die von Angst und Beklemmungsgefühlen begleitet werden können. Umgekehrt ist bei jedem intensiven emotionalen Geschehen wie Lachen, Weinen, Zorn usw., die Atmung beteiligt. Ateminterventionen bieten daher die Chance, für die Teilnehmer unmittelbare Effekte zu bewirken.

Atemarbeit wird am Anfang am besten im Sitzen oder im Liegen auf Matten durchgeführt. Dies ist erforderlich, weil alte Menschen in der Regel nicht gut stehen können, weil Atemarbeit anstrengend ist und die stehende Position den Kreislauf zusätzlich belastet, so daß für den Ungewöhnten die Atemarbeit Schwindelgefühle herbeiführen kann.

Es gibt die verschiedensten Möglichkeiten, ein Atemprogramm zu beginnen. Die Teilnehmer setzen sich im Kreis auf Stühle, und zwar nur auf die vordere Stuhlkante, die Beine in Schulterbreite, die Füße flach auf die Erde gestellt. Der rechte Arm wird angewinkelt, so daß die Hand den linken Hüftknochen berührt und sich der Ellbogen in der Höhe des rechten Hüftknochens befindet. Der linke Arm wird ebenfalls angewinkelt und in gleicher Weise in den Rücken gelegt. Auf diese Weise wird es dem Teilnehmer möglich, seine Atemwelle rundum zu spüren. Er wird dann aufgefordert, einfach einmal seinem Atem zu folgen. Nach einiger Zeit wird die Intervention gegeben, durch den Mund zu atmen, wobei die Zunge gegen den Gaumen gestellt wird. Diese Technik bewirkt eine Vertiefung der Atmung, ähnlich wie beim Gähnen, was von den Teilnehmern spontan bemerkt wird. Als weitere Übung kann angeschlossen werden: mit einem leisen Zischlaut so lange und so viel wie möglich auszuatmen und in dem Moment, wo gar kein Atem mehr vorhanden scheint, noch einen kräftigen Hauchlaut auszustoßen. Die Übung kann auch mit einem Summton, der in einem Schrei ausläuft, durchgeführt werden. Aus dieser starken Ausatmung erfolgt eine reflektorisch vertiefte Einatmung, die über einige Zeit vorhält, ehe der Teilnehmer in sein übliches Atemmuster zurückfällt. Auf Dauer aber läßt sich das Atemmuster durch diese und andere Übungen nachhaltig verändern.

Die pneopädische und pneotherapeutische Technik an dieser Stelle detailliert darzustellen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es könnte überdies der „handwerkliche“ Aspekt der Atemarbeit nur un-

zureichend vermittelt werden (näheres bei *Glaser 1970; Schmitt 1965; Middendorf 1978; Derbolowsky 1978*).

## 5.2 *Relaxatives Organtraining*

Die Atemarbeit wird mit einem Relaxationstraining verbunden (*Berger 1971*). Mit der Ausatmung werden die Arme und der Oberkörper gedehnt und gestreckt. Die Hände werden abgespreizt, und mit dem letzten Stoß des Ausatmens wird die Spannung gelöst. Der Effekt dieser Übung gleicht dem der progressiven Relaxation (*Jacobsen 1938; Borovec/Bernstein 1976; Stockvis, Wiesenhütter 1979, 213*).

In der Arbeit auf der Matte am Boden wird systematisch jede Muskelgruppe angespannt, und zwar in der Regel durch Ausstrecken der jeweiligen Gliedmaßen (des Armes, des Beines, des Rumpfes, des Nackens). Die Streckspannung soll etwa drei Sekunden dauern und dann mit dem Ausatmen losgelassen werden. Hier wird nun eine Besonderheit des relaxativen Organtrainings eingesetzt, durch die die Effekte der progressiven Relaxation mit Übungsfaktoren des Autogenen Trainings (*Schultz 1959*) verbunden werden. Der Klient soll sich bei Streckspannung vorstellen, sein Arm (Bein, Rumpf, etc.) werde länger, wachse, dehne sich aus bis an das Ende des Raumes. Aktive Dehnung und Vorstellung wirken zusammen und führen zu einer optimalen Entspannung. Nach ein- bis dreiwöchigem Üben (drei bis fünf mal die Woche) stellt sich ein Generalisierungseffekt ein, so daß eine optimale Entspannung allein dadurch erreicht werden kann, daß der Klient sich einmal mit seinem ganzen Körper streckt und dabei die Vorstellung einschaltet, er dehne sich nach allen Seiten aus.

Gegenüber dem Autogenen Training hat die Verwendung muskulärer Anspannung den Vorteil, daß es praktisch keine Refraktäre gibt, sondern alle Klienten diese Methode schnell und sicher erlernen können.

Gegenüber der progressiven Relaxation bietet die Einbeziehung des Vorstellungsvermögens den Vorteil, daß all die Möglichkeiten, die die formelhafte Vorsatzbildung bietet (*Thomas 1968*), einbezogen werden können. Weiterhin wird durch die Koordination der Anspannung mit dem Atemgeschehen eine nachhaltigere Entspannung erreicht. Nur nebenbei sei vermerkt, daß das systematische kurzzeitige Anspannen der verschiedenen Muskelgruppen ein isometrisches Training darstellt, das einen stimulierenden Effekt auf die gesamte Muskulatur hat (*Hettinger 1969*).

Von den alten Menschen wird die Atemarbeit besonders gut aufgenommen. Sie spüren ihre Wirkung, ohne durch sie physisch überfor-

dert zu werden. Relaxations- und Atemübungen können auch bei Siechen, Schwerbehinderten und Hochbetagten eingesetzt werden. Sie stellen ideale Trainingsmöglichkeiten für Bettlägerige dar.

Aus dem komplexen Repertoire der Atem- und Relaxationstechniken können in der beschriebenen Weise Kombinationen erstellt werden.

Das Relaxative Organtraining hat eine Vielzahl von Körperpositionen und einfachen Bewegungsfolgen entwickelt, durch die alle Körperpartien durchgearbeitet werden können und eine Rückwirkung auf Lunge, Herz, Kreislauf und Darmperistaltik möglich wird (Petzold, Berger 1974).

### 5.3 Zentrierung

Die eigentliche Bewegungsarbeit beginnt mit der Zentrierung. Die Teilnehmer suchen sich einen Stand im Raum und versuchen, ihren Mittelpunkt zu finden. Körperzentrum und das Zentrum des Atemgeschehens fallen idealiter zusammen (Dürckheim 1969). Eine kleine Hilfe wird gegeben, wenn die Teilnehmer ihre Hände unter dem Bauchnabel leicht in den Leib drücken, und sie gegen diesen Druck nach außen atmen. Der Gruppenleiter geht zu jedem Teilnehmer und beobachtet die Atemführung. Er setzt, wo notwendig, Korrektive durch direkte Körperinterventionen, die atemlockernd sind, z.B. durch leichten Druck in die Flanken, atemanregende Massagestriche durch das Bindegewebe zwischen den Schulterblättern, entlang der Wirbelsäule u.ä.

Hat jeder Teilnehmer seinen Mittelpunkt mehr oder weniger gut gefunden, so erfolgt die Aufforderung, „aus dem Mittelpunkt heraus“ im Raume zu gehen. Das gelöste und doch zentrierte Gehen im Raum stellt eine Grundübung dar, die gelernt werden muß, damit auch hier ein Genralisierungseffekt möglich wird. Teilnehmer, die über längere Zeit im Programm mitarbeiten, kommen „wie von selbst“ in die Zentrierung.

### 5.4 Leistungstraining

Ist ein Mindestmaß an Zentrierung erreicht, so beginnt die Einführung in die Grundpositionen (Pferdestände) des *Kung Fu*. Diese Grundpositionen verstärken die Zentrierung und bilden den Ausgangspunkt einfacher Bewegungsmuster, die so modifiziert wurden, daß sie auf kleinem Raum ausgeführt werden können und die das eigentliche Leistungstraining darstellen.

*Position 1:* der Klient steht, die Beine leicht angewinkelt und schulterbreit, mit in Hüfthöhe gewinkelten Armen. Die Arme werden mit

langem Ausatmen langsam und kraftvoll nach vorne gebracht und mit dem darauffolgenden Einatmen wieder angezogen.

*Position 2:* Das linke Bein wird nach hinten genommen, wobei der linke Fuß im rechten Winkel zum rechten Fuß zu stehen kommt. Die Position ähnelt dem Ausfallschritt beim Fechten. Wiederum werden die Arme in der Ausatmung nach vorne gebracht.

*Position 3:* Von Position 2 wird mit der Ausatmung ein Ausfallschritt nach links gemacht, von dort Einnehmen der Position 1. Es folgt die gesamte Übungsfolge nach rechts und schließlich von Position 1 ein Ausfallschritt nach vorne, so daß in der Positionsfolge sich eine Kreisbewegung ergibt. Diese wird zunächst langsam geübt. Sie stellt einige Anforderungen an die Koordination und fördert mit zunehmender Schnelligkeit Geschicklichkeit und Gewandtheit. Die Armstöße werden kräftiger ausgeführt und zwar verbunden mit einem kraftvollen Ausstoßen des Atems. Schulter-, Brust- und Rückenmuskulatur werden dabei voll eingesetzt. Die Bauchmuskulatur ist durch die Atmung, die Beinmuskulatur durch die Bewegung und den tiefen Grätschstand, einbezogen.

Werden die Grundpositionen beherrscht, so kommen komplexere Bewegungsfolgen hinzu. Beinstöße und Armstöße, die kraftvoll ausgeführt werden müssen, werden nach und nach eingefügt. Die Bewegungsfolgen haben einen tänzerischen Charakter. Mit zunehmender Sicherheit werden sie leicht und anmutig ausgeführt. Bei einer Steigerung der Schnelligkeit wird eine optimale Kreislaufbelastung erreicht. Das Bewegungsgeschehen kommt ohne weiteres an die Intensität eines Lauftrainings heran. Ermüdet der Klient, so führt er die Übungssteile langsamer aus, verweilt etwas länger in den Grundpositionen, setzt aber die Atemarbeit und den Bewegungsfluß fort, nach dem Prinzip des *wu wei*, der mühelosen Mühe. Die Armbewegungen sind nicht mehr stoßend und kraftvoll, sondern ausreichend, sanft, gebend und annehmend, empfangend.

Nach einiger Zeit werden die Übungen auch als Partnerarbeit durchgeführt. Hier wird nicht nur die Koordination geschult, sondern auch das Einfühlungsvermögen in den anderen, das Sich-Einstellen auf die Bewegungsfolgen des anderen. Die Partnerarbeit nimmt sehr oft den Charakter des spielerischen Kampfes oder des fließenden, feierlichen Schreitanzes an. Die einzelnen Positionen führen zu einer Dehnung und Lockerung des gesamten Körpers. Werden genügend Übungsfolgen beherrscht, so wird das initiale Relaxationstraining immer weniger wichtig, weil im Wechsel vom aggressiv-kämpferischen, kraftvoll und auf Ausdauer und Schnelligkeit gehenden Bewegungsmodus zum sanften, fließenden, entspannten, tänzerischen Bewegungsmodus alle er-

forderlichen Impulse für eine funktionale, angemessene Atmung und für ein ausgewogenes Verhältnis von Spannung und Entspannung geboten werden.

Der langsame Beginn und die fortschreitende Intensivierung und zunehmende Schnelligkeit führen zu einer allmählichen Mehrbeanspruchung von Muskulatur, Bändern, Sehnen und Gelenken, und zwar in einer Weise, daß Überforderungen vermieden werden.

## 6. Gesprächsphase

Bei der Partnerarbeit sprechen die Übenden hinterher ihre Erfahrungen mit dem jeweiligen Partner durch. Nach jeder Übungssequenz wird dann die Arbeit mit der ganzen Gruppe diskutiert. Der Übungsleiter erklärt Wirksamkeit und Effekt der einzelnen Übungen. Er erklärt einige Prinzipien bewegungstherapeutischer Arbeit, erzählt etwas über die Tradition der chinesischen Atemgymnastik und der martialen Künste und demonstriert vielleicht die Bedeutung verschiedener Bewegungen und Stöße in den Kampfsportarten. Diese informativen Einblenden wecken und erhalten das Interesse der Teilnehmer. Es wird ihnen deutlich, daß sie nicht nur ein physisches Fitnesstraining praktizieren, sondern eine Bewegungsarbeit, die einen medizinisch-therapeutischen Hintergrund hat und darüberhinaus an eine Tradition angeknüpft, in der die Erfahrungen von Jahrtausenden ihren Niederschlag gefunden haben.

Der Übungsleiter kann zur Vertiefung Lektüre empfehlen: z.B. *Herzigl* (1960), „Die Kunst des Bogenschießens“ oder *Dürckheim*, „Der Alltag als Übung“. Zuweilen können kurze Passagen aus diesen oder ähnlichen Büchern vorgelesen und in der Gruppe diskutiert werden (vgl. *Dürckheim* 1969, 1972, 1974).

Wie weit man die Arbeit in dieser Richtung ausbaut, hängt vom Interesse und vom Fassungsvermögen der Teilnehmer ab. Wir konnten die Feststellung machen, daß nicht nur das wachsende körperliche Wohlbefinden als spürbarer Effekt des Trainings ein wesentlicher motivationaler Faktor war, sondern auch die Einsichtigkeit der Hintergründe.

In einer Gesprächsphase wird auch auf die Bedeutung der Körperlichkeit eingegangen. Die alten Menschen beginnen, ihr Verhältnis zu ihrem Körper zu reflektieren. Der Leiter lenkt auf das Thema der gesellschaftlichen Normen, die zur Negierung des Leibes führen. Die Durchdringung dieser Zusammenhänge ermöglicht den Teilnehmern, ihre Körperlichkeit besser anzunehmen und das Tabu, den alternden

Körper nicht zu zeigen, abzubauen. Hinweise auf Nietzsches Polemik gegen „die Verächter des Leibes“ (Schipperges 1974) und eine Darstellung von Ergebnissen, wie sie Boltanski (1976) erarbeitet hat, bleiben nicht abstrakt. Sie werden in der Arbeit mit dem Leibe „hautnah“ erlebt und damit be-griffen.

## 7. Meditative Bewegung

Es wurde von den alten Menschen häufig betont, daß sie das Training gut fanden, weil es „Sinn“ habe, weil etwas dahinter stecke, weil es nicht nur Körperertüchtigung sei, sondern auch etwas für den Geist. Die Bewegungsarbeit, so wie sie konzipiert ist, kann durchaus den Charakter einer geistigen Disziplin annehmen. Sie läßt sich zu einem bewegungsmeditativen Geschehen vertiefen im Sinne einer Zen-Praxis der Bewegung (vgl. Kwon 1976). Gerade diese Dimension findet bei einem Teil der Gruppen Anklang, und zwar nicht nur bei einer gebildeten Oberschicht.

Die meditative Wirkung des Bewegungsgeschehens wird auch von einfachen Menschen erlebt und erfahren, ohne daß sie die geistesgeschichtlichen Zusammenhänge kennen. Äußerungen wie „ich fühle mich während der Übungen ganz gelassen und ruhig“, „ich bin in mich versunken, so als wenn mich nichts mehr bedrücken könnte“, „ich fühle mich nach den Übungen für den ganzen Tag ausgeglichen und heiter“, läßt die Wirksamkeit des meditativen Bewegungsgestaltens erkennen.

Findet diese Art von Arbeit in der Gruppe Resonanz, so kann dieses Interesse von Seiten des Übungsleiters aufgenommen werden, soweit dadurch der Charakter des Programmes nicht leidet. Anweisungen, wie „in der Bewegung ganz mit dem Atem zu gehen - sich ganz in die Bewegung fallen zu lassen - nur noch Bewegung zu sein - alles Denken beiseite zu lassen - nur noch dem Körper zu folgen“, sind Interventionen, die meditatives Bewegungserleben fördern. Besonders nach dem auf Schnelligkeit, Kraft und Ausdauer gerichteten initialen Bewegungstraining, das bei entsprechender Übung langsam von fünf bis auf fünfzehn bzw. zwanzig Minuten gesteigert werden kann, um eine entsprechende Wirkung auf Herz- und Kreislaufgeschehen zu erzielen, bewegen sich viele Teilnehmer gerne ausklingend weiter. Sie gehen in die meditative Bewegung oder beginnen mit kreativem Bewegungsgestalten und finden hier eine Möglichkeit, mit sich selbst in Kontakt zu sein.

In dem Gruppengeschehen, das solchen Phasen folgt, werden Gespräche über den Lebenssinn, den nahenden Tod und den Umgang mit

der Angst von ihm möglich. Hier gewinnt die funktionszentrierte Bewegungsarbeit den Charakter einer komplexen Selbsterfahrung. Damit eröffnet sich ein Bereich, der als Kreativitäts- und Sozialtraining bezeichnet werden kann.

## 8. Kreativitätstraining

In der nonverbalen Partner- und Gruppenarbeit, sowie in den Gesprächsphasen, wird schon ein intensiver sozialer Bezug aufgebaut. Eingestreute Ballspiele, tänzerische Bewegungsimprovisationen zur Musik, fördern gleichermaßen einen intensiveren Kontakt. Besonders die kreative Bewegungsimprovisation zur Musik ist bei den Teilnehmern beliebt. Hier werden die festen Übungsfolgen und Positionen verlassen. Sie tauchen nur noch gelegentlich als Elemente der Improvisation auf. Beibehalten wird die Bewegung aus dem Zentrum mit dem Atem und der Wechsel von kraftvollen und sanften Sequenzen, die gleichbedeutend mit Belastungs- und Ruhephasen sind.

Die alten Menschen gewinnen Freude an der Bewegung. Sie entdecken ihren Leib, entdecken, daß sie sich in der Bewegung ausdrücken können, ohne zu ermüden, daß sie mit anderen auf eine neue Art in Kontakt zu treten vermögen. Die initialen Hemmungen, die häufig im Partnerkontakt auftreten, werden zu einem Teil durch die intensive funktionale Arbeit abgebaut. Schwierigkeiten werden in den Gesprächsphasen thematisiert, und so wird die Unbefangenheit möglich, die für jedes kreative Gestalten Grundlage ist. In der Integrativen Bewegungstherapie wurden zur Förderung der Kreativität eigene Übungen und Spiele entwickelt, durch die Phantasie stimuliert und neue Erfahrungen möglich werden (*Petzold 1974k*). Gerade in der Arbeit mit alten Menschen ist das aktivierende, erlebniszentrierte Vorgehen, durch das positive Erfahrungen und Alternativen für die Lebensgestaltung aufgewiesen werden, eine wichtige Aufgabe.

Es werden Vorstellungsübungen in die Bewegungsarbeit einbezogen.

Die Teilnehmer sollen sich z.B. vorstellen, sie seien ein Samenkorn einer Blume, eines Baumes oder Strauches, das in der Erde eingeschlossen ist, keimt, erste Blätter treibt, sich nach und nach entfaltet, wächst und Knospen und Blüten hervorbringt. Die Gruppenmitglieder kauern sich auf den Boden, und jeder beginnt für sich langsam mit „seinem Wachstumsprozeß“, gestaltet das Wachsen der Pflanze, die ihm vorschwebt. Einer hat eine gerade aufschießende Gladiole gewählt, ein anderer die vielblütige und vielblättrige Aster, ein dritter ein Veilchen, das am Boden blüht, ein weiterer eine Birke oder eine Pappel, deren Blätter im Wind zittern.

Die Übung kann modifiziert werden, indem man vorgibt, daß jeder sich vorstellen solle, ein Baum zu sein, der den Ablauf eines Jahres erlebt. Hier werden die Möglichkeiten der Wahl verschiedener Bäume mit Vorstellungen über den Verlauf der Jahreszeiten verbunden. Eine Teilnehmerin bildet die schlanke Birke, die sich im Frühlingswind sanft wiegt, im Sommer die Blätter schlaff hängen läßt und im Herbst durch die Stürme hin und her gezaust und leergefegt wird. Ein anderer Teilnehmer wählt die knorrige Eiche, ein dritter eine Weide. Einige Teilnehmer haben sich zu einer Gruppe engstehender, hohstämmiger Tannen zusammengestellt. Windgeräusche können durch Zischlaute und den Einsatz der Stimme simuliert werden.

Bei dieser oder ähnlichen Übungen ergeben sich auch Improvisationen mit der ganzen Gruppe. Die Geräusche werden von allen Teilnehmern zusammen gemacht. Die Zweige, durch die Hände dargestellt, stoßen aneinander, ein kleiner Schößling wächst nahe am Stamm eines mächtigen großen Baumes und findet bei ihm Schutz usw..

Die Imaginationsübungen werden in der Regel mit geschlossenen Augen durchgeführt, wodurch die visuelle Vorstellungskraft angeregt wird.

In den nachfolgenden Gesprächsphasen berichtet jeder über das, was er gesehen hat. Dadurch lernt sich die Gruppe besser kennen. Es kommen Gespräche über Landschaften in Gang, die man visualisiert hat, in denen man aufgewachsen ist oder über einige Zeit gelebt hat. Zur Selbsterfahrung des Leibes in der Bewegung gesellt sich die gemeinsame Erfahrung in der Gruppe (*Petzold, Berger 1978*). Die Verbindung von Bewegung, Imagination und Musik bietet für die kreative Gruppenarbeit weitere Möglichkeiten. Wir arbeiten mit Musikstücken von Tonträgern oder bewegen uns nach Musik, die die Teilnehmer mit einfachen Instrumenten wie Tambourin, Schlaghölzern oder - wo vorhanden - mit dem Orff-Instrumentarium improvisieren. Werden Musikstücke von Band oder Schallplatte verwandt, so wird mit den Teilnehmern über die Stücke diskutiert. Es kann auch angeregt werden, daß die Klienten Schallplatten und Tonbandkassetten, die sie für die Bewegungsimprovisation gerne verwenden möchten, von zu Hause mitbringen.

Arbeit mit Musik gehört zu den Teilen des Programms, die sich besonderer Beliebtheit erfreuen (*Kirchmann 1979; Petzold 1979m*). Sie rangiert noch vor den Mannschaftsspielen, die aufgrund ihrer Struktur - zwei Parteien stehen im spielerischen Wettbewerb - gleichfalls großen Anklang finden. Die Musik vermag die verschiedensten Gestimmtheiten zu vermitteln, die im Unterschied um passiven Musikhören in der Bewegung, im Tanz (*Hill 1976; Briner 1977*) ihren Ausdruck finden

können. Wenn eine genügend große Auswahl an Musikstücken vorhanden ist, kommt in der Entscheidung der Gruppe für das eine oder andere Stück auch die emotionale Situation der Gruppe zum Ausdruck, die in der Gesprächsphase thematisiert und reflektiert werden kann.

Je intensiver die Arbeit in diese Richtung vorangetrieben wird, desto stärker gewinnt sie den Charakter einer Selbsterfahrungs- oder Therapiegruppe, in der die Arbeit an Problemen und Beziehungen einen größeren Raum einnimmt.

Gruppendynamische Spannungssituationen, z.B. wenn unterschiedliche Wünsche und Präferenzen aufeinandertreffen, werden nicht, wie in den leiterzentrierten Gruppen herkömmlicher Sport- und Gymnastikveranstaltungen, ausgeblendet oder autoritär entschieden. Vielmehr werden derartige Kontroversen aufgegriffen und bearbeitet, denn sie sind notwendig, wenn man nicht Gefahr laufen will, eine „Harmoniegruppe“ herauszustilisieren, in der Konflikte verdeckt werden und in der die Dimension der Direktheit verlorengeht. Differenzen können im Gruppengespräch oder auch in der Bewegungsimprovisation ausgetragen werden. Die Anregung, die Meinungsverschiedenheiten einmal pantomimisch auszudrücken und in der Bewegung auszuspielen, wird in der Regel von den Teilnehmern, die schon länger in der Bewegungsgruppe arbeiten, gut aufgenommen und führt zur Klärung der Situation. Wichtig dabei ist, daß der Gruppenleiter derartige Situationen aufzunehmen weiß und sie durch entsprechende Interventionen strukturiert (Petzold, Berger 1978).

## 9. Sozialtraining

Ein derartiges Vorgehen, das die Beziehungsebene und die Gruppendynamik voll einbezieht, erfordert und fördert *social skills*, die darüberhinaus durch Interaktionsspiele und Kommunikationsübungen in einem spezifischen Sozialtraining entwickelt werden können.

Die Vielzahl der nonverbalen Bewegungsübungen aus der Gestalt- und Encounter-Tradition (Vopel 1976; Otto 1970; Stevens 1975) stellen ein reichhaltiges Repertoire zur Verfügung, auf das der Bewegungstherapeut zurückgreifen kann.

In der Integrativen Bewegungstherapie selbst wurden gleichfalls zahlreiche Übungen für ein Interaktions- und Kommunikationstraining entwickelt (Petzold 1974/1977, S. 384ff). In der Regel wird mit einfachen Bewegungsübungen begonnen. Sie erleichtern in der Initialphase die Arbeit und den Kontakt und führen zu einem besseren Kennenlernen (Garnet 1977). Ferner ermöglichen sie die persönliche Begeg-

nung zwischen den Teilnehmern. Bei den Bewegungsübungen gehen z.B. zwei Gruppenmitglieder aufeinander zu, ohne miteinander zu sprechen. Darauf gehen sie nebeneinander her, wobei der eine versucht, sich in den Gang und in den Bewegungsrhythmus des anderen einzufinden. Nach einiger Zeit werden die Rollen getauscht. Danach wird über die Erfahrung gesprochen. Bei einer anderen Übung spielt die Gruppe mit einem imaginären Ball. Es werden zwei Mannschaften gebildet, die miteinander kooperieren müssen. Zwischendurch wird immer wieder eine Gesprächsphase eingeschaltet, wo die beiden Untergruppen jeweils für sich ihre Kooperationen besprechen und reflektieren können, und wie sie in der nächsten Spielsequenz noch besser und effektiver zusammenarbeiten können.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit ist das Gespräch über Kommunikation und Kontakt im Alter. In derartigen Gesprächen wird den Teilnehmern deutlich, in welcher persönlichen Situation die einzelnen Gruppenmitglieder stehen. Es wird zumeist auch ausdrücklich der Wunsch nach Kontakt verbalisiert. Dieser ist ein zentraler motivationaler Faktor für die Teilnahme an den Veranstaltungen, der genauso wichtig ist, wie der Wunsch nach einem körperlichen Gesundheitsprogramm.

Der Teil der Gruppenarbeit, der als Sozialtraining charakterisiert wird, hat die wichtige Funktion, die Teilnehmer dazu anzuregen, auch außerhalb der Sitzungen miteinander Kontakt aufzunehmen und z.B. Spazier- oder Laufgruppen zu bilden. Viele alte Leute, insbesondere Frauen, sind ängstlich, alleine ausgedehntere Spaziergänge zu machen. Gemeinsam im Park zu laufen, erscheint ihnen weniger riskant als alleine auf die Trimmstrecke zu gehen. Aus derartigen, mit dem Programm verbundenen Kontakten entwickeln sich weitere Beziehungen im Alltag.

Da Arbeit mit alten Menschen nur sinnvoll ist, wenn sie den gesamten Lebenskontext im Auge hat (*Garnet 1977*) und versucht, auf diesen einzuwirken (*Petzold/Bubolz 1976*), darf Integrative Bewegungstherapie mit dieser Zielgruppe nicht auf die Bewegungsarbeit begrenzt bleiben. So wesentlich z.B. ein Herz-Kreislauf-Training für das gesundheitliche Wohlbefinden des alten Menschen ist, so eingeschränkt wird es, wenn es den Gesamtkontext nicht berücksichtigt (*Petzold 1977*).

## 10. Arbeit mit Siechen und Hochbetagten

Für die Arbeit mit Hochbetagten, Siechen und Schwerbehinderten sind bislang kaum Verfahren vorhanden, und es liegen nur wenige Erfahrungen vor (*Petzold 1977; AAHPER 1974; 1976 a, b; 1978; Loew et*

al. 1971; McClannahan 1973; Starzmann 1971). Da diese Klientengruppe nur über ein minimales Bewegungspotential verfügt, ist ein spezifisches Procedere erforderlich (vgl. Hill 1976). Hier gewinnt die kreative Bewegungsimprovisation und die funktionale Atemarbeit besondere Bedeutung, wobei das Medium Musik zu einem tragenden Element im Vorgehen wird (Frohne 1979; Wells 1953; Liederman 1967).

Je schwerer die Behinderung und die Einschränkung ist, desto weniger ist es möglich, in größeren Gruppen zu arbeiten. Die Klienten erfordern die gesamte Aufmerksamkeit des Bewegungstherapeuten. In einem Heim mit Pflegefällen haben wir Bewegungsimprovisationen zur Musik auf den Zimmern mit zwei oder drei Patienten durchgeführt, zum Teil aber auch in Einzelsitzungen gearbeitet. Nach einer kurzen funktionalen Atemarbeit, die von den meisten Patienten als sehr entlastend erlebt wurde, sind zunächst zur Einstimmung zwei oder drei kleine Musikstücke vorgespielt worden. Zu diesen wurde dann mit den Händen und Armen improvisiert. Die Ausdrucksmöglichkeiten, die diesen stark eingeschränkten Patienten in Mimik und Gestik verblieben sind, sind zum Teil sehr reich, aber sie erfordern ein Gegenüber. Der Bewegungstherapeut wird hier viel mehr als in den übungs- und erlebniszentrierten Gruppen der agogischen Arbeit zur Beziehungsperson, die ein wenig Erleichterung in die Trostlosigkeit des Heimalltags bringt. Es ist zweifelsohne so, daß bei dieser Patientengruppe der persönliche Kontakt das wesentlichste Element der Arbeit darstellt. Bewegung und Musik jedoch bieten dem Therapeuten ausgezeichnete Möglichkeiten, bei aller Zuwendung, die er zu geben bereit sein muß, eine aufgabenorientierte Dimension im Kontakt aufrecht zu erhalten. Das gemeinsame Tun, das Gestalten mit der Bewegung, bietet eine Hilfe, die Übertragungsintensität zu regulieren, die in der Arbeit mit Hochbetagten und siechen Patienten oftmals zu einem Problem wird, da diese ihre gesamte Hoffnung auf den Therapeuten bzw. die Kontaktperson richten und Erwartungen entwickeln, die diese, insbesondere weil sie viele Patienten zu versorgen haben, nicht erfüllen können.

Das Erschließen des Musikerlebens und der Bewegungsgestaltung gibt dem Patienten etwas, was er behalten kann, auch wenn der Therapeut gegangen ist. Die Gebärde hat für denjenigen, der sie ausführt, eine Bedeutung und einen Wert. Das aufgeführte Beispiel der aus dem Samenkorn wachsenden Blume kann ohne weiteres von einem Patienten, der halbseitig gelähmt ist, aber noch eine bewegliche Hand hat, mit dieser ausgeführt werden. Das Spiel mit Händen und Mimik stellt besonders für Apoplexiepatienten noch eine Möglichkeit des Ausdrucks und der Verständigung dar.

Auch bei hochbetagten Patienten, mit denen man oftmals nur im Sitzen arbeiten kann, findet das Spiel mit den Händen und den Armen eine gute Resonanz. In Einzelimprovisationen und Partnerübungen entwickeln die Teilnehmer eine Begeisterung, die dem Spiel von Kindern mit Händen und Fingern vergleichbar ist. Hier nimmt der Bewegungstherapeut bzw. der Bewegungspädagoge beschäftigungstherapeutische und freizeitpädagogische Aufgaben wahr und greift zuweilen auch auf Methoden aus diesem Bereich zurück, z. B. auf das Handpuppenspiel (Pfeiffer 1965; Franzke 1977).

Wie gering das Bewegungspotential eines Patienten auch sein mag, die Arbeit mit Atem und Bewegung bringt in der Mehrzahl der Fälle Entlastung, Freude, ein Stück Wohlbefinden.

## Schlußbemerkung

Die Möglichkeiten der psychologischen Gruppenarbeit mit alten Menschen sind bislang noch kaum genutzt worden. Wenn Gruppenarbeit über die verbale Dimension hinausgeht und, wie das in der Integrativen Bewegungstherapie und Bewegungserziehung geschieht, körperliches Fitnesstraining, kreatives Bewegungsgestalten, Selbsterfahrung mit der eigenen Körperlichkeit und Sozialtraining in der Gruppe bietet, so wird hier eine sehr nützliche und komplexe Methode für geragogische und sozialgerontologische Programme bereitgestellt, die nach den bisherigen Erfahrungen bei alten Menschen sehr guten Anklang findet.\*

---

\* Literatur in der Bibliographie S. 447ff.



## V. Psychosomatische und pharmakologische Ansätze



# Autogenes Training und Hypnose in der Behandlung alter Menschen

*Dietrich Langen, Mainz*

Wenn auch das autogene Training von *J. H. Schultz* zumindest im deutschsprachigen Raum so weitgehend bekannt ist, daß es kaum noch erklärt zu werden braucht, so sollen doch ein paar einleitende Gedanken hierzu geäußert werden.

Das autogene Training ist ein aktiv autohypnoides Verfahren, das sich gut einreihen läßt in andere ähnliche Methoden, wie etwa der „progressive relaxation“ von *Jacobson* (*Stocksmeier* fand hierfür die gute deutsche Bezeichnung „muskuläres Tiefentraining“), ferner die „natural childbirth“ von *Dick-Read*, die aktive Tonusregulation von *Stockvis*, die Psychoprophylaxe von *Velvovski-Lamaze* und die gestufte Aktivhypnose von *Kretschmer*. Alle diese Verfahren habe ich gegenüber den älteren Methoden, die zwischen den Jahren von 1898-1928 entwickelt wurden und am besten als „passiv-autohypnoide Verfahren“ bezeichnet werden können, zusammengefaßt als „aktiv-autohypnoide Methoden“.

Im deutschsprachigen Raum ist Das autogene Training von *J. H. Schultz* am weitesten bekannt. Es wurde schrittweise beginnend im Jahre 1926 entwickelt und hat 1932 erstmalig seine monographische Darstellung gefunden, die bis jetzt 15 Auflagen erlebt hat. Zu dem als Lehrbuch zu bezeichnenden ausführlichen Werk „Das autogene Training, konzentrierte Selbstentspannung“ hat *Schultz* selbst dann noch seine Gedanken zusammengefaßt in einem kleineren Büchlein „Das Übungsheft des autogenen Trainings“ (18. Aufl., bearbeitet von *D. Langen*).

Will man die wesentlichen Gedanken des autogenen Trainings zusammenfassen, so läßt es sich am besten charakterisieren als ein „übender Weg zur Autohypnose“, wie *Schultz* sein Verfahren auch selber schon vor Jahrzehnten bezeichnet hat, bzw. eine „konzentrierte Selbstversenkung“. Ich selber benutze die Bezeichnung *Selbstversenkung* dabei lieber als die der Selbstentspannung, um hierdurch zum Ausdruck zu bringen, daß es neben den körperlichen Entspannungsphänomenen auch zu psychischen Veränderungen kommt.

Faßt man die wesentlichen Befunde beim autogenen Training zusammen, so kann man von der körperlichen Seite her folgende Feststellungen treffen: Im Bereich der Muskulatur kommt es zu einer Verringerung des Muskeltonus, die subjektiv als „Schwere“ erlebt wird und die gesamte Muskulatur des Körpers betrifft. Im Bereich des Gefäßsystems ist diese Verringerung des Muskeltonus gekoppelt mit einer Vasodilatation, d. h. also Erweiterung der kleineren Gefäße insbesondere an der Peripherie des Organismus. Subjektiv wird dieser Befund erlebt als ein Wärmerwerden des Körpers, und auch hier wieder insbesondere der Extremitäten. Die über den ganzen Körper hinausgehende Muskelentspannung (Hypotonie der Muskulatur) und die ebenso über den ganzen Körper hinausgehende Vasodilatation stellen die „Grundübungen“ des autogenen Trainings dar. Schon sie sind gekoppelt mit einer psychischen Veränderung, in deren Mittelpunkt eine „Ruhetönung“ steht, so daß schon ein die Grundübungen des autogenen Trainings Durchführender sich eingetaucht fühlt in das Erlebnis einer inneren Ruhe und körperlich als ein entspannt von Schwere und gleichmäßig durchwärmter Mensch. Schon dies wirkt im ganzen so wohltuend, daß ein derartiger Zustand gerne angestrebt wird.

Die seelische Verfassung der „Ruhetönung“ ist dabei dergestalt, daß ein Zustand zwischen Schlafen und Wachen entsteht, weshalb O. Vogt ebenso wie bei der Heterohypnose von einem „teilweisen Wachsein“ oder „teilweisen Schlaf“ sprach. Dasselbe gilt für das autogene Training, bei dem ja der Übende durch die Konzentration auf „Ruhe-Schwere - Wärme“ mit einem gewissen Rest von Wachheit das Absinken in „schlafende Bewußtlosigkeit“ verhindert, so daß er in diesem angenehmen Schwebезustand zwischen Schlafen und Wachen verharrt.

Das autogene Training hat dann noch eine Reihe von „Organübungen“, die gelegentlich auch als „Visceralübungen“ bezeichnet werden, bei denen es zur Umstellung des Atemablaufs, des Herzrhythmus, der Magen-Darm-Funktion und schließlich des subjektiven Gefühls der Stirnkühle kommt. Alle diese Organübungen treten schon bei der Durchführung der Grundübungen auf, so daß die Organübungen unter Umständen gar nicht gesondert konzentriert zu werden brauchen. Die auf die Atemumstellung bzw. Regulierung der Herzfunktion und der Magen-Darmfunktion eingestellte Konzentration intensiviert diese „organismische Gesamtumschaltung“, wie J. H. Schultz die Änderungen der vegetativen Regulationen bezeichnete. (Luthe hat hierfür eine recht gute englische Übersetzung geliefert: „It is psychobiological shift to a trophotrophics state“.)

Als durchschnittliche Leistung auch der Grundübungen des autogenen Trainings, erst recht der Unterstufe des Verfahrens, können genannt werden: affektive Resonanzdämpfung (das ist das Abstellen störender gefühlsmäßiger Reaktionen), vertiefte Erholung, was gerade bei dem modernen Menschen, der ohne eine ausgiebige Mittagspause durchzuarbeiten hat, wichtig ist, Verbesserung der Muskelleistung, was gerade für Sportler wichtig ist, Verringerung der Schmerzwahrnehmung, was in sehr vielen Lebenslagen, die mit Schmerzen verbunden sind, besonders wichtig ist, Durchwärmung der Extremitäten gerade bei Menschen, die z. B. an kalten Händen und Füßen leiden, was von *Schultz* bezeichnet wurde als „die formelhaften Vorsatzbildungen“. Bei ihnen soll die konzentrierte Einstellung gerade auf die Dinge erfolgen, zu deren Realisierung der einzelne schlecht oder gar nicht in der Lage ist. Hierzu würde etwa gehören die Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit, Leichtigkeit, sich zu erregen, die Vergeßlichkeit, die übertriebene Gewissenhaftigkeit usw.

In der „gestuften Aktivhypnose“, die 1946 von *E. Kretschmer* erstmalig beschrieben wurde und vom Verfasser in den ganzen Jahrzehnten weiter ausgebaut wurde, spielen auch alle die bisher genannten Faktoren eine gewichtige Rolle. Bei der gestuften Aktivhypnose beschränken wir uns allerdings auf die Grundübungen des autogenen Trainings, d. h. also auf das generalisierte Schwere- und Wärmeerlebnis, und ziehen dafür die prolongierte Konvergenzhaltung der Augen (Fixationsübung) vor, um auf diese Weise direkter einen hypnoiden Zustand zu erreichen. Entsprechend wurden dann auch die formelhaften Vorsatzbildungen von *J. H. Schultz* etwas systematischer ausgebaut.

Die wandspruchartigen Leitsätze bestehen in der Regel aus zwei Abschnitten: Zunächst sollen störende Faktoren, die sich als Leitsymptom kundtun, in einen Abstand, d. h. zu einer Indifferenz gebracht werden, so daß die komplexhaften Irritationen wegfallen. Als zweites versucht man in einem derartigen wandspruchartigen Leitsatz die Charaktereigenschaft anzusprechen, die der Patient aus eigener Kraft nicht zu mobilisieren in der Lage ist.

Als weitere durchschnittliche Leistung führt *Schultz* in seinem Buch das an, was er als „Selbstschau“ bezeichnet: „Wir können, wie es etwa in der hypnotischen Persönlichkeitsforschung von *O. Vogt* und seinen Mitarbeitern geschah, der die Hypnose als sein seelisches Mikroskop bezeichnete, in diesen Ausnahmeständen unsere Versuchspersonen enthemmt produzieren und erleben lassen. Wir verweisen hier besonders auf die erwähnten neueren Studien über das Einschlafenerlebnis, über produktive Verläufe in Rausch und Schlaf und nicht zuletzt auf

die grundlegenden Erfahrungen der Psychoanalyse. Was allen diesen Erfahrungen gemeinsam erscheint und in der Welt der Mystik oft rätselhaft zu uns spricht, ist das Grundphänomen einer bildhaft anschaulichen, aus den Tiefen der Persönlichkeit flutenden Produktivität. Ziellos oder mit gewisser Richtung auf Selbstschau in Versenkung eingestellt, erlebt der Trainierte, und dies umso intensiver, je weiter er in der Technik fortgeschritten ist, beglückende oder bestürzende Bereicherungen aus einer Unterwelt“ (J. H. Schultz, 14. Aufl., S. 124).

Dieses Problem der „Selbstschau“ spielt nun gerade für ältere Menschen eine besondere Rolle, weshalb sie hier zunächst einmal schon erwähnt werden soll und uns später noch beschäftigen wird. Vergleicht man aber im übrigen die Literatur des autogenen Trainings, wie sie wohl am ausführlichsten von W. Luthe dargestellt wurde, so fällt doch eines ganz besonders stark auf: autogenes Training, und ähnliches gilt auch für die Hypnose, wird in Verbindung mit dem alten Menschen so gut wie gar nicht oder höchstens ganz am Rande erwähnt. Im deutschsprachigen Raum ist es im wesentlichen Barolin, der vereinzelt sich immer wieder über die Verwendung des autogenen Trainings bei alten Menschen ausspricht. Wir selber haben in dieser Richtung ebenfalls nur einzelne Erfahrungen, die aber doch in mancher Hinsicht so typisch sind, daß sie jetzt als nächster Schritt hier dargestellt werden sollen.

In einer Gruppe von Üben, vor allem wenn dies im Bereich der Vorsorgemedizin erfolgt, finden sich immer Einzelne, die zum Kreis der älteren Menschen gehören, wenn man diesen Begriff nicht zu weit gefaßt verstehen will. Der mir bekannteste Älteste, der im Rahmen einer Gruppe jüngerer Menschen das autogene Training zu erlernen versuchte, war 75 Jahre alt. Von noch älteren Menschen ist mir nicht bekannt, daß sie überhaupt noch das Bedürfnis hatten, das autogene Training zu erlernen. Die Anwendung einer Hypnose als Therapie steht auf einem anderen Blatt und soll deswegen hier nicht in diesem Zusammenhang erwähnt werden.

Ältere Menschen zeigen beim Lernvorgang des autogenen Trainings dabei einige immer wiederkehrende Auffälligkeiten: Den meisten von ihnen fällt es schon von vornherein schwer, sich rein auf konzentrativem Wege die Veränderung des Muskeltonus vorzustellen. Daß die Vorstellung „rechter Arm schwer“ zu einer Verringerung der Muskelspannung führen soll, ist ihnen oft nicht recht begreiflich zu machen. In diesen Fällen greifen wir deshalb sehr gerne das „muskuläre Tiefentraining“ (*the progressive relaxation*) auf, um über das Kontrasterlebnis des vorher gespannten Muskels, aus dem man langsam die Span-

nung herausläßt, dann das mit der Entspannung verbundene Schwere werden der Extremität erleben zu lassen. Geschieht dies ein paar Mal, dann erfolgt es wirklich auch über die Konzentration, und es kommt zu einer Veränderung des Muskeltonus in Richtung einer Hypotonie. Dieser Weg kann aber, im Vergleich zu jüngeren Menschen, wesentlich langwieriger sein und bedarf oft einer mühevollen, auf einzelne Äußerungen gehenden Unterstützung. Je homogener die Gruppe ist, d. h. je mehr es sich um eine Gruppe älterer Menschen handelt, die das autogene Training erlernen wollen, was, wie bereits angedeutet, gar nicht so besonders häufig vorkommt, desto leichter gelingt es dann auch in der Tat, die Hypotonie der Muskulatur zum Erlebnis zu bringen. Es scheint offenbar so, als ob der ältere Mensch physiologische Veränderungen seines Körpers schwerer wahrzunehmen in der Lage ist als ein jüngerer.

Gelingt es trotz aller Bemühungen nicht, das Schweregefühl zur Realisation zu bringen - in der Regel ist das gleiche Phänomen bei dem Versuch, die Wärmeübung zu vermitteln, zu beobachten -, so verzichten wir oft darauf und betonen wesentlich mehr das Ruheerlebnis. Aus ihm heraus kann es dann gewissermaßen indirekt zu einer Wahrnehmung der verringerten Muskelspannung kommen.

Ist der soeben beschriebene Weg nicht so recht gangbar, sollte versucht werden, über eine Atemregulierung die organismische Gesamtumschaltung zu erreichen. Bekanntlich suchen ja so gut wie alle „asiatischen Meditationen“, wozu das Yoga, die buddhistische Versenkung, die taoistische Meditation und das Zen zu rechnen sind (um nur die wichtigsten zu nennen), den Einstieg zu der veränderten Bewußtseinslage über eine Regulierung der Atmung. Beim Yoga und bei den von ihm beeinflussten Verfahren wird die Atemhemmung in den Vordergrund gerückt, bei den Meditationsformen, die sich mehr von der buddhistischen Versenkung ableiten, ergeht die Anweisung, die Atmung umzuschalten, bis sie „trefflich und freudereich“ werde, wie Buddha dies ausgedrückt hat, was in unserem Sprachgebrauch heißen würde, bis sie sich auf eine autonome Atmung umschaltet. Dann kann es sehr wertvoll sein, die Konzentration auf die Ruhe, die Schwere und dann schließlich auch die Wärme an die Ausatmungsphase zu koppeln, da diese immer mit einer Entspannung verbunden ist.

Aus all dem wird ersichtlich, wie „erfindungsreich“ der Übungsleiter sein muß, um älteren Menschen doch noch einen Zugang zu einer Entspannung zu vermitteln. Bevor die mehr klinisch orientierten Bereiche des autogenen Trainings berührt werden, soll hier noch auf Selbstschau und die mit ihr unter Umständen lose zusammenhängende Schlaf-Wach-Steuerung eingegangen werden.

Die Selbstschau ist eine Art „Bildstreifendenken“ (E. Kretschmer), bei dem der in einem Selbstversenkungszustand sich Befindende sich tragen läßt von Bildern, die an ihm vorbeiziehen. Dazu soll er angeregt werden, einzelne Bestandteile dieser Bilder nicht zu scharf zu fixieren und sein Bewußtsein darauf hinzulenken, sondern sich einfach treiben zu lassen, als wenn er, um ein Bild zu brauchen, auf einer Brücke steht und einem Fluß mit seinen Wellen nachsieht. Es kommt dann leicht zu etwas, das *Ahlenstiel* bezeichnet hat als „stilisiertes Erinnerungsgut entoptischer Formen“. Dabei ist es gar nicht notwendig, unbedingt psychokathartisch wirkende Elemente in diese Selbstschau einzubauen. Vielmehr scheint es wesentlicher, in der Erinnerung zwar haften gebliebene, aber eher doch neutrale Bilder sich zu vergegenwärtigen.

Lediglich wenn ein älterer Mensch sich in einer Bedrängnis befindet, kann eine derartige Selbstschau ausgenutzt werden zu einer Selbstklärung. Gerade derartige Tiefenentspannungen fördern das Auftauchen derartiger innerer Bilder. Das ist auch der Grund, weshalb die innere Bilderschau von *Vogt* bezeichnet wurde als „seelisches Mikroskop“. Will man gar diese Selbstschau steuernd gestalten, läßt sie sich gut einbauen in das „katathyme Bilderleben“ von *Leuner*, wobei dann der so Übende angeregt wird, sich angenehmen Bildern hinzugeben, wie etwa einer „Wiesenmeditation“, „Bergmeditation“ usw. Hier wird sichtbar, wie das Verfahren der Selbstversenkung fließende Übergänge hat zur Meditation.

Für den alten Menschen kann es dabei ebenso bedeutungsvoll sein, sich von falsch entstandenen Schlafvorstellungen abzulenken. Erfahrungsgemäß wird ja der Schlaf des alten Menschen im großen und ganzen wesentlich flacher und ähnelt oft mehr einem Schlummerzustand als einem Tiefschlaf, der ihm in seinen früheren Lebensjahrzehnten gewohnt gewesen sein mag. In diesen Schlummerzustand hinein über das autogene Training sich einer inneren Bilderwelt hinzugeben, wirkt nicht nur psychisch lösend auf den alten Menschen, sondern kann dann auch wiederum die Wach-Schlafsteuerung so anregen, daß die Schlaftiefe sich intensiviert.

Bei Berührung dieser Probleme sind wir nun schon unmittelbar auch im klinischen Bereich zum autogenen Training für alte Menschen gekommen. Abgesehen von einigen, später noch zu erwähnenden, aber eher randständigen körperlichen Indikationen des autogenen Trainings bei alten Menschen, ist es vor allen Dingen die Einstellung zum Schlaf und damit indirekt auch eine Änderung der Schlaf-Wach-Steuerungselber, die eine nicht unwesentliche praktische Bedeutung hat. Nichts hindert Schlaf mehr als ungeduldiges Warten auf ihn. Sich hier nun in

einen Zustand des „partiellen Schlafs“, d. h. also in einen Versenkungszustand einer inneren Bilderwelt hinzugeben, wie gerade eben erwähnt wurde, kann als schlaffördernder Faktor erster Ordnung wirken. So ist das autogene Training als Verbesserung der Schlaffähigkeit des alten Menschen mit an die erste Stelle der Indikation zu rücken.

Ein zweiter Bereich betrifft die Gedächtnisleistung. Erfahrungsgemäß lassen Erinnerungsfähigkeit und damit auch Gedächtnis im Alter nach. Durch krampfhaftes sich Wiedererinnern wollen oder sich wieder Einfallen lassen wollen, was im Augenblick vergessen worden ist, wird dieser Befund noch verschlimmert. Lernt nun der alte Mensch, sich dem autogenen Training hinzugeben, kann es möglich sein, daß im Augenblick geistig nicht Gegenwärtiges nun in der Erinnerung wieder auftaucht. Begreiflicherweise werden hier die Erwartungen nicht zu hoch geschraubt werden können. Was aber im Prinzip in jüngeren Jahren möglich ist, läßt sich auch beim alten Menschen wenigstens zum Teil verwirklichen.

Man denke in diesem Zusammenhang daran, daß durch Heterohypnosen das Erinnerungsvermögen ganz erheblich verändert werden kann bis zur Erinnerungslosigkeit und daß auch umgekehrt Vergessenes wieder in Erinnerung gebracht werden kann im Sinne einer Hypermnesie. Der gleiche Vorgang spielt sich beim autogenen Training ab, so daß eben auch beim alten Menschen in Vergessenheit geratenes unter Umständen wieder erinnert werden kann. Verbesserung der Schlaf-Wach-Steuerung und Verbesserung der mnestischen Funktionen scheinen mir jedenfalls der Hauptindikationsbereich für die Verwendung des autogenen Trainings im Alter zu sein. Demgegenüber spielen Veränderungen von Organfunktionen, wie sie ja beim autogenen Training jüngerer Menschen in gewissen Grenzen vor allen Dingen dann möglich sind, wenn es sich um noch nicht organisch fixierte Funktionsstörungen handelt, beim alten Menschen eine relativ geringe Rolle. Im Mittelpunkt steht hier unter Umständen noch eine Veränderung der Gefäßregulation. Da aber Alter und Erstarrung des Gefäßsystems in einer inneren Beziehung zueinander stehen - „der Mensch ist so alt wie seine Gefäße“ (*Bürger*) -, können Änderungen der Gefäßregulation unter Umständen auch Verbesserung der Körperfunktion mit sich bringen. Beim alten Menschen aber spielen hier andere Zugangswege eine größere Rolle als diejenigen über eine konzentrierte Selbstentspannung. Zu nennen ist hier vor allen Dingen die Bewegung, welche wesentlich besser in der Lage ist, günstige Durchblutungsveränderungen zu bewirken.

Da somit die körperliche Bedeutung des autogenen Trainings für alte Menschen eher an die Peripherie rückt, bekommt es in seinen geistigen

Dimensionen einen umso größeren Stellenwert. Alle Bereiche, die man zusammengefaßt bezeichnen kann als „Bildungsarbeit mit alten Menschen“, sind gerade in Zusammenhang mit dem autogenen Training ganz besonders stark in den Vordergrund gerückt. Autogenes Training ist ja eine Methode, die, richtig angewandt, in der ständigen Wiederholung eine konzentrierte Leistung darstellt. Je konsequenter eine derartige Leistung erbracht wird, umso wirkungsvoller wird sie sich auf alle die Bereiche auswirken, die bei der Fülle geragogischer Fragestellungen zu beachten ist. Das Wesentliche des autogenen Trainings auch beim alten Menschen ist demnach - ebenso wie bei Menschen in jüngeren Lebensjahren - die regelmäßige Wiederholung dieser psychophysischen Umschaltung auf konzentrativem Wege; dann werden alle die Leistungen, zu denen das autogene Training befähigt, sich gerade im Alter besonders günstig auswirken. Die Verlagerung des Schwerpunktes auf mehr geistige Bereiche liegt in der Natur der Sache.

Im Vergleich zum autogenen Training spielen dagegen heterohypnotische Verfahren beim alten Menschen eine nur ganz untergeordnete Rolle. Die Hypnose als ein durch Suggestion herbeigeführter Zustand eines eingeeengten und verschiedengradig gesenkten Bewußtseinszustandes, bei dem es zu trophotrop betonten vegetativen Umschaltungen kommt, ist ja eine von vorneherein symptomorientierte Behandlung. Darüber hinaus gehende Veränderungen, unter Umständen des ganzen Menschen, bewirken zu wollen, sind schon in ganz jungen Jahren mehr als Mißbrauch denn als echte Indikation zu bezeichnen. Das gilt in noch stärkerem Maße für die Verwendung von Hypnose bei alten Menschen.

Lediglich eine Indikation sollte besonders herausgehoben werden: Alte Menschen leiden erfahrungsgemäß in einem höheren Prozentsatz an Karzinomen. Diese können vor allen Dingen in fortgeschrittenen Stadien zu Schmerzzuständen führen. Hier kann es segensreich sein, über eine Heterohypnotherapie eine Verringerung der Schmerzwahrnehmung zu erreichen, um auf diese Weise einen unter Umständen nur schwer erträglichen Zustand zu verbessern. Es kann sich aber auch hierbei höchstens um vorübergehende Einflußnahmen handeln. Sucht man über längere Zeit hinweg Schmerzverringerungen bei derartigen Zuständen zu bewirken, wird man immer bestrebt sein, ein heterohypnotisches Verfahren in ein autohypnotisches umzuschalten und den alten Menschen auf eine autohypnotisch induzierte Hypalgesie einzustellen. Dann aber sind wir schon wieder mehr im Bereich des autogenen Trainings als der Hypnose.

Eine weitere Indikation zur Anwendung von Hypnosen auch bei alten Menschen können postoperativ entstandene funktionelle Muskel-

funktionsstörungen sein, wie wir sie etwa bei den Miktionsstörungen von Frauen nach Beckenbodenoperationen kennen. Hier können durch ängstliche Erwartungshaltungen Spannungen entstehen, die dann ein derartiges Symptom noch verstärken. Da es hier darauf ankommt, in möglichst kurzer Zeit eine derartige muskuläre Funktionsstörung zu beseitigen, bietet sich hier die Hypnotherapie an. Da derartige Beckenbodenoperationen zur Straffung gerade bei älteren Frauen durchgeführt werden, ergibt sich hieraus eine positive Indikation zur Heterohypnose bei älteren Menschen.

Darüber hinaus aber lassen sich positive Indikationen für eine Hypnotherapie beim alten Menschen nicht herausarbeiten.

#### Literatur

*Langen, D.*, Psychotherapie, Thieme, Stuttgart, 1978<sup>4</sup>.

- , Die gestufte Aktivhypnose, Thieme, Stuttgart, 1979<sup>5</sup>.

*Langen, D.* (Hrsg.), Der Weg des autogenen Trainings, Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt, 1972<sup>2</sup>.

*Luthe, W.*, Applications in psychotherapy, in: *Luthe, W.* und *J.H. Schultz*, Autogenic therapy, Vol. III, Grune & Stratton, London/New York 1969.

*Petzold, H.* und *E. Bubolz* (Hrsg.), Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart 1976.

*Schultz, J.H.*, Das autogene Training, Thieme, Stuttgart, 1973<sup>14</sup>.

- , Das Übungsheft des autogenen Trainings, 18. Aufl. bearbeitet von *D. Langen*, Thieme, Stuttgart, 1977.



# Pharmakotherapie im Alter unter besonderer Berücksichtigung der Psychopharmaka

Joachim Husser, Köln

## 1. Allgemeine Richtlinien einer Pharmakotherapie im Alter

### 1.1 Besonderheiten des alternden Organismus

Bei der medikamentösen Therapie des alten Menschen muß man ähnliche Besonderheiten beachten wie bei der Pharmakotherapie des Kindes. Die Wirkung der Medikamente wird nicht nur durch veränderte körperliche Grundfunktionen, sondern auch zusätzlich durch krankhafte Organveränderungen beeinflusst, so daß dadurch die Anwendung von Pharmaka zusätzlich kompliziert wird. So spricht man im Alter gerne von einer *Multimorbidität*, womit das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten, die behandlungsbedürftig sein können, gemeint ist. Das erfordert häufig den gleichzeitigen Einsatz mehrerer Pharmaka, die dann aber auch gegenseitig verträglich sein müssen. Komplizierter wird das Problem noch dadurch, daß es primäre Alterskrankheiten gibt, wie zum Beispiel der Diabetes im Alter oder sogenannte Verschleißkrankheiten am Bewegungsapparat oder die vielseitigen Auswirkungen der Arteriosklerose; aber auch Krankheiten im Alter, die weder eine kausale noch zeitliche Bindung an das Alter aufweisen, zum Beispiel psychische Erkrankungen wie Depressionen oder auch die vielfältigen Infektionskrankheiten.

Für alle krankhaften Zustände im Alter, die eine medikamentöse Therapie erfordern, sind aber die physiologischen Rückbildungsvorgänge, die sich in der veränderten Reaktion des Körpers auf ein Medikament auswirken, zu berücksichtigen.

Hier ist zunächst die Resorption des Medikamentes zu beachten, die im höheren Alter verlangsamt bzw. verringert ist. Auch der Transport und die Verteilung eines Medikamentes im alternden Organismus wird durch Herzleistung, Blutvolumen und Durchblutungsgröße der einzelnen Gewebe und Organe beeinflusst. Im Alter sind diese Werte verringert, und dadurch wird ein verzögerter Eintritt oder eine ausbleibende Wirkung des Medikamentes möglich. Da gleichzeitig aber auch ein verlangsamer Abbau des Pharmakons und auch seine Ausscheidung durch verminderte Durchblutung von Leber und Niere entstehen kann,

ist schwer vorauszusagen, ob der Medikamenteneffekt verringert oder verstärkt sein wird. Entscheidend ist, welche dieser Faktoren jeweils überwiegen. Auch die Gewebsbindung von Medikamenten, vor allem an das Eiweiß im Serum, hat Einfluß auf die Wirkung eines Präparates, z.B. durch die Abnahme des Gesamteiweißes im Alter, wie aber auch die Veränderungen der Speicherung von Medikamenten im Fettgewebe, so daß auch hierdurch veränderte Medikamenteneffekte erwartet werden können.

Diese beschriebenen Faktoren wirken sich auf die Pharmakodynamik eines Medikamentes aus, wobei das Ineinandergreifen dieser Formveränderungen des Organismus so kompliziert ist, daß sich nur schwer Wirkungen und Nebenwirkungen eines Medikamentes auf den alternden Organismus angeben bzw. voraussagen lassen. Zusätzlich wird die Situation dadurch kompliziert, daß bei zentralwirksamen Medikamenten wie den Psychopharmaka die Rezeptoren im Gehirn die Angriffspunkte darstellen; diese aber können im Alter im Hinblick auf ihre Zahl und auch auf ihre Sensibilität verändert sein.

### *1.2 Allgemeine Basistherapie im Alter*

Ohne zunächst auf die medikamentöse Behandlung spezieller Krankheitszustände im Alter einzugehen, erscheint eine internistische Basistherapie zur globalen Verbesserung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit eine Voraussetzung für jede sinnvolle spezifische Therapie in der Geriatrie zu sein. Diese wird letztlich wirksam über die Verbesserung der Kreislaufverhältnisse, woraus sekundär auch eine Verbesserung der Hirndurchblutungsverhältnisse resultiert. Diese internistische Basistherapie zielt darauf ab, der Abnahme der Herzkreislauffunktionen entgegenzuwirken und damit einer drohenden Altersherzinsuffizienz rechtzeitig zu begegnen. Dies kann einmal geschehen durch die Entlastung des Herzens und des Kreislaufs bei zu hohem Blutdruck oder aber auch durch Gewichtsreduzierung bei älteren übergewichtigen Menschen, zweitens durch Steigerung der Herzleistungsfähigkeit mit allgemeintherapeutischen Maßnahmen, wie körperliches Training im Alter durch dosierte dynamische körperliche Belastung. Als medikamentöse Verbesserung der Herzkreislauffunktion dient die Behandlung mit herzwirksamen Glykosiden, die bei älteren Menschen grundsätzlich auch als prophylaktische Maßnahme begonnen wird, die aber andererseits durch den oft geringeren Bedarf an Glykosiden im Alter mit besonderen Risiken behaftet ist. Hier bietet sich heute in Zweifelsfällen die Bestimmung des Digitalisspiegels im Serum neben der genauen und intensiven ärztlichen Überwachung des Patienten an.

Auf diese Weise schafft die internistische Basistherapie die Voraussetzung für die Erfolge aller weiteren Maßnahmen zur Beeinflussung der psychischen und auch physischen Leistungsfähigkeit im Alter.

### *1.3 Allgemeine hirndurchblutungsfördernde bzw. hirnstoffwechselanregende Medikamente (sogenannte Geriatrika)*

Unter diesem Oberbegriff faßt man heute Arzneimittel zusammen, die zur Linderung altersbedingter Beschwerden angeboten werden und in der Regel gestörte psychomotorische oder psychovegetative Leistungen steigern oder normalisieren sollen. Ihre Hauptwirkungen werden durch Verbesserung der Hirndurchblutung bzw. des Hirnstoffwechsels angegeben. Man hat eine Fülle von experimentellen Befunden und Daten vorgelegt, die auf eine Wirksamkeit dieser Medikamente hinweisen sollen. Es fehlt aber bisher der Bezug der biochemischen und elektrophysiologischen Effekte zu validen subjektiven und objektiven klinischen Wirkungen. Dennoch werden immer wieder Regeneration, Revitalisierung oder Steigerung der Hirnleistung als Therapieziel angegeben, wobei die Hoffnung auf ein langes Leben in Wohlbefinden die entscheidende Rolle für die große Verbreitung und Anwendung dieser Medikamente spielt. Auf diesem Gebiet erscheint es erforderlich, daß durch größere Verbundstudien eine Brücke geschlagen wird zwischen subjektiven Effekten dieser Medikamente und klinisch-experimentellen Objektivierungsmethoden, die jederzeit reproduzierbar sind.

## 2. Anwendungsbereiche von Psychopharmaka im Alter

Nach diesen allgemeinen Hinweisen auf die Besonderheiten und grundsätzlichen Richtlinien einer geriatrischen Pharmakotherapie nun zu den Anwendungsbereichen der Psychopharmaka, wobei mit Psychopharmaka diejenigen Medikamente gemeint sind, die einen zentralen Angriffspunkt besitzen.

Überblickend kann gesagt werden, daß der spezielle Indikationsbereich von Psychopharmaka in der Geriatrie sowohl exogene symptomatische Psychosen als auch die endogenen, körperlich nicht begründbaren Psychosen beinhaltet.

Von allgemeinem Interesse sind jedoch zunächst die häufig vorkommenden Schlafstörungen bei Patienten höheren Alters. Insgesamt klagen zwischen 60 und 95 Prozent aller Alterspatienten über eine Schlafstörung. Die Ursachen hierfür können sehr vielfältig sein, so daß eine exakte Anamnese und Befunderhebung Voraussetzung für jede ther-

apeutische Maßnahme ist. Wenn eine Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus durch planvolle Aktivität am Tag, die das Ziel hat, tagsüber Schlafenszeiten zu verhindern, ausgeschlossen worden ist, so müßte im Sinne unserer vorangestellten allgemeinen Bemerkungen eine Digitalisierung Voraussetzung für jede weitere Therapie der Schlafstörung sein. Reicht diese nicht aus, so sollte auf keinen Fall zu der Gruppe der barbiturathaltigen Präparate gegriffen werden, da hierdurch ein paradoxer Effekt auftreten kann, der dadurch charakterisiert ist, daß statt Sedierung Erregungszustände auftreten. Diese sind wohl auf eine Kumulation des Pharmakons an den Angriffspunkten zurückzuführen, indem man sich vorstellt, daß die Systeme, die durch die Substanz aktiviert werden, langsamer „altern“, als diejenigen, die gedämpft werden.

Wir verwenden zur Behandlung der Schlafstörungen im Alter Substanzen Chlormethiazol (Distraneurin R) oder Chloralhydrat. Die gebräuchlichen Tranquilizer, vor allem die Benzodiazepin-Abkömmlinge (Valium, Mogadan, Dalmadorm) sind in vielen Fällen gute schlafantagonisierende Medikamente, können jedoch im Alter auch paradoxe Effekte im Sinne eines Unruhe- und Erregungszustandes hervorrufen.

Weitere in der allgemeinen Geriatrie häufig vorkommende psychische Störungen sind die vor allem nachts auftretenden Verwirrheitszustände oder auch delirante Symptome zeitlicher, örtlicher und situativer Desorientiertheit, Halluzinationen und ängstlicher Erregtheit. Auch bei diesen Zuständen hat sich das Chlormethiazol (Distraneurin) bewährt. Hierbei können keine speziellen Dosierungsrichtlinien angegeben werden, sondern es muß eine individuelle Dosierung und dauernde Beobachtung des Patienten vorgenommen werden, wobei eine Sedierung bzw. ein oberflächlicher, jederzeit leicht zu unterbrechender Schlaf das Therapieziel ist. Auch bei diesem Krankheitsbild ist wiederum Voraussetzung die Stabilisierung von Herz-Kreislauf-Funktionen mit einem optimal einregulierten Blutdruck und auch die Kontrolle des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes, da ein Patient, der ausgetrocknet ist, durch Flüssigkeitsmangel sehr rasch mit einer exogenen Psychose im Sinne eines Delirs reagieren kann.

Psychopharmaka im engeren Sinne, worunter wir Neuroleptika und Antidepressiva verstehen, haben ihren Indikationsbereich vor allem bei den psychopathologischen Syndromen ohne körperliche Grundlage, wie den depressiven, halluzinatorischen und gemischten Psychosen im Involutionalter bzw. Senium. Häufig jedoch ist bei den erwähnten psychischen Auffälligkeiten eine Grenze zwischen den körperlich begründbaren und nicht begründbaren Psychosen sehr schwierig zu ziehen. Es handelt sich wegen der organischen Mitbeteiligung durch eine

bestehende Hirnarteriosklerose oder bei atrophischen Vorgängen meist um ein mehrdimensionales Krankheitsgeschehen.

Bei der Behandlung depressiver Zustandsbilder mit Psychopharmaka ist die Unterscheidung zwischen agitierter und gehemmter Form unumgänglich, da die Therapie mit antidepressiven Medikamenten symptomorientiert ist. Einerseits gibt es stimmungsaufhellende und antriebssteigernde Präparate oder aber auch stimmungsaufhellende antriebsdämpfende Substanzen.

Zu den antriebssteigernden und stimmungsaufhellenden Medikamenten zählen wir die Imipramin-Abkömmlinge (Tofranil, Anafranil und Gamonil), aber auch Nonifensin (Alival). Natürlich kann man für jedes dieser Medikamente keine allgemein gültigen Dosierungsrichtlinien festlegen. Es läßt sich aufgrund neuerer Untersuchungen nur sagen, daß man jedoch mit höchstens der Hälfte der Dosierung beginnen sollte, die man bei jüngeren Patienten anwendet. Zumindest durch Blutspiegeluntersuchungen ist bewiesen, daß Alterspatienten mit der Hälfte der Dosierung schon dieselben Blutspiegelwerte erreichen wie jüngere Patienten. Häufig ist es jedoch nötig, bis zum Wirkungseintritt einer in dieser Weise eingeleiteten Therapie länger zu warten als bei jüngeren Patienten, so daß man doch von einer mindestens 2- bis 4-wöchigen Therapiedauer ausgehen sollte, ehe sich die erwarteten oder gewünschten Effekte einstellen.

Diese Überlegungen gelten auch für die Therapie ängstlich agitierter depressiver Zustände, die jedoch vor allem mit Medikamenten wie Amitriptylin (Saroten) bestehen, eventuell in Kombination mit Benzodiazepinderivaten (Limbatril). Auch das Maprotilin (Ludiomil) und das Mianserin (Tolvin) haben eher einen dämpfenden Effekt. Bei diesen Präparaten ist häufig eine einzige Dosierung abends angebracht, weil der dämpfende Effekt in vielen Fällen sehr gut auch gleichzeitig schlafanstoßend wirken kann, so daß man ohne eine zusätzliche Schlafmedikation auskommt und die Präparate gleichzeitig einen Retardeffekt haben, der auch das bekannte häufig auftretende Morgentief günstig beeinflusst.

Für die Gruppe der paranoid-halluzinatorischen Syndrome im höheren Lebensalter gilt die Therapie mit Neuroleptika, z.B. Haloperidol (Haldol) und ähnlichen Präparaten, wie bei jüngeren Patienten, wobei man auch hier von einer geringeren Anfangsdosierung meist von einem Drittel bis zur Hälfte der üblichen Dosis ausgehen sollte. Entscheidend hierfür ist dann das Auftreten von Nebenwirkungen oder Begleiterscheinungen. Ein besonders im Alter gut wirksames und nebenwirkungsarmes Neuroleptikum ist das Pipamperon (Dipiperon), das sehr gute sedative und antipsychotische Eigenschaften hat und dadurch,

daß es in Saftform einzunehmen ist, im Alter sehr gern verwendet wird. Ebenfalls werden auch im Alter natürlich Depot-Neuroleptika angewandt (Imap, Fluanxol), die jedoch wegen des Langzeiteffektes sehr vorsichtig dosiert werden müssen.

Diese Bemerkungen zu gerontopsychiatrischen Erkrankungen im Alter und deren Therapie sollen genügen. Es kann hier nicht das Ziel sein, im Rahmen einer Pharmakotherapie im Alter die speziellen gerontopsychiatrischen Syndrome und ihre Behandlungsmaßnahmen zu besprechen. Vielmehr erscheint es wichtiger, allgemeine pharmakotherapeutische Probleme speziell bei der Anwendung von Psychopharmaka im Alter herauszuheben.

### 3. Nebenwirkungen und Gefahren der Psychopharmakotherapie im Alter

Auf diesem Gebiet scheint es besonders wichtig, darauf hinzuweisen, daß begleitend zu einer Psychopharmakotherapie des alten Menschen die psychotherapeutische Führung und auch die soziale Betreuung einen besonderen Stellenwert erlangt. Denn die alten Menschen greifen einerseits relativ gern zu Medikamenten, reagieren aber andererseits auch sehr empfindlich und ängstlich auf eventuelle Begleiterscheinungen oder Nebenwirkungen. Es sollte deshalb hier besonders das Augenmerk auf eine sachliche Information vor Beginn der Psychopharmakotherapie gerichtet sein, dann aber auch die Durchführung einer effizienten Therapie gewährleistet werden, ohne daß man sich durch das Auftreten bekannter Begleiterscheinungen verunsichern läßt und einen vorzeitigen ineffektiven Medikamentenwechsel oder ein abruptes Absetzen durchführt.

Die häufigsten Nebenwirkungen der Psychopharmakotherapie bei alten Menschen kann man in fünf Gruppen einteilen:

#### 3.1 *Vegetative Erscheinungen*

Vor allem bei Alterspatienten zeigen sich unter der Therapie mit Psychopharmaka Kreislaufdysregulationen, insbesondere durch Blutdruckabfälle, die dann zu Kollapszuständen führen können. Aus diesem Grunde sollten die Patienten vor allem bei vorbestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie eingangs erwähnt, im Rahmen einer internistischen Basistherapie ausreichend versorgt sein.

Weiterhin sind vor allem wegen der subjektiv störenden Erscheinungen die Speicheldrüsensekretionsverminderung erwähnenswert, die sich vor allem durch trockenen Mund zeigt. Nebenwirkungen auf das

Verdauungssystem zeigen sich durch eine Ruhigstellung des Darms, die sich in einer Obstipation äußert, und die besonders für alte Menschen sich sehr quälend und störend auswirkt. Weiterhin kann durch das Risiko der Erhöhung des intraocculären Druckes, eine vor allem bei Glaukom-Patienten regelmäßige augenärztliche Überwachung des Augeninnendruckes erforderlich sein. Bei alten Männern ist auch stets an eine Störung der Harnentleerung, die bis zur Harnsperre gehen kann, bei vorbestehender Prostatahypertrophie zu denken.

### *3.2 Störungen der Herztätigkeit*

Hier muß vor allem über eine EKG-Kontrolle auf Störungen der Erregungsausbreitung im Herzen geachtet werden, die sich vor allem im Auftreten von Arrhythmien, aber auch in Erregungsrückbildungsstörungen zeigt. Subjektiv unangenehm ist das gelegentlich auftretende Herzjagen.

### *3.3 Blutbildveränderungen*

Bei den antidepressiv wirksamen Medikamenten, vor allem bei den trizyklischen Substanzen, kann auch eine Blutzellschädigung auftreten, der man durch regelmäßige Blutbildkontrollen zuvorkommen kann. Hier ist es vor allem eine Verminderung der weißen Blutkörperchen, die im Beginn das sofortige Absetzen des Medikamentes erfordert.

### *3.4 Störungen der extrapyramidalen Motorik*

Diese vor allem subjektiv sehr unangenehmen Nebenwirkungen können sich akut im Auftreten von Blick- und Zungenschlundkrämpfen zeigen, wobei die sofortige Gegenmaßnahme mit Biperiden (Akineton) erforderlich ist, was diese Symptomatik meist sofort beseitigt. Weiterhin kommen eine Sitzunruhe bis zu einer ausgesprochenen Agitiertheit und auch eine allgemeine Erhöhung des Muskeltonus mit einem kleinschrittigen Gang, einer Hypomimie und auch Störungen der feinen Motorik, die sich insbesondere bei Schriftproben zeigen, vor. Zur Beseitigung dieser Begleiterscheinungen steht das Biperiden zur Verfügung sowie auch die Möglichkeiten einer individuellen Feinregulierung der Neuroleptika-Dosis.

### *3.5 Psychiatrische Komplikationen*

Eine wichtige Rolle nehmen die psychiatrischen Komplikationen einer Psychopharmakotherapie des alten Menschen ein, die man aus den vor allem eingangs erwähnten pharmakokinetischen Besonderheiten des al-

ternden Organismus erklärt. So kommt es, vor allem bei der Behandlung mit Antidepressiva, aber auch bei der Therapie mit Tranquilizern und Neuroleptika zu Intoxikationen, d.h. zu relativen Überdosierungen schon bei eigentlich noch normaler Dosierung, mit dem Bild eines Verwirrheitszustandes oder eines akuten Delirs bzw. auch uncharakteristischer Unruhe- und Erregungszustände. Therapeutisch muß hier dann das verursachende Pharmakon entweder abgesetzt oder deutlich reduziert werden. Weiterhin kann sich zusätzlich der Einsatz von Chlormethiazol (Distraneurin) als günstig erweisen.

#### 4. Schlußbemerkungen und Zusammenfassung

Die beschriebenen Besonderheiten einer Pharmakotherapie des alten Menschen und speziell seine Behandlung mit Psychopharmaka zeigen, daß es sich hier um einen Problembereich handelt, der weit über ein spezielles Fachgebiet, sei es der Inneren Medizin oder der Psychiatrie, hinausgeht.

Zunächst sind genaue Kenntnisse des alternden Organismus erforderlich und zu berücksichtigen, da seine Reaktionen wesentlich empfindlicher und häufig auch paradox auf eine Pharmaka-Behandlung sind. Die allgemeinen pharmakokinetischen Kenntnisse bei der Therapie im Alter haben aus diesem Grunde dazu geführt, daß sogenannte geriatrische Dosierungen angewandt werden. Als Faustregel kann man sagen, daß es sich hierbei um ein Drittel bis die Hälfte der Dosierung handelt, die beim jüngeren Menschen angewandt wird. Neuere Untersuchungen über die Konzentration der Pharmaka im Blut bestätigen diese empirische Handhabung durch die Tatsache, daß diese geriatrischen Dosierungen bereits dieselben Blutspiegel erreichen wie die wesentlich höheren therapeutischen Dosen bei jüngeren Patienten.

Zusätzlich erfordert die Pharmakotherapie alter Menschen eine konsequente sogenannte internistische Basistherapie, wobei diese eine stabile Herz-Kreislauf-Funktion mit normotonen Blutdruckwerten, möglichst geringen Tag-Nacht-Blutdruckschwankungen und einer suffizienten Herztätigkeit zum Ziel hat. Diese allein sichert eine ausreichende cerebrale Durchblutung, die die Basis ist für alle zentralwirksamen Pharmaka. Ohne diese Voraussetzung sollte keine medikamentöse Therapie, insbesondere keine Psychopharmakotherapie des alten Menschen durchgeführt werden. Weiterhin ist die genaue Kenntnis und vor allem Information des alten Menschen über die möglichen Nebenwirkungen eines verwendeten Medikamentes von Bedeutung, da der alte Mensch nicht nur subjektiv empfindlicher und ängstlicher auf solche Begleiterscheinungen reagiert, sondern auch objektiv durch die verän-

derthen pharmakokinetischen und-dynamischen Verhältnisse gefährdeter ist. Aus diesem Grunde ist eine Betreuung und auch psychotherapeutische Führung eines mit Medikamenten behandelten älteren Menschen unumgänglich, da vor allem bei psychischen Störungen im Alter das unvorbereitete Auftreten von Begleiterscheinungen nicht nur das psychische Wohlbefinden entscheidend verschlechtert und einen Therapieerfolg völlig zunichte machen kann. Auch das Arzt-Patienten-Verhältnis ist durch solche Vorkommnisse, die ja häufig als Behandlungsfehler oder als unvorhergesehene Behandlungszwischenfälle vom Patienten angesehen werden, auf lange Sicht verschlechtert, wenn sich nicht sogar eine notwendige Vertrauensbasis, die für jede Behandlung unumgänglich ist, nicht mehr aufrechterhalten läßt.

Aus diesem Grunde sollte die Auswahl und die Dosierung der Medikamente immer von einer vorhergehenden eingehenden Diagnostik abhängig gemacht werden und auch die im Alter bestehende Multimorbidität berücksichtigt werden. Hierbei darf dann jedoch nicht wegen des Vorliegens mehrerer Erkrankungen eine Polypragmasie durchgeführt werden, d.h. eine unkritische Anwendung verschiedener medikamentöser Substanzen. Es sollte jeweils sehr streng geprüft werden, welches Medikament dringend erforderlich ist und ob die Anwendung mehrerer Medikamente vertretbar bzw. eine Unverträglichkeit zu befürchten ist.

#### Literatur

- Coper, H., Geriatrika, *Deutsches Ärzteblatt* 18 (1978) 1069.  
Grass, H., Nebenwirkungen der Therapie mit Psychopharmaka im Alter, *Zeitschrift für präklinische und klinische Geriatrie* 6, 5 (1976) 223.  
Kanowski, S.R. Paur, Psychopharmaka in der Geriatrie, *Therapiewoche* 26 (1976) 3833.  
Lang, E., Internistische Basistherapie; in: S. Kanowski (Hrsg.), 2. Gerontopsychiatrie-Symposium in Berlin, Janssen, Düsseldorf 1972.  
Werner, V., Pharmakotherapie in der Gerontopsychiatrie, *Geriatrie* 5, 3 (1976) 70.



# Bibliographie zur Psychotherapie mit alten Menschen

H. Petzold

Die Titel in den Bibliographien der einzelnen Beiträge wurden in dieses Literaturverzeichnis in der Regel nicht aufgenommen.

- AAHPER 1969. A practical guide for teaching the mentally retarded to swim. AAHPER, Washington.
- AAHPER 1976a: Physical education and recreation for impaired, disabled and handicapped individuals ... past, present, and future. American Alliance for Health, Physical Education, and Recreation (AAHPER), 1201 Sixteenth Street N.W., Washington D.C. 20036.
- AAHPER 1976b: Physical Activities for impaired, disabled, and handicapped individuals. AAHPER, Washington.
- AAHPER 1978: Physical education and recreation for individuals with multiple handicapping conditions: references and resources. AAHPER, Washington.
- Abraham, A. 1971. Death and Psychodrama. GP. \* 3, 84-91.
- Ackerman, M., Ackermann, S. 1962. Emergency psychodrama for acute psychosomatic syndrome. GP. 1, 84-88.
- Aguilera, D.C., Messick, J.M. 1974. Crisis Intervention. Theory and methodology. C.V. Mosby, Saint Louis; dtsh. Lambertus, Freiburg 1978.
- Allen, D.T. 1954. Psychodrama in the family. GP. 1/2, 167-177.
- Arth, M.J., West., J., Blau, D., Kettel, M. 1961. Family disinterest as a factor in the mental hospitalization of aged patients. Paper presented at the 14th annual meeting of the Gerontological Society, Pennsylvania, November 1961.
- Avedon, E. 1973. Therapeutic recreational services - A behavioral science approach. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Baltes, P.B. 1973. Strategies for psychological intervention in old age. *Gerontologist* 13, 4-12.
- Bandura, A. 1969. Principles of behavior modification. Holt, New York.
- Bandura, A. 1976. Lernen am Modell. Klett, Stuttgart.
- Bard, M.R. 1970. Training police as specialists in family crisis intervention, U.S. Government Printing Office PR-70-1, Washington.
- Barns, E.K., Sack, A., Shore, H. 1973. Guidelines to treatment approaches - modalities and methods for use with the aged. *Gerontologist* 13, 513-528.
- Barocas, H.A. 1972. Psychodrama techniques in training police in family crisis intervention. GP 1/2, 30-31.
- Barry, A., Steinmetz, J., Page, H. et al. 1966. The effects of physical conditioning on older individuals. II. Motor performance and cognitive function. *J. Gerontol.* 21, 192.
- Barth, E. 1976. Altersturnen. Schriftenreihe der Eidgenössischen Turn- und Sportschule 26, Magglingen.
- Battegay, R. 1977 Der Mensch in der Gruppe. 3 Bd. Huber, Bern.
- Baur, R., Betsch, W. 1976. Turnen und Sport für alle. Beiträge zur Altengymnastik. Schwäbischer Turnerbund, Stuttgart, 2. Auflage 1977.
- de Beauvoir, S. 1972. Das Alter. Rowohlt, Reinbek.
- Becker, B., Brüggmann, E., Tutt, I. (1977): Alt werden - beweglich bleiben. Verlag gruppenpädagogischer Literatur, Wehr.
- Bellak, L. 1976. Crisis intervention in geriatric psychiatry. In: Bellak, Karasu (1976) 175-190.

\* GP = Group Psychotherapy and Psychodrama (Beacon House, Beacon).

- Bellak, L., Small, L. 1974. Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt; amer. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy, Grune & Stratton, New York 1965.
- Bellak, L., Karasu, T.B. 1976. Geriatric Psychiatry. A handbook for psychiatrists and primary care physicians, Grune & Stratton, New York.
- Berger, A. 1971. Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System einer totalen Gymnastik, *Atem und Mensch* 3, 8-13; 4, 13-19.
- Berger, M.M., u. L.F. Berger 1971. An Innovative Program for a Private Psychogeriatric Day Center. *Journal of the American Geriatrics Society*, 19, S. 332-336.
- Berger, M.M., Berger, L.F. 1973. Psychogeriatrische Gruppenbehandlungen in: Sager, C.J., Kaplan, A.S., Heigl-Evers, A. 1973, Bd. 3, 931-944.
- Berkowitz, B., Green, R.E. 1965. Changes in intellect with age: V. differential changes as functions of time interval and original score. *J. Genet. Psychol* 53, 179-192.
- Bernstein, D.A., Borkovec, Th.D. 1975. Entspannungstraining. Pfeiffer, München.
- Binswanger, R. 1977. Die Doppelgängertechnik im Psychodrama. *Integrative Therapie* 1, 45-48.
- Birren, J.E., Butler, R.N., Greenhouse, S.W., Sokoloff, L., Yarrow, M.R. 1963. Human aging: a biological and behavioral study. Nat. Inst. of mental health, Bethesda, Maryland.
- Bischof, L.J. 1970. Interpreting personality theories, Harper & Row, New York.
- Blatner, H.A. 1970. Psychodrama, role-playing and action methods: theory and practice. Thetford, Norfolk.
- Blau, D. 1966. Psychiatric hospitalization of the aged. *Geriatrics* 21, 204-210.
- Blau, D., Arth, M.J., Kettel, M., West, J., Oppenheim, D.J. 1962. Psychosocial reasons for geriatric hospitalization. In: Tibbits, Donahue (1962).
- Böhlau, V. 1971. Zur Problematik der Ernährung im Alter. „*mda*“ *Medizin des alternen Menschen*, 1, 237-241.
- Böhlau, V. 1972. Neue Gesichtspunkte zur Rehabilitation im Rahmen der Geriatrie. *Zeitschr. f. Gerontol.*, 5, 9-17.
- Böhlau, V. (1972): Alter und Ernährung. Schattauer, Stuttgart.
- Böhlau, V. 1977. Sport, beziehungsweise Leibesübungen als Bewegungstherapie im Rahmen der aktuellen Bedeutung der Senioren-Medizin. Senioren Kongreß: Leibesübungen als Altershilfe. Kongressbericht. Schwäbischer Turnerbund, Stuttgart.
- Böklen-Büchle, E. 1974. Senioren Gymnastik, sieben heilsame Kapitel für ältere Menschen. Verlag Junge Gemeinde, Stuttgart.
- Boltanski, L. 1976. Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper et al. (1976), 138-177.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. 1973. Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy. Harper & Row, New York.
- Boszormenyi-Nagy, I., Framo, J.L. 1975. Familientherapie. 2 Bd. Rowohlt, Reinbek.
- Botwinik, J. 1973. Aging and Behavior. Springer, New York.
- Bourestom, N.C. 1961. Self-government for patients on a geriatric service. GP. 1/2, 73-77.
- Bowers, M., Jackson, E., Knight, J., LeShan, L. 1964. Counseling the Dying. Thomas Nelson, New York.
- Brim, O.G., Freeman, H., Levine, S., Scotch, N.A. 1970. The dying patient. Russell Sage Foundation, New York.
- Briner, F. 1977. Integrative Tanztherapie. *Integrative Therapie*, 2, 72-90.
- Brooks, Ch., Selver, Ch., 1974. Sensory Awareness. In: Petzold (1974j) 59-77.
- Brooks, Ch., Selver, Ch. 1979. Erleben durch die Sinne. Junfermann, Paderborn.

- Bruck, M. 1953. An example of the use of psychodrama in the relieving of an acute symptom in a psychiatric child clinic. *GP*. 2/4, 216-221.
- Brügmann, E. 1974. Sport für ältere Menschen. Goldmann, München.
- Bubolz, E. 1979. Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen. In: *Petzold, Bubolz (1979)*.
- Bubolz, E., 1979. Zu einem humanistischen Lernbegriff für die Arbeit mit alten Menschen. *Zeitschr. f. humanist. Psychol.* 4 (im Druck).
- Budenz, T., Lutz, E.J. 1964. Werkbuch für Scharadenspiel. München, 3. Aufl.
- Bungard, W. 1975. Isolation und Einsamkeit im Alter. Hanstein Köln.
- Busse, E.W., Pfeiffer, E. 1969. Behavior and Adaptation in Later Life. Little Brown, Boston.
- Butler, R.N. 1963. The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Butler, R. 1967. The destiny of creativity in later life. In: *Levin, B., Kahana, R.* 1967. Psychodynamic studies on aging. International Universities Press, New York.
- Buytendijk, J.F.F. (1956): Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung. Springer, Berlin.
- Cath, S.H. 1965. Some dynamics of the middle and later years. In: *Parad (1965)* 174-193.
- Cavan, R.S. 1978. Role of the old in personal and impersonal societies, *The Family Coordinator* 4, 315-325.
- Chesler, M., Fox, R. 1966. Role-Playing methods in the classroom. Science Research Associates, Chicago.
- Claessens, D. 1970. Rolle und Macht. Juventa, München.
- Clayton, L. 1975. The personality theory of J.L. Moreno. *GP*. XXVIII, 144-151.
- Clement, F. 1966. Effect of physical activity on the maintainance of intellectual capacities. *Gerontologist*, 6, 2: 91-92, 126.
- Comfort, A. 1968. Aging: The biology of senescence. Routledge & Vegan, London.
- Cooper, K.H. 1975. Bewegungstraining - praktische Anleitung zur Steigerung der Leistungsfähigkeit. Fischer, Frankfurt.
- Corsini, R. 1952. Immediate therapy. *GP*. 4, 322-330.
- Corsini, R. 1966. Role playing in psychotherapy: a manual. Aldine, Chicago.
- Dahrendorf, R. 1963. Homo Sociologicus. 13. Aufl. 1974 UTB, Opladen.
- Daniels, R.S., Kahn, R.L. 1968. Community mental health and programs for the aged. *Geriatrics* 23, 121-125.
- Dars, E., Benoit, J.C. 1972. L'expression scénique. Art dramatique et psychothérapie. Editions ESF, Paris.
- Dars, E., Benoit, J.C. 1976. Expression Scénique. *Integrative Therapie* 4, 124-129.
- Dars, E., Beaujean, J. 1975. De l'art dramatique à l'expression scénique. Denoel, Paris.
- Davis, R.W. 1967. Activity therapy in a geriatric setting. *J. Amer. Geriatr. Society* 15, 1144-1152.
- De Carlo, T. 1974. Recreation participation patterns and success full aging. *J. Gerontol.* 29, 416.
- De Carlo, T. 1975. The executive's handbook of balanced physical fitness. Association Press, New York.
- De Carlo, T., Castiglione, L.V., Cavusoglu, M. 1977. A program of balanced physical fitness in the preventive care of elderly ambulatory patients. *J. of American Geriatrics Society*, 7, 331-334.
- Derbolowsky, U. (1978): Richtig atmen hält gesund. Econ, Düsseldorf/Wien.
- De Vries, H. (1970): Prescription of exercise for older men from telemetered exercised heart rate data. *Geriatrics*, 26, 102.

- Diem, L.* (1974): Aktiv bleiben - Lebenstechnik ab 40. Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart.
- Dollase, R.* 1975. Soziometrie als Interventions- und Meßinstrument. *Gruppendynamik* 2, 82-92.
- Donahue, W.T., Gottesmann, L., Coons, D.* 1969. A therapeutic milieu für geriatric patients, Univ. of Michigan Press, Ann Arbor.
- Dreitzel, H.P.* 1968. Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft, Enke, Stuttgart.
- Dürckheim, K.* (1969): Sportliche Leistung - menschliche Reife. Wilhelm Limpert, Frankfurt, 3. Auflage.
- Dürckheim, K.* (1972): Hara - die Erdmitte des Menschen. O.W. Bath, Weilheim.
- Dürckheim, K.* (1972): Der Alltag als Übung. Huber, Bern/Stuttgart.
- Dürckheim, K.* (1974): Vom Leib, der man ist. In: *Petzold* (1974j) 11-27.
- Eilenberger, M.* 1979. Das Lebenspanorama als diagnostische und therapeutische Methode der Integrativen Therapie. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Univ. Hamburg.
- Eitner, S.* (1966): Gerohygiene. VEB Volk und Gesundheit, Berlin.
- Epstein, L.J., Simon, A.* 1966. Social, psychological and physical factors in mental health and illness in old age. In: Proceedings of the 7th Intern. Congr. of Gerontology, Wien 1966. Verlag der Wiener medizinischen Akademie, Wien.
- Epstein, L.J., Simon, A.* 1968. Alternatives to State Hospitalization for the geriatric mentally ill. *Americ. J. Psychiatry* 124, 955-961.
- Fine, L.* 1970. Non-verbal aspects of psychodrama. In: *Blatner* (1970) 30-35; franz. in *Bull. Psychol.* 13/16 (1969/70) 930-933.
- Folsom, J.C.* 1968. Reality orientation for the elderly mental patient. *J. Geriatric Psychiatry* 1, 291-307.
- Forer, B.* 1969. The taboo against touching in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 6, 225-231.
- Foucault, M.* 1975. Surveiller et punir. Naissance de la prison. Gallimart, Paris, deutsch.
- Foucault, M.* 1977. Überwachen und Strafen. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt.
- Foucault, M.* 1974. Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Carl Hanser Verlag, München - Wien.
- Franke, G.* 1966. The multi-purpose senior citizens center: a new comprehensive agency. *Gerontologist* 6, 23-27.
- Franzke, E.* 1977. Der Mensch und sein Gestaltungserleben. Psychotherapeutische Nutzung kreativer Arbeitsweisen. Huber, Bern.
- Freed, A.O.* 1975. The family agency and the kinship system of the elderly. *Social Casework*, Dec. 1975.
- Frekany, G., Leslie, D.* (1975): Effects of an exercise program on selected flexibility measurements of senior citizens. *Gerontologist*, 15, 182.
- Frings Keyes, M.* 1974. The inward journey. Celestial Art Press, Millbrae; dtsh. Flach, Frankfurt 1979.
- Frings Keyes, M.* 1975. Kreative Therapie und Gestalt, *Integrative Therapie* 134-43.
- Frohne, I.* (1979): Musiktherapie mit alten Menschen. In: *Petzold/Bubolz* (1979).
- Garfield, S.* 1973. Psychodrama and the crisis of role transition. *GP.* 1/2, 25-32.
- Garnet, E.D.* 1977. A movement Therapy for older people. In: *Mason, K.C.* 1977. Dance Therapy. AAHPER, Washington, 59-61.
- Gelfand, D.E., Olsen, J.K., Block, M.R.* 1978. Two generations of elderly in the changing american family: Implications for family services. *The Family Coordinator. Special Issue: Aging in a Changing Family Context* 4, 395-403.

- Geller, L. (1971): Körperliche und geistige Aktivität im Alter. *Altenheim*, 11, 274-276.
- Gerhardt, U. 1971. Rollenanalyse als kritische Soziologie. Luchterhand, Neuwied.
- Gia-fu-Feng 1970. Tai Chi-A way of centering and I Ching. Collier Macmillan, London.
- Gillbert, J.G. 1952. Understanding old age. Ronald Press, New York.
- Ginzberg, R. 1953. Geriatric ward psychiatry-techniques in the psychological management of elderly psychotics. *Americ. J. Psychiatry* 4, 246-300.
- Glaser, V. (1957): Sinnvolles Atmen. Lüttele, Berlin.
- Glaser, V. (1970): Sinnvolle Gymnastik durch aktives Dehnen. Haug, Bad Homburg v.d.H.
- Goffman, E. 1961. Asylums: Essays on social situations of mental patients and other inmates. Aldine, Chicago.
- Goffman, E. 1974. Frame Analysis. An Essay on the organization of experience. Harper & Row, New York.
- Goldfarb, A.I. 1955. Psychotherapy of aged persons. *Psychoanal. Review* 2, 72-80.
- Goldfarb, A.I. 1956. Psychotherapy of the aged: The use and value of an adaptational frame of reference. *Psychoanal. Review* 43, 68-81.
- Goldfarb, A.I. 1964. Patient-doctor relationship in the treatment of the aged person. *Geriatrics* 12, 18-25.
- Gorer, G. 1965. Death, grief and mourning. Doubleday, New York.
- Greenberg, I.A. 1974. Psychodrama. Theory and therapy. Behavioral Publications, New York/Souvenir Press, London.
- Grof, S., Pahnke, W.N., Goodman, L., Kurland, A. 1973. Psychedelic drug assisted psychotherapy. In: Goldberg, I.K., Malitz, S., Kutscher, A.H., Psychopharmacologic agents for the terminally ill and bereaved. Columbia University Press, New York, 91-134.
- Grotjahn, M. 1955. Analytic psychotherapy with the elderly. *Psychoanal. Review* 42, 419-427; dtsh. in Petzold, Bubolz (1979).
- Gutmann, D., Gottesmann, L.E., Tessler, S. 1973. Therapeutic and prosthetic living environments for nursing home residents. *Gerontologist* 13, 419-423.
- Haas, R.B. 1949. Psychodrama and sociodrama in American education, Beacon House, Beacon.
- Habersetzer, R. (1976): Kung Fu. Edition Amphora, Paris.
- Handy, H.M. 1968. Foster care as a therapeutic program for geriatric psychiatric patients. *J. Americ. Geriatr. Society* 16, 984-993.
- Haug, F. 1972. Kritik der Rollentheorie. Fischer, Frankfurt.
- Haug, F. 1977. Erziehung und gesellschaftliche Produktion. Kritik des Rollenspiels, Campus, Frankfurt.
- Haven, H. 1970. Darstellendes Spiel. Schwann, Düsseldorf.
- Heinl, H., Spiegel-Rösing, I. 1978. Gestalttherapie und Orthopädie - Versuch eines ganzheitlichen Ansatzes in der praktischen Medizin. In: Petzold (1977n) 347-355.
- Herrigel, E. (1958): Der Zen-Weg. O.W. Barth, München/Planegg.
- Herrigel, E. (1960): Die Kunst des Bogenschießens, O.W. Barth, München/Planegg, 9. Auflage.
- Hettinger, T. (1969): Fit sein, fit bleiben. Isometrisches Muskeltraining für den Alltag. Thieme, Stuttgart.
- Hill, K. (1976): Dance for physically disabled persons. AAHPER, Washington.
- Hoffmann, W. (1978): Ein neuer Ansatz für die offene Altenarbeit: Die Schwimmkurse des Arbeiter-Samariter-Bundes in München. Presse und Informationsdienst Kuratorium Deutsche Altershilfe. *KDA-Informationen über Dienste in der Altenhilfe*, Köln, 1-12.

- Hollmann, W. (1965): Körperliches Training als Prävention von Herz- Kreislauf- Erkrankungen. Hippokrates, Stuttgart.
- Hollmann, W., Bouchard, C. (1970): Alter, körperliche Leistungsfähigkeit und Training. *Z. f. Gerontol.* 3, 188-197.
- Hollmann, W., Liesen, H. (1972): Der Trainingseinfluß auf die Leistungsfähigkeit von Herz, Kreislauf und Soffwechsel im Alter. *Münch. Med. Wschr.*, 31, 1336-1342.
- Hollmann, W., Liesen, H. (1973): Über den Trainingseinfluß auf kardio-pulmonale und metabolische Paramter des älteren Menschen. *Sportarzt u. Sportmed.*, 145-150; 189-189.
- Hollmann, W., Rast, R. (1977): Körperliche Aktivität und Sport. *Geriatric*, 7, 217-220.
- Howell, S. C., Loeb, M. B. (1969): Nutrition and aging. *Gerontologist*, 9, 111-122.
- Hoyer, W. J. 1973. Application of operant techniques to the modification of elderly behavior. *Gerontologist* 13, 18-25.
- Hutterer, I., Denes, Z. (1975): Psychosomatic Rehabilitation of elderly persons. *J. Americ. Geriatr. Soc.*, 3, 137-139.
- Iljine, V. N. 1909. Improvisiertes Theaterspiel zu Behandlung von Gemütsleiden. *Teatralny Kurier*. Beilage, Kiew, (russ.).
- Iljine, V. N. 1910. Kranke spielen Theater - ein Weg zur Heilung des Leibes und der Seele. *Teatralny Kurier*. Beilage, Kiew, (russ.).
- Iljine, V. N. 1923. Die Struktur des menschlichen Körpers, die Charakterologie und die Rolle des Geistes. Budapest, (russ.).
- Iljine, V. N. 1942. Therapeutisches Theaterspiel. Sobor, Paris, (russ.).
- Iljine, V. N. o. J. [1963]. Szenarien Sterbender. Unveröffentl. MS. Paris (russ.).
- Iljine, V. N. 1965. Le corps et le coeur. Vorlesungsskript zum gleichnamigen Seminar am Institut St. Denis, Paris WS 1965 (franz.).
- Iljine, V. N. 1972. Das Therapeutische Theater. In: *Petzold* (1972a) 168-176.
- Jacobsen, E. 1938. Progressive Relaxation. University of Chicago Press, Chicago.
- Jouard, S. 1968. Disclosing man to himself. Van Nostrand, Princeton.
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., Gerber, I. E. 1960. The relationship of mental and physical status in institutionalized aged persons. *Americ. J. Psychiatry* 117, 120-124.
- Kalverboer, A. F., van Praag, H. M. 1978. Minimal brain dysfunction. Karger, Basel.
- Kamper, D., Rittner, V. (Hrsg.) 1976. Zur Geschichte des Körpers. Perspektiven der Anthropologie. Carl Hanser Verlag, München - Wien.
- Kanfer, F., Phillips, J. 1975. Die lerntheoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie, Kindler, München.
- Karvonen, M., Barry, A. J. 1967. Physical activity and the heart. Ch. Thomas, Springfield, Ill.
- Kasch, F. W., Boyer, I. L. 1968. Adult fitness - principls and practices. An American Production and Publication, Colorado.
- Kastenbaum, R. 1967. Multiple perspectives on a geriatric death valley. *Comm. Mental Health Journal* 3, 21-29.
- Kastenbaum, R., Aisenberg, R. 1972. The psychology of death. Springer, New York 1972.
- Keleman, S. 1977. Lebe Dein Sterben. Isko Press, Hamburg.
- Kempler, W. 1976. Gestalt-Familientherapie. Klett, Stuttgart.
- Kiepenheuer, K. 1978. Die innere Welt des sterbenden Kindes. Spontanzeichnungen als Wegweiser für die Begleitung totkranker Kinder und ihrer Familien. *Familiendynamik* 4, 284-298.

- Kirchmann, E. 1979. Moderne Verfahren der Bewegungstherapie: Integrative Bewegungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Rhythmische Bewegungstherapie. *Beihefte zur Integrativen Therapie*, Junfermann, Paderborn.
- Kirchmann, E. 1979. Die Rolle der Musik in der Bewegungstherapie. *Zeitschr. f. Humanistische Psychol.*, 1; holl. Enkele voorbeelden van de toepassing van muziek in de bewegingstherapie. *Tijdschrift Psychomotorische Therapie* 1,14-26.
- Klein, W.H. et al. 1966. Promoting mental health of older people through group methods: A practical guide. Mental Health Materials Center, New York.
- Klitzner, R. 1970. Group counseling of the elderly. Jewish Family Service, Los Angeles.
- Kombecher, J. 1977. Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit Alkoholikern. Graduiierungsarbeit Fritz-Perls-Institut, Düsseldorf.
- Krant, M. 1974. Dying and Dignity: The meaning and control of a personal death. Ch. Thomas, Springfield, Illinois.
- Kübler-Ross, E. 1972. On death and dying. Macmillan, New York.
- Kübler-Ross, E. 1973. Interviews mit Sterbenden. Kreuz Verlag, Stuttgart.
- Kuypers, J.A., Trute, B. 1978. The older family as the locus of crisis intervention. *The Family Coordinator. Special issue: Aging in a changing family context* 4, 405-411.
- Kwon, J.H. 1976. Zen-Kunst der Selbstverteidigung. O.W. Bath, München.
- Laan, van der T. 1977. Gymnastik im Alter. Lambertus, Freiburg.
- Labouvie, C.V. 1973. Implications of geropsychological theories for intervention: the challenge for the seventies. *Gerontologist* 13, 10-14.
- Larson, M.K. 1970. A descriptive account of group treatment of older people by a caseworker. *J. Geriatr. Psychiatry* 3, 231-240.
- Laschinski, D., Petzold, H., Rinast, M. 1979. Exchange Learning - ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3.
- Leake, C. 1966. Exercise for older people. *Geriatrics* 21, 119.
- Lehr, U. 1972. Psychologie des Alterns. Quelle & Meyer UTB, Heidelberg; 2. erw. Aufl. 1977.
- Lehr, U. 1975. Die psychologischen Veränderungen im Alter als Voraussetzungen der Rehabilitation. *actuelle gerontologie* 5, 291-305.
- Lehr, U. 1978. Körperliche und geistige Aktivität - eine Voraussetzung für ein erfolgreiches Altern. *Z. Gerontologie* 11, 290-299.
- Lehr, U. (Hrsg.) 1979. Interventionsgerontologie. Steinkopff, Darmstadt.
- Leuenberger, R. 1971. Der Tod - Schicksal und Aufgabe. Theologischer Verlag, Zürich.
- Leuner, H.C. 1970. Katathymes Bilderleben. Thieme, Stuttgart.
- LeShan, L. 1964. In: Bowers, Jackson, Knight, LeShan (1964) 6-7.
- Leutz, G.A. 1967. Vom kindlichen Spiel zum Psychodrama. *Schweizer Theaterjahrbuch* 33, 172-178.
- Leutz, G.A. Psychodrama. Theorie und Praxis. Springer, Heidelberg.
- Leveen, L., Priver, D. 1963. Significance of role playing in the aged person. *Geriatrics* 1, 57-63.
- Lewin, K. 1948. Resolving social conflicts. Harper, New York.
- Lewis, R.A. 1978. Transitions in middle-age and aging families: A bibliography from 1940-1977. *The Family Coordinator* 4, 457-476.
- Lieberman, M.A. 1965. Depressive affect and vulnerability to environmental change in the aged: Currents status, trends, and implications. In: Jeffers, F.C. (Hrsg.). *Proceedings of Seminars, 1961-1965*. Duke University Council on Gerontology. Durham, North Carolina.
- Lieberman, M. 1966. Observations on death and dying. *Gerontologist* 2, 70-72.
- Liederman, P.C., R. Green (1965). Geriatric Outpatient Group Therapy, *Comprehensive Psychiatry*, 6, 51-60.

- Liederman, P.C. 1967. Outpatient group therapy with geriatric patients. *Geriatrics* 22, 148-153.
- Liederman, P.C. 1967. Music and rhythm group therapy for geriatric patients. *Journal of Music Therapy* 4, 126-127.
- Liesen, H., Heikkinen, E., Suominen, H., Michel, D. 1975. Der Effekt eines 12wöchigen Ausdauertrainings auf die Leistungsfähigkeit und den Stoffwechsel bei untrainierten Männern des 6. und 7. Lebensjahrzehnts. *Sportarzt u. Sportmed.*, 26-35.
- Liesen, H., Völker, H., Lagerström, D. 1976. Ein körperliches Aufbautraining bei ungeübten älteren Menschen. *Geriatric*, 4.
- Liesen, H., Hollman, W. 1976. Bedeutung und Praxis sportlicher Betätigung beim älteren und alten Menschen. In: *Petzold, Bubolz* (1976) 266-279.
- Linden, M.E. 1953. Group psychotherapy with institutionalized senile women. *J. Group Psychotherapy* 3, 150-155.
- Linden, M.E. (1954). The Significance of Dual Leadership in Gerontologic Group Psychotherapy: Studies in Gerontologic Human Relations III, *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 262-273.
- Loew, C.A., Silverstone, B.M. 1971. A program of intensified stimulation and response facilitation for the senile aged. *Gerontologist* 11, 341-348.
- Lowenthal, M.F. 1964. Lives in distress: The path of the elderly to the psychiatric ward. Basic Books, New York.
- Lowenthal, M.F., Haven, C. 1968. Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *Americ. Sociolog. Review* 33, 23-30.
- Lowenthal, M.F., Robinson, B. 1976. Social networks and isolation. *Handbook of aging and the social Sciences*. Van Nostrand, New York.
- Lückel, K. 1979. Gestalttherapeutische Arbeit mit Sterbenden. Graduiierungsarbeit am Fritz Perls Institut, Düsseldorf. *Ersch. Integrative Therapie* 2, 1980.
- Maisel, E. 1965. Gesund durch Tai Chi. Albert Müller, Zürich.
- Marcel, G. 1978. Leibliche Begegnung. In: *Kraus, A.* (Hrsg.), *Leib, Geist, Geschichte*, Hüthig, Heidelberg, 43-73.
- Marcel, G., Petzold, H. 1976. Anthropologische Vorbemerkungen zur Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, Bubolz* (1976) 9-18.
- Martin, K., Süß, H.J. 1978. Gestalttherapie. *Handbuch der Psychologie*, Bd. VIII, 2, Hogrefe, Göttingen, 2725-2750.
- Mathias, U. 1979. Die Entwicklungstheorie J.L. Morenos. *Ersch. in: Beihefte zur Integrativen Therapie bzw. Bibliotheca Psychodramatica*, Junfermann, Paderborn.
- Maurer, Y., Petzold, H. 1978. Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie. In: *R. Battegay, A. Trenkel.* *Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen*. Huber, Bern, 95-116.
- McClannahan, L.E. 1973. Therapeutic and prosthetic living environments for nursing home residents. *Gerontologist* 13, 424-429.
- Meerloo, J.A.M. 1955. Transference and resistance in geriatric psychotherapy. *Psychoanal. Review* 42, 72-82.
- Mendell, D., Fischer, S. 1956. An approach to neurotic behavior in terms of a three generation family modell. *J. Nerv. Ment. Disease* 123, 171-180.
- Merleau-Ponty, M. 1945. *Phénoménologie de la Perception*. Bibliothèque des Idées, Gallimard, Paris; deutsch, *Phänomenologie der Wahrnehmung*, De Gruyter, Berlin 1966.
- Merleau-Ponty, M. 1964. *Le visible et l'invisible*, Gallimard, Paris.
- Middendorf, I. 1977. Atem und seine Bedeutung für die Entwicklung und das Heilsein des Menschen. In: *Petzold* (1977n) 436-451.

- Middendorf, I. 1978. Der erfahrbare Atem und seine Wirkungen - Über die pneopädische Behandlung eines Postinfarktpatienten. *Integrative Therapie*, 2, 109-115.
- Middendorf, I. 1979. Breathing Therapy. In: Kogan, G., Your body works. Transformation Press, Berkely.
- Mierke, K. 1955. Wille und Leistung. Verlag f. Psychologie, Göttingen.
- Milden, J.W. 1977. The family in past time: a guide to literature. Garland, New York.
- Miller, D. 1972. Psychodramatic ways of coping with potentially dangerous situations in psychotic and non-psychotic populations. GP. 1/2, 57-68.
- Moreno, J.L. 1908. Homo Juvenis. Flugbericht, Wien; engl. Übers. GP 3/4 (1970) 79-83.
- Moreno, J.L. 1924. Stegreiftheater. Kiepenheuer, Potsdam.
- Moreno, J.L. 1934. Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations. Nervous and Mental Disease Publishing, Washington; erw. Ausg. Beacon House 1953, Beacon; dtsh. Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft. Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen 1954, 2. Aufl. 1967.
- Moreno, J.L. 1937. Intermediate treatment of a matrimonial triangle. *Sociometry* 1, 233-243.
- Moreno, J.L. 1943a. Sociometry and the cultural order. *Sociometry Monographs* 2.
- Moreno, J.L. 1943b. Sociodrama. Illinois Conference on Family Relations. In: Moreno (1946) 350-356.
- Moreno, J.L., Moreno, F. 1944. Spontaneity theory of child development. *Sociometry* 7, 89-128.
- Moreno, J.L. 1945. Psychodramatic treatment of marriage problems. *Psychodrama Monographs* 7. Beacon House, Beacon.
- Moreno, J.L. 1946. Psychodrama. Bd. I (3. Aufl. 1964), Bd. II 1959, Bd. III 1969. Beacon House, Beacon.
- Moreno, J.L. 1947a. Organization of the social atom. *Sociometry* 10, 287-293.
- Moreno, J.L. 1947b. The social atom and death. *Sociometry* 10, 81-86.
- Moreno, J.L. 1959a. Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme, Stuttgart.
- Moreno, J.L. 1959b. Das Psychodrama. In: Handb. der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. IV, 312-319. Urban & Schwarzenberg, München.
- Moreno, J.L. 1960a. Role. In: Moreno, J.L., The Sociometry Reader. Free Press, Glencoe, 80-84.
- Moreno, J.L. 1960b. The Social Atom: A Definition, in: Moreno (1960a) 52-54.
- Moreno, J.L. 1961/1979. The role concept, a bridge between psychiatry and sociology. *Amer. J. Psychiatr.* 118, 518-523; dtsh. *Integrative Therapie* 1/2 (1979).
- Moreno, J.L. 1967. Die Grundlagen der Soziometrie. Westdeutscher Verlag, Köln/Opladen, 2. Aufl.
- Moreno, J.L. 1969. The Viennese origins of the encounter movement, paving the way for existentialism, group psychotherapy and psychodrama. GP 1/2, 7-16.
- Moreno, J.L., Within, E.S. 1932. Application of the group method to classification. National Committee on Prisons and Prison Labour, New York.
- Moreno, Z.T. 1967. The seminal mind of J.L. Moreno. GP, 3/4, 213-219.
- Moreno, Z.T. 1977. Die Bedeutung des Doppelns und des Rollentausches für den kosmischen Menschen. *Integrative Therapie* 1, 40-44.
- Moreno, Z.T. 1978. The Function of the Auxiliary Ego in Psychodrama with Special Reference to Psychotic Patients, GP. 1, 163-166.
- Moser, H. 1975. Aktionsforschung als kritische Theorie der Sozialwissenschaften. Kösel, München.
- Moser, H. 1977a. Methoden der Aktionsforschung, Kösel, München.
- Moser, H. 1977b. Praxis der Aktionsforschung. Kösel, München.
- Mowrer, O.H. 1964. The new group therapy. Van Nostrand, New York.

- Müller, Chr. 1967. Alterspsychiatrie. Thieme, Stuttgart.
- Neumann, O. 1976. Alterssport mit wissenschaftlicher Begleitung. Heidelberger Modell. In: Deutscher Sportbund, Sport für den älteren Menschen im Verein, Frankfurt.
- Neumann, O. 1976. Art, Maß und Methode von Bewegung und Sport bei älteren Menschen, Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Kohlhammer Stuttgart. Auszug in: Baur, Betsch (1976), 25-55.
- Niemeyer, L. 1978. Leibesübungen als Altershilfe - ein Arbeitsfeld des Deutschen Turnbundes. *Kuratorium Deutsche Altershilfe*, 78, 14-17.
- Nöcker, L. 1974. Bedeutung des Sports für die Vorbereitung auf das Alter. In: Schubert, Störmer (Hrsg.), Vorbereitung auf das Alter, Werkverlag Banaschewski, München.
- Noder, W. 1975. Leistungsfähigkeit über 40 - aktiv und gesund durch Herz-Kreislauf-Training. Gräfe & Unzer, München.
- O'Connel, V.N. 1970. Crisis psychotherapy: Person, dialog and the organismic event. In: J. Fagan, I.L. Shepherd, Gestalt Therapy Now. Science and Behavior Books, Palo Alto, 243-256.
- Olechowski, R. 1969. Das alternde Gedächtnis. Lernleistung und Lernmotivation Erwachsener - Ein Beitrag zur andragogischen Grundlagenforschung. Huber, Bern.
- Olechowski, R. 1976. Experimente zur Theorie der Inaktivitätsatrophie intellektueller Funktionen. *Ztschr. Gerontol.* 9, 18-24.
- Otto, H.A. 1970. Group methods to aktualize human potential: a handbook. Holistic Press. Beverly Hills.
- Palos, S. 1972. Atem und Meditation. Scherz, Berlin.
- Pankratz, L., Buchan, G. 1965. Exploring psychodrama techniques with defective delinquents. GP, 3, 136-141.
- Parad, H. 1965. Crisis Intervention: Selected readings. Family Service Association of America, 44 East 23rd Street, New York.
- Parkes, C.M. 1972. Bereavement studies of grief in adult life. International Universities Press, New York.
- Passons, W.R. 1975. Gestalt approaches in counseling. Holt, Rinehart, Winston, New York.
- Petzold, H.G. 1965. Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieilles. *Publications de L'Institut St. Denis* I, 4-10.
- Petzold, H.G. 1968a\*. Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD. Genese, Diagnose, Therapie, Paris.
- Petzold, H.G. 1968c. Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogische Probleme an Auslandsschulen. *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1, 2-9.
- Petzold, H.G. 1969a. Die verhaltenstherapeutische Komponente im Psychodrama. Überlegungen zum Konzept eines Behaviourdramas, Paris, mimeogr.
- Petzold, H.G. 1970c. Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris, mimeogr.
- Petzold, H.G. 1971h. Einige Psychodramatische Initial-, Handlungs- und Abschlußtechniken, *Zeitschr. f. Psychother. med. Psychol.* 6, 209-227; auch in Petzold (1977a).
- Petzold, H.G. 1971i. Moderne Methoden psychologischer Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung, *Erwachsenenbildung* 3, 160-178; auch in: Petzold (1973c).
- Petzold, H.G. 1972a. (Hrsg.), Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Junfermann, Paderborn, 2. erweiterte Aufl. (1977b).
- Petzold, H.G. 1973a. Gestalttherapie und Psychodrama, Nicol, Kassel.
- Petzold, H.G. 1973b. Das „Therapeutische Theater“ als Form dramatischer Therapie. Petzold (1973a) 97-133.

\* Die Buchstaben hinter den Jahreszahlen beziehen sich auf das Gesamtschriftenverzeichnis des Verfassers.

- Petzold, H. G. 1974a. Die Rollentheorie Morenos - Grundlagen und Materialien zur Praxis. Unveröffentl. MS. Düsseldorf 1974; teilweise verwendet in: *Petzold 1979a*.
- Petzold, H. G. 1974j. (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H. G. 1974k. Integrative Bewegungstherapie. In: *Petzold (1974j) 287-404*.
- Petzold, H. G. 1975b. Das „Therapeutische Theater“ V. N. Iljines, *Gruppendynamik 6*, 117-126; auch in: *Petzold (1977b) 228-237*.
- Petzold, H. G. 1975h. Integrative Therapie ist kreative Therapie. Unveröffentl. MS. Düsseldorf.
- Petzold, H. G. 1975i. Psychodrama and role-playing in group work, in: *Benne, K. D., Bradford, L. P., Gibb, J. R., Lippitt, R. D.*, (Hrsg.), *The Laboratory Methods of Changing and Learning, Science and Behavior Books, Palo Alto, 363-392*.
- Petzold, H. G. 1976b. Dramatische Therapie, *Integrative Therapie 4*, 178-189.
- Petzold, H. G. 1977a. Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie. In: *Petzold (1977n) 252-306*.
- Petzold, H. G. 1977e. Integrative Geragogik - Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen, in: *Petzold, Brown, 214-246*.
- Petzold, H. G. 1977f. Behaviourdrama als verhaltensmodifizierende Phase des tetradischen Psychodramas, *Integrative Therapie 1*, 20-39.
- Petzold, H. G. 1977g. Der Gestaltansatz in der psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und pädagogischen Arbeit mit alten Menschen, *Gruppendynamik 8*, 32-48.
- Petzold, H. G. 1977h. (Hrsg.) *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater*. Überarbeitete und erweiterte Fassung von *Petzold 1972a*, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G. 1977i. Krisenintervention und Krisenprävention. Seminarnachschrift von *A. Rauber*, Bern, Schule für soziale Arbeit, mimeogr.
- Petzold, H. G. 1977j. Prozessuale Diagnostik und Erstinterview. Seminarnachschrift *A. Rauber*, Bern, Schule für soziale Arbeit, mimeogr.
- Petzold, H. G. 1977n. (Hrsg.). *Die neuen Körpertherapien*. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G. 1978a. Das Psychodrama als Methode der klinischen Psychotherapie. In: *Handbuch der Psychologie*. Bd. 8, II. Hogrefe, Göttingen, 2751-2795; überarbeitete Fassung in: *Petzold 1979k*.
- Petzold, H. G. 1978b. Integrative Gestalttherapie in der Ausbildung von Seelsorgern. Vortrag, Univ. Graz 1978; ausgearbeitete Fassung in: *Scharfenberg, H. J.* *Freiheit und Methode. Wege christlicher Einzelseelsorge*. Van den Hoeck & Rupprecht, Göttingen 1979, 113-135.
- Petzold, H. G. 1978c. Das Ko-responzenzprinzip in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie 1*, 21-58.
- Petzold, H. G. 1978f. Integrative Körper- und Bewegungserziehung. In: *Brown/Petzold (1978) 100-114*.
- Petzold, H. G. 1979a. Konzepte zu einer integrativen Rollentheorie auf der Grundlage der Rollentheorie Morenos. Unveröffentl. MS. Düsseldorf (erscheint in: „Beihefte zur Integrativen Therapie“).
- Petzold, H. G. 1979b. Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gestalt als Methoden der Interventionsgerontologie und der Alterspsychotherapie. In: *Petzold/Bubolz 1979*; auch in: *Petzold 1979k*.
- Petzold, H. G. 1979c. Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. *Integrative Therapie 1/2*.
- Petzold, H. G. 1979d. Die Doppeltechnik im Psychodrama. In: *Petzold 1979k*.
- Petzold, H. G. 1979e. Integrative Arbeit mit einem Sterbenden mit Gestalttherapie, Ton, Poesietherapie und kreativen Medien. *Integrative Therapie 2*, 1980.

- Petzold, H.G. 1979f. Gestalttherapie in einer integrativen Arbeit mit alten Menschen. In: *Petzold/Bubolz* 1979.
- Petzold, H.G. 1979k. Psychodrama-Therapie. Dissertation. Philosophische Fakultät Universität Frankfurt. Institut für Heil- und Sonderpädagogik. Erscheint in: „Beihefte zur Integrativen Therapie“. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. 1979m. Zur Rolle der Musik in der Integrativen Bewegungstherapie. *Zeitschrift für humanistische Psychol.* 1 (im Druck); holländ. Übers.: Het gebruik van muziek in de Integratieve Bewegingstherapie. *Tijdschrift Psychomotorische Therapie* 1, 2-13.
- Petzold, H.G. 1979r. Das Therapeutische Theater V.N. Iljines in der Arbeit mit alten Menschen. *Zeitschr. f. Humanist. Psychol.* 4 (im Druck).
- Petzold, H.G. 1979u. Humanisierung des Alters, *Z. f. Humanist. Psychol.* 4 (im Druck).
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J. 1972. Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviordrama in einem Lebenshilfezentrum. In: *Petzold* (1972a) 232-241.
- Petzold, H.G., Sieper, J. 1973. Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung. In: *Petzold* (1973c) 56-85.
- Petzold, H.G., Berger, A. 1974. Integrative Bewegungserziehung. In: *Petzold* (1974) 405-431.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. 1976. (Hrsg.), *Bildungsarbeit mit alten Menschen*, Klett, Stuttgart.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. 1976. Konzepte zu einer integrativen Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, Bubolz* 37-60.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. 1976. Theorien zum Prozeß des Alterns und ihre Relevanz für geragogische Fragestellungen. In: *Petzold, Bubolz* 116-144.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. 1976. Literatur zur Altenbildung (500 Titel). In: *Petzold, Bubolz*, 297-315.
- Petzold, H.G., Marcel, G. 1976. Anthropologische Bemerkungen zur Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, Bubolz*, 9-18.
- Petzold, H.G., Sieper, J. 1976. Zur Ausbildung von Gestalttherapeuten, *Integrative Therapie* 2/3, 120-144.
- Petzold, H.G., Berger, A. 1977. Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten. In: *Petzold* (1977n) 452-477. Gekürzt auch in: *Gezondheit*, Symposiumsbundel. Interfaculteit Lichnamelijke Opvoeding. Vrije Universiteit Amsterdam, De Vrieseborch, Haarkin.
- Petzold, H.G., Brown, G. 1977, (Hrsg.), *Gestaltpädagogik*, Pfeiffer, München.
- Petzold, H.G., Sieper, J. 1977. Quellen und Konzepte der Integrativen Pädagogik. In: *Petzold, Brown* (1977).
- Petzold, H.G., Vööbus, K. 1977. Therapie an den lijve. *Samenspel* 3 (1977) 77-85; deutsch: *Sensuskommunikation* 6 (1977).
- Petzold, H.G., Berger, A. 1978a. Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie. *Integrative Therapie* 2, 79-100; holl. Übers. De rol van de groep in de integratieve bewegingstherapie. *Tijdschrift Psychomotorische Therapie* 3, 108-114; 4, 149-159; 5, 201-207.
- Petzold, H.G., Berger, A. 1978b. Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3/4, 249-271; erweitert in: *Petzold, Bubolz* 1979.
- Petzold, H.G., Brown, G.I. 1978. (Brown, Petzold) Hrsg., *Gefühl und Aktion - Gestaltmethoden im Integrativen Unterricht*, W. Flach Verlag für Humanistische Psychologie, Frankfurt.

- Petzold, H.G., Maurer, Y. 1978. Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie. In: Battegay, R., Trenkel, A. Die therapeutische Beziehung. Huber, Bern, 95-116.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. 1979. Psychotherapie mit alten Menschen. Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., Mathias, U. 1979. Die Entwicklungs- und Rollentheorie J.L. Morenos. Beihefte zur *Integrativen Therapie*. Junfermann, Paderborn, ersch. 1980.
- Petzold, H.G., Orth, I. 1979. Integrative Poesietherapie. Unveröffentl. MS. Erscheint in: *Integrative Therapie* 1980.
- Petzold, H.G., Laschinski, D., Rinast, M. 1979. Exchange Learning - ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3.
- Perls, F.S. 1969 a. Gestalt Therapy Verbatim. Real People Press, Laffayette; dtsh. Gestalttherapie in Aktion, Klett 1975 a.
- Perls, F.S. 1969 b. In and Out the Garbage Pail. Real People Press, Laffayette.
- Perls, F.S. 1975 b. Gestalttherapie und Kybernetik. *Integrative Therapie* 1, 24-34.
- Perls, F.S. 1976. Grundlagen der Gestalttherapie. Pfeiffer, München.
- Perls, F.S. 1978. Das Ich, der Hunger und die Aggression, Klett-Cotta.
- Perls, F.S. 1980. Gestalt, Wachstum, Integration. Hrsg. v. H. Petzold, Junfermann, Paderborn.
- Perls, F.S., Hefferline, R., Goodman, P. 1951. Gestalt Therapy. Julian Press, New York; dtsh. Gestalttherapie, 2Bd. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Pfau-Tiefuhr, U. 1976. Begegnung als Ereignis. J.L. Morenos Konzept der therapeutischen Interaktion. Med. Diss., Medizin. Hochschule, Hannover.
- Pfeiffer, W.M. 1965. Das Spiel mit Handpuppen in der Therapie der Psychosen. *Z. Psychother. med. Psychol.* 15, 135-139.
- Pfeiffer, E. 1976. Psychotherapy with elderly patients. In: Bellak, Karasu (1976) 191-205.
- Pincus, L. 1977. ... bis daß der Tod euch scheidet. Zur Psychologie des Trauerns. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart.
- Platt, D. 1976. Biologie des Alterns. Quelle & Meyer UTB, Heidelberg.
- Ploeger, A., Bonzi, A., Markowic, A. 1972. Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Thieme, Stuttgart.
- Pörtner, P. 1972. Moreno und das moderne Theater. In: Petzold (1972a) 45-61.
- Potts, F. 1958. Relief of an anxiety state by a single psychodramatic session. *GP.* 4, 330-331.
- Powell, R. 1974. Psychological effects of exercise therapy upon institutionalized geriatric mental patients. *J. Gerontol.* 29, 157.
- Powell, J.A., Arquitt, G.E. 1978. Getting the generations back together: A rationale for development of community based intergenerational interaction programs. *The Family Coordinator* 4, 421-426.
- Prest, A.P.L. 1970. Die Sprache der Sterbenden. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen.
- Quint, J. 1967. The nurse and the dying patient. Macmillan, New York.
- Radebold, H., Bechtler, H., Pina, I. 1973. Psychosoziale Arbeit mit älteren Menschen. Lambertus, Freiburg.
- Rahe, R.H., Holmes, T.H. 1966a. Life crisis and disease onset. II. Qualitative quantitative definition of the life crisis and its association with health change. Unveröffentl. MS Langley Porter Neuropsychiatric Institute, San Francisco.
- Rahe, R.H., Holmes, T.H. 1966b. Life crisis and disease onset. III: A prospective study in life crisis and health changes. Unveröffentl. MS, Langley Porter Neuropsychiatric Institute, San Francisco.
- Rahm, D. 1979. Gestaltberatung. Junfermann, Paderborn.

- Ratzel, I., Schweizer, H. (1978). Seniorengymnastik. Badischer Turnerbund. Karlsruhe, Stephanienstr. 86.
- Rechtschaffen, A., Atkinson, S., Freeman, J.G. 1954. An intensive treatment program for State Hospital geriatric patients. *Geriatrics* 9, 28-34.
- Reinecker, M. 1972. Gymnastik ab 40. Südwest Verlag, München.
- Reilstab, F. 1976. Das Stanislawsky Buch. Stutz, Wädenswil.
- Ries, W. 1972. Physiologie des Alterns. In: Handbuch der allgemeinen Pathologie, Bd. VI, 4, Springer, New York.
- Riley, M.W., Foner, A. 1972. Aging and society. Bd. 3. A sociology of age stratification. Russel Sage Foundation, New York.
- Rinast, M. 1979. Drogenabhängigkeit - Zu ihren Ursachen und zu Möglichkeiten ihrer Behandlung durch Integrative Bewegungstherapie. *Information aus der Therapiekette Niedersachsen* (3 Hannover, Prinzenstr. 2) 4, 35-47.
- Ritter-Vosen 1979. Verhaltenstherapie in der Arbeit mit alten Menschen. In: *Petzold/Bubolz* (1979),
- Rohracher, H. 1965. Kleine Charakterkunde. Urban & Schwarzenberg, München, Wien.
- Rosenkranz, M. 1978. „Hände“ - eine Arbeit zur integrativen Körpererziehung. In: *Brown, Petzold*, (1978), 115-134.
- Rosow, I. (1970). Old people, their friends and neighbors. *American Behavioral Scientist* 14, 59-70.
- Ross, M. (1963). A review of some recent group psychotherapy methods for elderly psychiatric patients. In: *Rosenbaum, M., Berger, M.M.* (1963). *Group Psychotherapy and group function*. Basic Books, New York.
- Rustin, S.L., Wolk, R.L. 1963. The use of specialized group psychotherapy techniques in a home for the aged. *GP*. 1/2, 25-29.
- Sacks, J.M. 1967. Psychodrama. The warm up. *GP*. 3/4, 118-120.
- Sager, C.J., Kaplan, H.S., Heigl-Evers, A. 1973. Handbuch der Ehe-, Familien- und Gruppentherapie. 3 Bd. Kindler, München.
- Saito, M. 1975. Aikido. Its heart and appearance. New York.
- Saunders, C. 1960. Care of the Dying. Macmillan, London.
- Saunders, C. 1972. A therapeutic community: St. Christophers Hospice. In: *Schoenberg et. al.* (1972) 275-290.
- Scharll, M. 1972. Aktiv im Alter durch Gymnastik. Thieme, Stuttgart.
- Schenda, R. 1976. „Education permanente“ für das Alter: Prinzipien einer sozialgeragogischen Bildung der Jüngeren. In: *Petzold, Bubolz* (1976), 19-36.
- Schipperges, H. 1975. Am Leitfaden des Leibes. Zur Anthropologie und Therapeutik Friedrich Nietzsches. edition alpha, Klett Verlag, Stuttgart.
- Schmidt, J. 1972. Höheres Alter und Sport. In: *Hollmann* (1972): *Zentrale Themen der Sportmedizin*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 188-198.
- Schmidt, D. 1977. Sport für alternde und alte Menschen. In: *Schmitz-Scherzer* (Hrsg. 1977), *Aktuelle Beiträge zur Freizeitforschung*, Steinkopff, Darmstadt, 187-198.
- Schmidtbleicher, M. 1976. Arbeitskreis „Gymnastik“. In: *Leibesübungen als Altershilfe*, Seniorenkongress 26./27. August 1976, Stuttgart. Schwäbischer Turnerbund, im *Geiger* 37, 7 Stuttgart 50, S. 51-55.
- Schmidt-Ranson, I. 1976. Die Lehrstücke Brechts in ihrer Beziehung zum Psychodrama Morenos und zum Therapeutischen Theater Iljines. *Integrative Therapie* 4, 43-57.
- Schmitt, J.-L. 1965. Atemheilkunst. Hans Georg Müller Verlag, München, Berlin.
- Schoenberg, B., Carr, A.B., Peretz, D., Kutscher, A.H. 1972. Psychosocial aspects of terminal care. Columbia University Press, New York.

- Schubert, R., Störmer, A. 1973. Schwerpunkte in der Geriatrie 2 - Multimorbidität. Werkverlag E. Banaschewski, München.
- Schützenberger, A.A. 1970. Précis de psychodrame. Editions Universitaires, Paris; dtsh. Psychodrama, Hippokrates, Stuttgart 1979.
- Schützenberger, A.A. 1977. Triadisches Psychodrama. *Integrative Therapie* 1, 18-19.
- Schultz, I.H. 1959. Das Autogenes Training. Thieme, Stuttgart.
- Schwane, B. 1978. Seniorensport. Praktischer Leitfaden in Stundenbildern mit und ohne Hand- und Hilfsgeräten. Pohl-Verlag, Celle.
- Selye, H. 1956. The stress of life. McGraw-Hill, New York.
- Silver, A. 1950. Group psychotherapy with senile psychotic patients. *Geriatrics* 5, 147-150.
- Silverstone, B. 1973. Establishing resident councils. Federation of Protestant Welfare Agencies, New York.
- Silverstone, B. 1976. Beyond the one to one treatment relationship. In: Bellak, Karasu (1976) 207-227.
- Simon, A. 1968. Mental health of community resident vs. hospitalized aged. In: Simon, Epstein (1968).
- Simon, A., Epstein, L.J. 1968. Aging in modern society. *Psychiatric Research Report* 23. American Psychiatric Association, Washington.
- Simon, A., Lowenthal, M.F., Epstein, L. 1970. Crisis and intervention. The fate of the elderly mental patient. Jossey-Bass, San Francisco.
- Siroka, R.W., Schloss, G.A. 1969. The death scene in psychodrama. GP. 3/4, 202-205.
- Skygger, R. 1978. Die Familie - Schicksal und Chance. Walter, Olten.
- Spark, G.M. 1974. Grandparent and intergenerational family therapy. *Family Process* 13, 225-237.
- Sperling, E. 1968. Alters- und bezugsgruppenspezifische Therapieprobleme. *Zeitschr. f. psychosomat. Med. Psychoanal.* 15, 119-126.
- Sperling, E., Sperling, U. 1976. Die Einbeziehung der Großeltern in die Familientherapie. In: Richter, H.E., Strotzka, H., Willi, J. 1976. Familie und seelische Krankheit. Rowohlt, Reinbek.
- Spiegel, Y. 1973. Der Prozess des Trauerns. Chr. Kaiser.
- Stanislawsky, K. 1963. Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst I u. II. Henschel, Berlin.
- Starzmann, I. 1971. Gymnastik auch für psychisch kranke, ältere Menschen. *Innere Mission*, 61, 125-126.
- Stein, C. 1959. A challenging group of three. GP. 3, 236-239.
- Stein, C. 1960. And now there are four. GP. 1, 14-21.
- Steinbach, M. 1971. Gesundheit, Leistung und Alter. In: Böhlau (Hrsg. 1971), Alter und Physiotherapie. Schattauer Verlag, Stuttgart, 29-34.
- Stevens, J.O. 1975. Die Kunst der Wahrnehmung. Chr. Kaiser Verlag, München.
- Stokvis, B., Wiesenhütter, E. 1979. Handbuch der Entspannung. Hippokrates Verlag, Stuttgart.
- Stuhr, U. Gestalttherapie und Aktionsforschung. *Integrative Therapie* 3 (im Druck).
- Swieten, G. van. 1778. Rede über die Erhaltung der Gesundheit der Greise. Wien.
- Switzer, D.K. 1975. Krisenberatung in der Seelsorge. Situationen und Methoden. Chr. Kaiser, München.
- Tews, H.P. 1971. Soziologie des Alterns. Erster und zweiter Teil. Quelle & Meier, Heidelberg; 2. Aufl. 1974.
- Tews, H.P. 1976. Grenzen der Altenbildung. *Zeitschr. Gerontolog.* 9, 58-72.
- Thomae, H. 1968. Psychische und soziale Aspekte des Alterns. *Zeitschr. f. Gerontol.*, 1, 43-55.

- Thomae, H. 1973. Das Problem der Altersrolle. *actuelle gerontologie* 3, 645-649.
- Thomae, H. 1976. Patterns of aging. Findings from the Bonn longitudinal Study of aging. Karger, Basel.
- Thomas, K. 1968. Praxis der Selbsthypnose des autogenen Trainings. Thieme, Stuttgart.
- Thompson, P.W. 1968. The personal physician, the psychiatrist, the family and the older patient. *J. Americ. Geriatric Society* 16, 984-993.
- Tibbitts, C., Donahue, W. 1962. Social and psychological aspects of aging. Columbia University Press, New York.
- Tobin, S.A. 1971. Saying Good-By in Gestalt Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 8, 150-155.
- Troup, S. Greene, W. 1974. The patient, death and the family. Scribner's, New York.
- Tutt, I. 1977. Seniorentanz. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Vester, F. 1976. Phänomen Stress. Deutsche Verlagsanstalt Stuttgart.
- Vopel, K. 1976. Handbuch für Gruppenleiter. Zur Theorie und Praxis der Interaktions-spiele. ISKO-Press, Hamburg.
- Waldenfels, B. 1976. Die Verschränkung von Innen und Aussen im Verhalten. In: *Phä-nomenologische Forschungen* 2. Die Phänomenologie und die Wissenschaften. Karl Albers, Freiburg, 102-129.
- Walter, H.J. 1977. Gestalttheorie und Psychotherapie. UTB Steinkopff, Darmstadt.
- Ward, R.A. 1978. Limitations of the family as a supportive institution in the lives of the aged. *The Family Coordinator. Special Issue: Aging in a changing family context*, 4, 365-373.
- Weiner, H.B., Knepler, A.F. 1972. Rollentheorie und Rollenspiel. In: *Petzold (1972a)* 62-77.
- Weintraub, A., Battagay, R., Beck, D., Kaganas, G., Labhardt, F., Müller, W. 1975. Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates. Schwabe/Eular, Basel.
- Zeman, F.D. 1951. Constructive Programs for the Mental Health of the Elderly. *Mental Hygiene*, 35, 221-234.
- Zinberg, N.E., Kaufmann, I. 1978. Normal Psychology of the aging process, International Universities Press, New York, 2. Aufl.
- Zinger, N.G. 1975. A working paper for group auxiliary egos GP XXVIII, 1/4, 152-156.
- Zinker, J. 1966. The possibility of psychological growth in the dying person. *J. of General Psychology* 74, 185-199.
- Zinker, J. 1971. Dreamwork as theatre: An innovation in gestalt therapy. *Voices* 2, 18-21.
- Zinker, J. 1975. Die Phänomenologie des Hier und Jetzt als Grundlage der Gestalttherapie. *Integrative Therapie* 1, 13-23.
- Zinker, J. 1977. Gestalt therapy and creative process. Brunner & Mazel, New York; dtsh. Junfermann, Paderborn 1980.

## Mitarbeiterverzeichnis

*Ackerknecht, Lucy, M.A.* Ethnology, Univ. of Wisc., USA, Dr. phil. im Fach Psychologie an der Universität Zürich; Psychotherapeutin im Schweizerischen Institut für Individualpsychologie. Professor der Klinischen Psychologie am Western Institute for Research and Training in Humanics, Berkeley, USA. Psychotherapeutin und Lehranalytikerin der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie und des WIRTH. Veröffentlichungen: Life Meanings for future teachers, a value study, New York 1964; und achtzehn wissenschaftliche Artikel in deutscher und englischer Sprache.  
Adresse: Western Institute for Research and Training in Humanics, 226 Stanford Ave., Berkeley, 94708 U.S.A.

*Berger, Angelika*, Sozialpäd. grad., Ausbildung als Gymnastiklehrerin und Atem- und Bewegungstherapeutin; Studium der Sozialpädagogik, Gestalttherapieausbildung am Fritz-Perls-Institut, Lehrtätigkeit an der Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf; Arbeit als Bewegungstherapeutin in einer psychiatrischen Klinik. Arbeitsschwerpunkte: Bewegungstherapie und Gestalttherapie mit psychiatrischen und geriatrischen Patienten, Fortbildungskurse in der Erwachsenenbildung. Veröffentlichungen: Beiträge zur Atem- und Bewegungstherapie, siehe Bibliographie am Schluß des Buches (Petzold/-Berger).  
Adresse: 4044 Kaarst 2, Rottes 105.

*Bergeest, Harry G.*, Dipl.-Psych. Dr. phil., Klinischer Psychologe am Botleys Park Hospital, Chertsey, Surrey (Groß-Britannien), mit Lehrverpflichtung an der North West Surrey School of Nursing und Therapieverpflichtung an der Working Child Guidance Clinic. Ausbildung in Gesprächspsychotherapie bei Anne-Marie und Reinhard Tausch an der Universität Hamburg. Arbeitsschwerpunkt: Neben klinisch-diagnostischer und Lehrtätigkeit Forschung und Praxis psychologischer Beratung und Psychotherapie von Pflegepersonal und Angehörigen behinderter Patienten. Veröffentlichungen: zahlreiche Artikel zur Lebensproblematik im Alter und zu Ansätzen der Sozialtherapie und Psychotherapie alternder Menschen.  
Adresse: 30 Mizen Way, Cobham, Surrey KT 11 2RH, Groß-Britannien.

*Böschmeyer, Uwe, Dr.*, Theologe und Logotherapeut, Studenten- und Hochschulprofessor an der Universität Hamburg, Lehrbeauftragter des Fachbereichs Theologie an der Universität Hamburg. Logotherapeutische Ausbildung in der American Medical Society und an der Universität Wien bei Viktor E. Frankl. Arbeitsschwerpunkt: Seelsorge, Beratung, Logotherapie als Einzelgespräch und Gruppenbehandlung; Lehrtätigkeit in Logotherapie. Veröffentlichungen: Die Sinnfrage in Psychotherapie und Theologie; Logotherapie und Religion, in Band XV der Kindler Enzyklopädie „Die Psychologie des 20. Jahrhunderts“.  
Adresse: Heimhuder Str. 92, 2 Hamburg 13.

*Bubolz, Elisabeth*, Dipl.-Päd., studierte Erziehungswissenschaften in Neuss und Essen. Lehrtätigkeit an der Fachschule für Sozialpädagogik und Sonderpädagogik in Düsseldorf und an der Religionspädagogischen Akademie der Universität Graz. Nach eigener Gestalttherapeutischer Ausbildung am Fritz-Perls-Institut spezialisierte sie sich auf Bildungsarbeit, Psycho- und Soziotherapie mit alten Menschen. Arbeitsschwerpunkt: Kurse in der Erwachsenen- und Altenbildung, Fortbildung von Mitarbeitern in der Altenar-

beit im Rahmen des Fritz-Perls-Institutes; promoviert z.Zt. im Bereich Geragogik. Veröffentlichungen: Zeitschriftenartikel und Bildungsarbeit mit alten Menschen (Petzold/Bubolz, Hrsg.), Stuttgart 1976.

Adresse: Witzfeldstr. 19, 4005 Meerbusch 1.

*Dürckheim, Graf Karlfried*, Dr. phil., Studium der Philosophie und Psychologie, Professor für Psychologie und Dozent für Philosophie an der Universität Kiel. 1937 bis Kriegsende in Japan. Seit 1948 zusammen mit Dr. Maria Hippus Aufbau und Leitung der „Existential-Psychologischen Bildungs- und Begegnungsstätte Todtmoos-Rütte, Schule für initiatische Therapie“ in Todtmoos-Rütte. Arbeitsschwerpunkte: Initiatische Therapie, Leibtherapie, Meditation. Veröffentlichungen: Zahlreiche Buchveröffentlichungen, u. a.: Japan und die Kultur der Stille, Erlebnis und Wandlung, Im Zeichen der Großen Erfahrung, Hara - Die Erdmitte des Menschen, Wunderbare Katze, Zen und Wir, Überweltliches Leben in der Welt, Der Ruf nach dem Meister.

Adresse: 7867 Todtmoos-Rütte

*Von Franz, Marie-Louise*, Dr. phil., von 1933-1961 Ausbildung bei C.G. Jung. Heute Dozentin und Ausbildungsanalytikerin am C.G. Jung Institut in Zürich. Zahlreiche Veröffentlichungen, u. a. Aurora Consurgens II. Bd. von C.G. Jung, sein Mythos in unserer Zeit, Huber; Zahl und Zeit, Klett. Arbeitsschwerpunkte: Traum- und Märchenforschung

Adresse: Lindenbergr. 15, CH - 8700 Küssnacht.

*Frohne, Isabelle*, grad. Musiktherapeutin (DBVMT), Dozentin für Rhythmik an der Staatlichen Hochschule für Musik und Darstellende Kunst in Hamburg, Studium der Erziehungswissenschaften, Psychologie, Musik, Musikwissenschaft, Rhythmik und Musiktherapie in Hamburg und Freiburg i. Br.; Fortbildung in Gestalttherapie, Bewegungstherapie am Fritz-Perls-Institut und in analytischer Therapie, z. Zt. Promotion in Erziehungswissenschaften. Musiktherapeutin in freier Praxis. Arbeitsschwerpunkte: Musiktherapeutische Arbeit seit 1973 mit Kindern, Erwachsenen und Alten, Fortbildungskurse. Veröffentlichungen zur Musiktherapie und Rhythmik.

Adresse: Sierichstr. 25, 2 Hamburg 60.

*Grotjahn, Martin*, Dr. med. geb. 1904 in Berlin, studierte Medizin, psychoanalytische Ausbildung in Berlin und an der Menninger Klinik, Topeka, wo er als Psychiater arbeitete. Prof. emer. für Psychiatrie an der University of Southern California. Arbeitsschwerpunkte: Einzel- und Gruppenpsychotherapie mit Erwachsenen und alten Menschen; psychoanalytische Theorie und Behandlungsmethodik. Veröffentlichungen: The art and the technique of analytic group therapy, Jason Aronson 1977; Psychoanalysis and the family neurosis, Norton 1960; Beyond laughter, McGraw - Hill 1957 und zahlreiche Zeitschriftenveröffentlichungen.

Adresse: 416 N. Bedford Drive, Beverly Hills, Ca. 90210.

*Husser, Joachim*, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie in der Rheinischen Landesklinik Köln. Zusatzausbildung in Gesprächspsychotherapie. Arbeitsschwerpunkte und Veröffentlichungen: allg. Psychopharmakologie, Gerontopsychiatrie, Epidemiologie und Gerontopsychopharmakologie.

Adresse: Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 5 Köln 91.

*Kastrinidis, Perikles*, Dr. med., Psychiatrische Ausbildung in Österreich und der Schweiz, seit 1975 Ausbildung in Daseinsanalytischer Psychotherapie am Daseinsanaly-

tischen Institut für Psychotherapie und Psychosomatik in Zürich, Dozententätigkeit an verschiedenen Krankenpflegeschulen und der Schule für Soziale Arbeit und Sozialpädagogik in Zürich.

Adresse: Hofackerstr. 74, CH - 8032 Zürich.

*Langen, Dietrich*, Dr. med., Professor an der Universität Mainz, Ordinarius für Psychotherapie und medizinische Psychologie, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie an der Universität Mainz. Arbeitsschwerpunkte und Veröffentlichungen im Bereich von Hypnose und Autogenem Training wie „Die gestufte Aktivhypnose“, „Archaische Ekstase und asiatische Meditation mit ihren Beziehungen zum Abendland“, „Weg des autogenen Trainings“, „Schlafstörungen - wieder gut schlafen lernen“.

Adresse: Langenbeckstr. 1, 65 Mainz.

*Petzold, Hilarion*, Prof. Dr. theol., Dr. phil., Studium der orient. Theologie (Promotion Paris 1968), Philosophie (Promotion bei Gabriel Marcel, Paris 1971), der Psychologie, Erziehungswissenschaften (Promotion Frankfurt 1979), Medizin und Soziologie in Düsseldorf und Frankfurt. Psychoanalyse und Therapeutisches Theater bei V.N. Iljine, Paris, Psychodrama bei J.L. Moreno, New York, Gestalttherapie bei F.S. Perls, Vancouver. Gründer und Leiter des Fritz-Perls-Institutes. Lehrt als Professor am Institut St. Denis, Paris und an der Freien Universität Amsterdam. Weitere Lehrtätigkeit an den Universitäten Hamburg, Frankfurt und Graz. Arbeitsschwerpunkte: Verfahren dramatischer und leiborientierter Therapie, philosophische Anthropologie, Einzel- und Gruppentherapie, Bildungsarbeit mit alten Menschen. Veröffentlichungen: siehe Bibliographie am Schluß des Bandes.

Adresse: 4044 Kaarst 2, Schiefbahner Str. 28.

*Radebold, Hartmut*, Prof. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie/Neurologie, Psychotherapie, ord. Mitglied der Deutschen psychoanalytischen Vereinigung, Professor für klinische Psychologie (Gesamthochschule Kassel). Forschungsschwerpunkte: Psychodynamik, Psychotherapie und soziale Therapie im höheren und hohen Lebensalter, Prävention und Vorbereitung für den Altersbereich, Probleme der Aus- und Weiterbildung in der Gerontologie. Veröffentlichungen: zahlreiche Beiträge zur Sozialgerontologie siehe Literaturliste bei den entsprechenden Beiträgen.

Adresse: Gesamthochschule Kassel, Postf. 101380, 3500 Kassel.

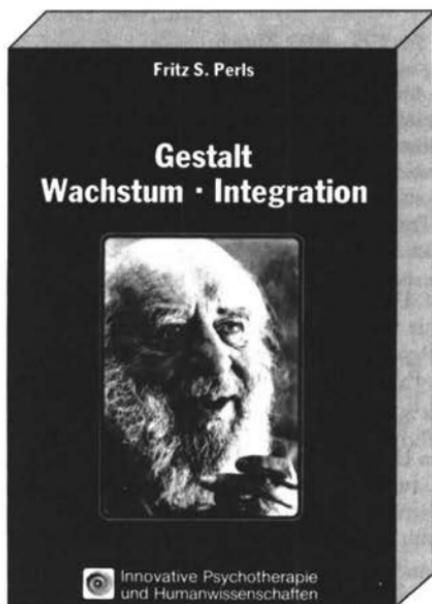
*Ritter-Vosen, Xenia*, Dr. phil., Fachreferentin für Gerontologie bei der Deutschen Bischofskonferenz Bonn; Dozentin für Psychologie und Sozialgerontologie am Fachseminar für Altenpflege, Düsseldorf. Schwerpunkte der Arbeit: Psycho-soziale Intervention bei psychisch beeinträchtigten alten Menschen; Erwachsenenbildung mit alten Menschen; Probleme alter Frauen.

Adresse: Katholisches Altenwerk, Kaiserstr. 163, 5300 Bonn.

*Rönnecke, Beate*, Dipl.-Psych., Dr. phil., von 1976-1979 wissenschaftliche Assistentin an der Freien Universität Berlin, Klinikum Charlottenburg, Abteilung für Gerontopsychiatrie. Zuvor Studium der Psychologie und der Erziehungswissenschaft in Wien und Hamburg und Tätigkeit an der Pädagogischen Hochschule Niedersachsen, Abteilung Hannover, und der Altenpflegeschule der Landeshauptstadt Hannover. Seit März 1979 Arbeit im Geriatrischen Rehabilitationszentrum Hagenhof, Hannover. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik und Therapie bei alten Menschen, gerontologische Forschung, Fortbildung von Mitarbeitern in der Altenarbeit. Mehrere Veröffentlichungen zu gerontologischen Themen in Fachzeitschriften.

Adresse: Ostfeldstr. 21, 3 Hannover 71.

Erscheint Herbst 1980



„Auch dieses neue Perls-Buch bringt wichtige Perspektiven des ‚viel-gestaltigen‘ Gründers der Gestalt-Therapie, Fritz Perls, in seiner eigenen, einzigartigen Gestalt, seinem Wachstum und persönlicher Integration.“

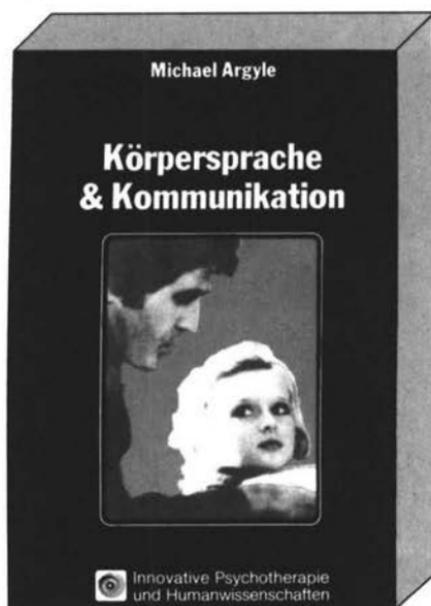
Ruth C. Cohn

**Zu diesem Buch:** Aus einem Zeitraum von dreißig Jahren werden Aufsätze, Vorträge, Sitzungstranskripte von F. S. Perls veröffentlicht, darunter seine wichtigsten Arbeiten. Das z. T. schwer zugängliche oder unveröffentlichte Material gibt einen lebendigen Eindruck von Theorie, Methodik und Praxis der Gestalttherapie und von dem Menschen „Fritz“ Perls. Dieses Buch ist einer der wichtigsten Basistexte der Gestalttherapie.

**Zum Autor:** Dr. med. Dr. phil. Friedrich Solomon PERLS (\*8. 7. 1893, † 14. 3. 1970) wurde in Berlin geboren. Psychoanalytische Ausbildung bei O. Fenichel, K. Horney, W. Reich. Assistenzarzt bei Kurt Goldstein. Nach der Emigration entwickelte er in Südafrika mit seiner Frau Dr. Lore Perls und Paul Goodman die Gestalttherapie, die zum bedeutendsten Verfahren der Humanistischen Psychotherapie wurde. Nach Jahren als Psychiater am Esalen Institut gründete er 1969 den Gestaltkibbuz am Lake Cowichan, Kanada.



**Junfermann-Verlag · Paderborn**



**Zu diesem Buch:** Michael Argyle legt mit diesem Standardwerk eine breit angelegte Darstellung der nonverbalen Kommunikation, ihrer Phänomene und ihrer Bedeutungen vor. Unter Bezugnahme auf Erkenntnisse der Verhaltensforschung, der Ethnologie und der experimentellen Sozialpsychologie beschreibt er, wie in den verschiedensten Bereichen des gesellschaftlichen und kulturellen Lebens nonverbale Mitteilungen eine wesentliche Rolle spielen. Dabei werden nicht nur die Phänomene, die ja meist nicht bewußt wahrgenommen werden, sondern auch Möglichkeiten der praktischen Anwendung in Pädagogik, Therapie und Berufsausbildung aufgezeigt. Das Buch wendet sich einerseits an den psychologischen Fachmann, der hier eine Fülle von Ergebnissen der experimentellen Forschung vorfindet, andererseits an jeden interessierten Leser, der sich diese alltäglichen Erfahrungen ins Bewußtsein rufen möchte.

**Prof. Michael Argyle**, Jahrgang 1925, studierte in Cambridge Psychologie und lehrt seit 1952 an der Universität Oxford Sozialpsychologie. Er ist seit 1965 Mitglied des Wolfson College und seit 1978 Direktor des Department of Experimental Psychology. Er ist Gastprofessor an mehreren Universitäten der USA sowie in Jerusalem, Ghana, Leuven, Bologna und York (Ontario). Ein Schwerpunkt seiner Forschungsarbeit liegt im Bereich des nonverbalen Verhaltens, in dem er führend und bahnbrechend ist. Er ist hervorgetreten insbesondere durch seine Veröffentlichungen „Psychology and Social Problems“ (1964) und „Social Interaction“ (1969).



**Junfermann-Verlag · Paderborn**



**Zu diesem Buch:** Hier wird eine praxisnahe Darstellung integrativer Beratungsarbeit auf der Grundlage der Gestalttherapie und neuerer Beratungs- und Therapieformen gegeben. Eine ausführliche Darstellung der verschiedenen Beratungskonzepte, Interventionsstrategien, Strukturierungshilfen und Verlaufsmuster von Gesprächen werden anhand einprägsamer Fallbeispiele und Sitzungstranskripte vorgestellt und theoretisch erläutert. Besondere Beachtung findet die Beziehung zwischen Berater und Klient. Durch seinen unmittelbaren Praxisbezug ist das Buch für alle, die in der Beratungsarbeit stehen, eine ausgezeichnete Hilfe.

**Dipl. Psych. Dorothea Rahm**, Psychologiestudium in Braunschweig und Gießen, Diplom in Gießen 1972. Seit 1972 tätig am Institut für Eltern- und Jugendberatung in Braunschweig, Lehrtätigkeit an der Fachschule für Sozialpädagogik und der PH Braunschweig. Ausbildung in Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie am Fritz-Perls-Institut. Seit 1978 freiberuflich tätig.



**Junfermann-Verlag · Paderborn**