

---

**Zur Entwicklung und Anwendung von  
Gestalttherapie in der klinischen Altenarbeit**

---

»Kreativität ist das Überschreiten von Grenzen, das Bejahen von Leben hinter dem Leben - von Leben, das über sich selbst hinausge-  
langt. Jenseits seiner eigenen Integrität fordert das Leben uns auf,  
unsere eigene, uns innewohnende Natur, unser Wesen als Menschen  
zu bejahen.«

(J. Zinker, 1984, 22)

**Klinische Problemstellung**

Im höheren Alter addieren und potenzieren sich biologische und zum Teil auch psychosoziale Risikofaktoren für Erkrankungen und bewirken die Zunahme von Multimorbidität (Gathmann, 1987, Kessler/Reimer, 1987).

Koronar-Herz-Kreislauf-Krankheiten stellen im Alter das größte Krankheitsrisiko dar. Vorzeitiges Altern und der Tod korrelieren hoch signifikant mit den myokardialen Versorgungsstörungen. Dies wurde in jüngster Zeit auch durch die Bonner gerontologische Längsschnittuntersuchung bestätigt, die über 15 Jahre lang unter anderem die Ursachen für die Langlebigkeit im Vergleich mit den biologischen und psychosozialen Risikofaktoren untersuchte (Kessler/Reimer, 1987).

Lange Zeit (und meines Erachtens nach auch heute noch) wurde und wird die Rehabilitation älterer Menschen im allgemeinen, und die Rehabilitation von älteren Koronarpatienten im besonderen vernachlässigt. Dieck stellt fest, daß in der BRD 93% der Rehabilitation Männern und Frauen im erwerbstätigen Alter vorbehalten sind (Gathmann, 1987). D.h., daß auch in dieser Hinsicht nicht erwerbstätige und ältere Menschen deutlich benachteiligt werden. Wenn wir von einer an den humanitären Aufgaben orientierten, rehabilitativen Medizin ausgehen, ergeben sich überdies aus den Tatsachen der aktuellen sozialen Veränderungen noch folgende Argumente für die zunehmende Bedeutung der Rehabilitation älterer Menschen:

- Zunahme der Altenbevölkerung,
- Zunahme der sogenannten »Frührentner«, besonders Ausgliederung aus dem Beruf durch Koronar-Herz-Kreislauf-Krankheiten,
- gestiegene Lebenserwartung auch nach oder mit einer Koronar-Herz-Krankheit.
- Daher wird vielfach gefordert: Verlagerung der Aufgaben geriatrischer Einrichtungen von der »Langzeitpflege« zur geriatrischen Rehabilitation (Dieck, 1976).

### **Warum ist eine ganzheitliche, die psychologische Behandlung einbeziehende Rehabilitation beim älteren Menschen sinnvoll?**

Schon vor Jahrzehnten ergaben eine Reihe von empirischen Untersuchungen in verschiedenen Herz-Kreislauf-Zentren, daß wider Erwarten nur ein schwacher Zusammenhang zwischen Besserung des somatischen Befundes und Abnahme der körperlichen Beschwerden bzw. Verringerung der emotionalen Labilität besteht. D.h. ohne ganzheitliche Therapie war die bloße medizinische Behandlung sinnlos. Damit wurde der Sinn einer adäquaten psychologischen Intervention zur Verhütung neuer Erkrankungen und für die Wiederherstellung der körperlich-seelischen Integrität des Patienten empirisch belegt (Egger, 1982).

Lehr (1987) betont die Bedeutung des subjektiven Gesundheitszustandes für »erfolgreiches« Altern. Der subjektive Gesundheitszustand weicht in 60-70% der Fälle vom »objektiven« ab. Subjektiv sich gesünder fühlende ältere Menschen zeichnen sich aus durch:

- höhere Alltagsaktivität,
- vermehrte soziale Kontakte,
- positive Stimmungslage,
- Anregbarkeit, auch im Sinne von Kreativität.

In der Bonner Langzeitstudie kommt Lehr (1987) zu dem Schluß, daß Langlebigkeit viel mehr mit einem positiven subjektiven als mit einem objektiven Gesundheitszustand korreliert, was vor allem auf die erhöhte Aktivität der Langlebigen zurückzuführen sei. Mit anderen Worten wird belegt, daß nicht primär der objektive Gesundheitszustand, sondern ein positives, aktives Altern - innerhalb gewisser Grenzen natürlich - Langlebigkeit ermöglicht.

Aufgrund des oben erwähnten Mangels an Rehabilitationseinrichtungen für nicht-berufstätige Patienten wurde 1975 die fünfte Medizinische Abtei-

lung (Leitung: Prim. Dr. Gruber) des Wilhelminenspitals in eine sogenannte langzeittherapeutische Abteilung umgewandelt, an der ich von 1977 bis 1983 mit der psychologischen Behandlung betraut war. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 67 Jahren, 70% der Patienten waren über 60 Jahre alt, der Anteil der Patienten mit Koronaren-Herz-Kreislauf-Krankheiten betrug 37%, 16% waren Apoplektiker, die weiteren Patientenanteile entsprachen den weiteren häufigen Alterskrankheiten wie Stoffwechsel- und Gelenkserkrankungen und bösartige Neubildungen (Battistich,1982).

An den Rehabilitationsprogrammen nahmen praktisch alle Koronarpatienten teil, die in diesen Gruppen (tägliches physikalisch-therapeutisches Bewegungstraining, Gruppentherapie, Musiktherapie, Vorträge) die überwiegende Mehrheit bildeten, meistens drei Viertel der Gruppenteilnehmer. Während das tägliche Koronarturnen für die »Koronarpatienten« verpflichtend war, achtete ich darauf, daß die Teilnahme an der Gruppentherapie möglichst freiwillig blieb.

In der Literatur für Gruppentherapie bei Herzinfarktpatienten finden sich vorwiegend verhaltenstherapeutische Gruppenberichte (Brusis, 1980; Egger, 1982; Fassbender/Mahler, 1980), wobei die Verhaltenstherapie deutlich überwiegt. Dies wundert nicht, da die Rehabilitation von Berufstätigen in der Folge der ausgedehnten epidemiologischen Forschungen der Sechziger und Siebziger Jahre zugleich mit der wirtschaftlichen Hochkonjunktur unter dem Druck stand, Patienten möglichst kurzfristig und erfolgreich an ihren Arbeitsplatz zurückführen zu können. (Vgl. die Streß-Management-Programme in der Verhaltenstherapie bei Kulick et al.,1980). Rehabilitation sollte jedoch dem kranken Menschen über seine physische und psychische Restitution hinaus ermöglichen:

- Entwicklung (im Sinne von Neuorientierung und Entfaltung ungenützter Fähigkeiten, Petzold,1979) und
- Daseinsbewältigung als Akzeptieren der Endgültigkeit der eigenen Existenz und aktive Anpassung an die neue Lebenssituation.

### **Kann psychologische Behandlung in der Rehabilitation die Daseinsbewältigung und Neuorientierung ermöglichen?**

In den ersten zwei Jahren meiner Tätigkeit an der Abteilung übernahm und erprobte ich die üblichen psychologischen Trainingsprogramme, vor allem der verhaltenstherapeutischen und gesprächstherapeutischen Modelle (Egger,1982; Kulick et al., 1980; Siepmann,1980). Dabei konnte ich folgendes beobachten: Konsequenter durchgeführte verhaltenstherapeutische Pro-

gramme zur Behandlung von Risikoverhalten waren nur in Einzeltherapien möglich. Die Verhaltensanalysen (Stimulus- Reaktions- Konsequenzketten) setzten häufig ein (zu) hohes Maß an Analysefähigkeit und kognitiver Präsenz voraus und wurden zum Teil von den Patienten als ihren akuten psychischen Problemen nicht entsprechend abgelehnt. Häufig, bei etwa drei Viertel aller Koronarpatienten, stand eine aktuelle Depression und Krise des Selbstbildes im Vordergrund. Aufgrund von Leistungs- und Persönlichkeitstests (HAWIE, Befindlichkeits- und Depressionsfragebogen von Zerssen, Rorschach) konnte ich feststellen, daß die depressive Krise häufig eine Denkhemmung im Sinne einer »kognitiven Störung« bewirkte (Helmchen, 1986; Zimmer/Lauter, 1984). Daher führte ich in der zweiten Erprobungsphase eine analytisch orientierte Gesprächsgruppe zweimal und eine Entspannungsgruppe einmal pro Woche ein. In dieser Phase, die sich über ein Jahr erstreckte, entwickelte ich folgende Gruppenstruktur:

1. Ausschließlich freiwillige Teilnahme an der Gruppentherapie (dies mußte immer wieder gegenüber den Abteilungsärzten und Schwestern vertreten werden);
2. »Vertrag« mit den Patienten, nach dem Vorgespräch oder spätestens nach der ersten Sitzung jedesmal teilzunehmen (außer wenn medizinisch eine Kontraindikation auftrat);
3. Slow-open-group, d.h.: die Gruppengröße betrug konstant 10 Teilnehmer, ein neuer Patient wurde nur nach dem Ausscheiden eines anderen aufgenommen;
4. Für die Teilnehmer der Gruppentherapie war auch die Entspannungsgruppe verpflichtend, an der aber auch andere Patienten teilnehmen konnten.

Somit trafen sich die Gruppentherapie-Patienten dreimal wöchentlich. Folgende Gruppeninterventionen wurden in dieser Erprobungsphase eingesetzt:

1. die Kommunikationsregeln nach Ruth Cohn (1975) ergänzt, durch die von den Teilnehmern gewünschte Regel: »Lebensgeschichte statt Krankengeschichte«;
2. bekam die Gruppe die Aufgabe, sich das »Diskussionsthema« selbst zu wählen, das sich auch über mehrere Sitzungen erstrecken konnte;
3. Meine Funktion bestand in:
  - Beachtung der Kommunikationsregeln und Beachtung des Themas,
  - Realisierung der gesprächstherapeutischen Grundvariablen zwischen den Teilnehmern und Förderung der Interaktion, sowie der psychotherapeutischen Arbeit mit den einzelnen in der Gruppe.

Folgende Themen wurden am häufigsten gewählt:

- **Aktuelle Konflikte mit den Mitarbeitern der Abteilung.**
- **Unzufriedenheit mit der medizinischen Behandlung oder der mangelnden Aufklärung: häufig als Abwehr der Ängste.**
- **Schlafstörungen, Alpträume, Unruhe: direkter Ausdruck körperbezogener Ängste.**
- **Belastungssituationen in der Lebensgeschichte: Arbeitssituation: hier auch gemeint als Verpflichtung im Haushalt, bei selbstauferlegten Beschäftigungen wie Gärtnern, teilweise Fortführung des Berufs, besonders handwerklicher Aufgaben, die in der Regel mit dem typischen Streßverhalten belegt wurden, Fortführung und starre Beibehaltung der Aufbau-Mentalität der Zwischenkriegsgeneration.**
- **Familienbeziehungen: gekennzeichnet durch Arbeit anstelle von Kommunikation (Entfremdung der Partner).**
- **»Wie geht es weiter?«: Themenbereich der Ängste und Unsicherheit gegenüber der Rückkehr nach Hause, sowohl Ängste gegenüber der körperlichen Leistungsfähigkeit als auch gegenüber der Familie.**

### **Gruppenprozeß**

Die Teilnehmer blieben, je nach Aufenthaltsdauer und Zeitpunkt des Einstieges, acht bis zwölf Sitzungen in der Gruppe. Vertrauen und Gruppenkohäsion entwickelte sich aufgrund des ständigen Kontakts außerhalb und in den Rehabilitationsprogrammen relativ rasch, sodaß - je nach Persönlichkeit - ab der zweiten bis fünften Sitzung eine hohe Bereitschaft zur Selbstoffenbarung und zum affektiven Erleben beobachtbar war. Dominierend waren die jüngeren Herzinfarktpatienten (55-65 Jahre). Prozeßhaft auftauchende Phänomene waren u.a.: Rivalität in bezug auf Leistungsfähigkeit, Auseinandersetzung mit der Autorität der Älteren und Konkurrenzverhalten, wenn jüngere Frauen anwesend waren, ähnlich wie in der Gruppentherapie mit nicht-körperkranken Personen.

### **Problematik der analytisch orientierten Gruppentherapie**

Im Verlauf der Gruppenarbeit wurde es immer deutlicher, daß die meisten angstbesetzten Themen auf vielfältige Widerstände stießen, die immer wieder verschiedene Formen der Abwehr hervorriefen wie: Themawech-

sel, Flucht in Banalitäten, Schweigen, versteckte Aggressionen, ironisches Bagatellisieren der Emotionen etc.

Aggressionen konnten noch am ehesten affektiv mitgeteilt werden. Ich ging davon aus, daß nicht eine »Sprachlosigkeit« beim Ausdruck von Gefühlen an sich vorlag, sondern, daß die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation nach einer akuten koronaren Herzerkrankung so viel Angst hervorrief, daß die Abwehr zeitweise unumgänglich wurde. Außerdem ging ich davon aus, daß die dosierte Auseinandersetzung (Konfrontation) auch eine Reduktion der Angst bedeutet.

Überlegungen, die zum Einsatz kreativer Medien führten:

1. wurde die »ruhige Gesprächsgruppe« nach längerer Dauer als starr und monoton erlebt.
2. kommen die Herzinfarktpatienten zum Teil aus der unteren Mittelschicht, waren also gewohnt, sich zu betätigen und hatten das Bedürfnis, sich auch körperlich - nicht sprachlich - mitzuteilen.
3. bot der bildnerische Ausdruck eine bessere Möglichkeit der Fokussierung auf aktuelle psychische Konflikte und Persönlichkeitsstörungen (Franzke, 1977).
4. konnte durch bildnerische und spielerische Verfahren eine effektive Verbindung von Aktion - Durcharbeiten - Integrieren erzielt werden (Petzold, 1987).

### **Modifikation der therapeutischen Praxis: integrative Gestaltarbeit**

Die dritte Phase der Entwicklung der psychotherapeutischen Gruppenarbeit umfaßte drei Jahre. Es wurde deutlich, daß meine ursprünglich eher streng abstinente therapeutische Haltung besonders in den ersten Kontakten mit den Patienten deren Angst und Unsicherheit gegenüber der Person des Therapeuten eher erhöhte als reduzierte. Ich führte daher in der Anfangsphase der Gruppensitzungen ein ausgedehntes »Joining« ein, wobei ich mich nicht scheute, über einen gegenwartsbezogenen Smalltalk hinaus die Expertenrolle vorübergehend abzulegen und von mir als Mensch zu sprechen. Fast ausnahmslos wurden krankheitsspezifische Übertragungshaltungen dadurch nicht verhindert (Thomas et al., 1986), sondern wurde eher die »Erlaubnis« dafür gegeben. Darüberhinaus begann ich in den ersten Sitzungen die Kommunikationsregeln direkter zu vertreten, um die akuten Ängste und Aggressionen der Patienten nicht ausufern zu lassen. Allein das gedankliche Ordnen des unbegreiflichen Krankheitsprozesses

verschaffte etwas Entspannung im Sinne einer Stärkung der gesunden Ich-Anteile. Es ermöglichte eine tiefere Beschäftigung mit der gegenwärtigen und vergangenen Lebenssituation.

Das zusätzlich zu den zwei Gruppentherapien in der Woche stattfindende Entspannungstraining wurde ebenfalls gezielter zur Beruhigung und Ich-Stärkung eingesetzt. Ebenso diente es zur Übung der Imaginationsfähigkeit.

Die Probleme, die sich bei der ursprünglichen Anwendung des klassischen autogenen Trainings nach Schultz ergaben, waren folgende: zu lange Übungsdauer, häufige Mißerfolgslebnisse bei »Schwere« und »Wärme« oder »Sonnengeflecht«, zu hohe Anforderungen an die Motivation zum selbständigen Üben, Gefahr des Leistungsdrucks, wenn das vom Patienten erwartete »Entspannungsziel« nicht eintrat.

Neuere Untersuchungen haben ergeben, daß nicht die Formeln der Grundübungen des autogenen Trainings Entspannung induzieren, sondern die Übung der Aktivierungsfähigkeit einer sensorischen Modalität (Fischer et al., 1985). Dieser Ansatz entspricht der »Sensory Awareness« in der Gestalttherapie oder auch der Fokussierung der Wahrnehmung in den Trancetechniken (z.B. bei Erickson).

Daher wurde folgendes Programm entwickelt: die Übungsdauer konnte frei gewählt und vom Patienten modifiziert werden; Liegen wurde empfohlen, wenn der Patient die Augen offen lassen wollte, wurde er aufgefordert, einen selbstgewählten Punkt zu fixieren.

1. Übung: (sensorisch - motorisch - taktil) Die Patienten beachten die Lage ihres Körpers und jene Stellen, wo der Körper auf der Unterlage aufliegt. Danach wird die Aufmerksamkeit auf den Muskeltonus im Körper und die Brustkorbbewegung gelenkt.
2. Übung: (akustisch) Alle Reize, die häufig beim autogenen Training als »störend« erlebt werden, werden in die Aufmerksamkeit »nach innen« gelenkt, z.B. das Geräusch des eigenen Atmens, kombiniert mit dem akustischen Bild Meeresrauschen, Strand, Geruch von Sand.
3. Übung: Mit Musik, die die Patienten vorher auswählen mußten: Bach-Orgelmusik, Meeresrauschen mit leisen Vogelstimmen oder Meditationsmusik (Deuter). Lenkung der Aufmerksamkeit von außen nach innen, zur Eigenfarbe von geschlossenen Augen, in der tiefen Atmung und tiefen Entspannung, verbunden mit dem Gefühl des Wohl-Seins.

Wenn besonders unruhige Patienten in der Gruppe waren oder durch Störungen Unruhe auftrat, wurden Jacobson-Übungen eingestreut.

Die Übungen wurden wiederholt und zeitlich von anfangs zehn auf dreißig Minuten ausgedehnt, wobei die Induktion des Sichwohlfühlers und der

angenehmen Ruhe mit weiteren Bildern, die der gewählten Hintergrundmusik entsprachen (Wiesen - Wälder; Berge - Seen usw.) verbunden wurde. Des weiteren wurden Eigenbilder angeregt, wobei die Patienten angeleitet wurden, unangenehme Bilder und Farben in angenehme Wahrnehmung überzuleiten.

Die anschließende Gesprächsrunde diente zur Bestärkung der Entspannungs- und Imaginationsfähigkeit und zur Vermeidung von Interpretationswünschen. Wenn der Wunsch nach Deutung der Bilderlebnisse auftrat, wurde dem Patienten der Vorschlag gemacht, das Bild in der nächsten Gruppensitzung zu inszenieren oder es zu malen und in die Gruppensitzung mitzubringen.

### **Gestalt-Gruppentherapie mit kreativen Medien**

Jeder Patient, der an den Sitzungen teilnehmen wollte, verpflichtete sich wie erwähnt auch zur Teilnahme am Entspannungstraining. Somit brachte er meistens Grundfähigkeiten zur Entspannung und Ansprechbarkeit für Entspannungs- und Bildsuggestionen mit. Ich ging dazu über, kleinere Gruppen (sechs bis acht Patienten) zusammenzustellen, die durchschnittlich sechs bis acht Sitzungen gemeinsam verbrachten, ohne daß neue Patienten aufgenommen wurden. Zu Beginn wurden die Patienten über die kommunikativen Regeln und die Möglichkeit von kreativem Malen und Rollenspielen informiert.

Die einzelne Sitzung war folgendermaßen aufgebaut:

1. Einstimmung, Entspannung
2. Sammlung und Orientierung der Bedürfnisse
3. Produktionsphase (Darstellung, kreative Phase)
4. Integrationsphase: Reflexion, »Durcharbeiten« (Gestaltarbeit)
5. Phase der Neuorientierung: Welche Konsequenzen hat die gewonnene Einsicht für den Alltag des Patienten? (Bubolz, 1979)

Die Abfolge dieser Phasen läßt sich auch mit dem »hermeneutisch-therapeutischen Zirkel« nach H. Petzold beschreiben: »Wahrnehmen, Erfassen steht vor Verstehen. Das Erfassen richtet sich auf Atmosphärisches, auf Szenisches, auf Aktionales, auf Ikonisches ... Die Sprache belehrt uns, daß unsere perzeptiven und kognitiven Prozesse im Leiblichen wurzeln: Wahrnehmen, Erfassen und Begreifen, das sind leiblich konkrete Gesten und Aktionen.« (Petzold, 1987)

Die Themenkreise, die von den Koronarpatienten immer wieder in die Gruppe gebracht wurden, lassen sich in drei Bereiche aufteilen:

1. Die aktuelle Krise: entweder umfassende oder mehr bezogen auf das Körper-Selbst.
2. Angst und/oder Aggression in bezug auf das soziale Umfeld: Verluste von Angehörigen und Objektverluste, Aktualisierung alter Trennungserlebnisse.
3. Zukunftsbezogene Ängste: (auch als Angst vor der Vergangenheit, vor dem eigenen Schatten) Angst vor Funktionsverlust in der Familie und im Freundes- und Kollegenkreis.

*Falldarstellung: Männlicher Patient, 72 Jahre,  
nach schwerem Herzinfarkt*

Dieser Patient kam nach einem einwöchigen Aufenthalt auf der Intensivstation in unsere Abteilung und konnte nach weiteren zwei Wochen an der Gruppentherapie teilnehmen. In den Vorgesprächen begegnete mir ein verzweifelter Mensch, der von Todesangst sowie von Todessehnsucht erfüllt war, denn seine Gattin war vor wenigen Monaten gestorben. Seinen Herzinfarkt hatte der Patient mit viel Todesangst durchlebt. In unseren Kontakten entwickelte sich bald eine positive, fast freundschaftliche Beziehung. Ich überließ ihm die Wahl zwischen Einzelsitzungen und der Teilnahme an der Gruppe. Er entschied sich für die Gruppentherapie, auch deswegen, weil zwei seiner Zimmernachbarn seit einigen Sitzungen in die Gruppe gingen und ihn dazu ermutigten. Die Gruppe übernahm bald eine tröstende und stützende Funktion ihm gegenüber. In der dritten Sitzung, an der er teilnahm, wurde beschlossen, die eigenen Stimmungen in Bildern darzustellen. Er malte zwei Bilder. Das erste Bild (»Das Ende«) sprach am deutlichsten die Sprache seiner Angst. Es stellt nicht nur seine Angst dar, sondern auch die Sehnsucht, sich durch den Tod wieder mit seiner Gattin zu vereinen, was er in Bäumen hinter den Kreuzen zum Ausdruck bringt. Dennoch überwog in seiner Beschreibung und in seinem Erleben die Angst vor dem Tod und zugleich auch der Wunsch, weiterzuleben. Das kam auch in dem zweiten, farbigen Bild zum Ausdruck. Der Rauch der beiden Häuser, die, wie er erkannte, seine Gattin und ihn darstellten, wehte jeder in eine andere Richtung. Mit dem linken Haus konnte er sich identifizieren: »Ich lebe noch, ich habe noch Farbe in mir und mein Rauch hat sich noch nicht mit deinem vereinigt. Ich sehe noch den Wald im Hintergrund, an dem wir beide früher so viel Freude hatten.« An dieser Stelle entdeckte er den Trost, daß die früheren gemeinsamen Freuden, wie z.B. das Erleben der Natur in ihm weiterlebten, und daß ihm damit auch seine Gattin Lebenskraft gab, obwohl sie physisch nicht mehr bei ihm war. In diesen Sitzungen konnte der Kranke seine Lebensangst vermindern. Kurz vor seiner Entlassung, in der elften

Woche, geriet er in Panik vor dem Nachhausegehen und erlitt einen leichten Rückfall, begleitet von kardialen Symptomen. Von ärztlicher Sicht wurde daraufhin beabsichtigt, ihn in ein Pflegeheim zu überweisen.

In fast täglichen Einzelsitzungen bereitete ich ihn in den nächsten zwei Wochen nochmals auf seine Entlassung vor. Mit Hilfe eines Sozialarbeiters gelang es dann auch, ihn wieder in seine vertraute Wohnung zurückzuführen. Der Sozialarbeiter betreute ihn auch dort weiterhin mit Unterstützung anderer sozialer Dienste der Stadt Wien (Besuchsdienst, Essen auf Rädern usw.).

Dieses Beispiel zeigt das intensive Erleben der psychischen Krise und wie sie in den bildnerischen, gestaltenden Ausdruck übergeführt werden konnte. Der Patient hätte vermutlich nie in dieser Dramatik seine »leibhafte« Bindungs- und Trennungsproblematik ausdrücken, mitteilen, bewußt verstehen und integrieren können. »Bindung ist leibhaft verankert durch das Vertraute und Gewohnte ... Diese Bindung kann durch verschiedenste Lebensereignisse wie Verlust des Lebenspartners, Umzug, Emigration oder Arbeitsplatzwechsel erschüttert werden. Betroffen ist dabei der Mensch immer in seiner leibhaften Existenz ...« (Csef et al., 1985, 246/21).

### **Wie die Patienten zum Malen motiviert wurden**

Nach der Entspannungs- und Orientierungsphase zu Beginn der Gruppensitzungen wurde den Patienten erklärt, daß das Gruppenthema nicht »besprochen«, sondern »in Farben ausgedrückt« werden sollte. Ich wählte Fingerfarben, für die die Patienten motiviert werden konnten, da es nicht um »klassische« Bilder, sondern um direkten Ausdruck von Gefühlen (von der Hand auf das Papier) ging. Fast ausnahmslos wurde diese Anregung von den Patienten akzeptiert. In der Tiefen-Entspannung bekamen sie die Anweisung, ein »inneres Bild« entstehen zu lassen. Die Themen, nach denen die Bilder gemacht wurden, wurden entsprechend der oben genannten Themenkreise formuliert:

1. »Malen Sie Ihre momentane Stimmung.«
2. »Malen Sie ein Panorama Ihrer Beziehungen zu Menschen in Ihrer nahen oder weiteren Umgebung.«
3. »Malen Sie ein Bild Ihres 'Alltags-Streß.'« (Dieser Begriff war von den Patienten durch Vorträge geläufig.)

Dem häufigen Wunsch nach Interpretation der Bilder stellte ich den Vorschlag gegenüber, sich im Sinne des gestalttherapeutischen Dialogs mit den einzelnen Bildteilen nacheinander zu identifizieren und in dieser Identi-

fikation einen »inneren« Dialog aufzunehmen. Wenn dieser Dialog ins Stocken geriet, oder emotionale Inhalte vermieden wurden, übernahm ich kurzzeitig die Rolle des »Alter Ego« oder des Doubles.

*Falldarstellung: Patientin, 59 Jahre,  
nach Herzinfarkt und mit rheumatischem Leiden*

Ihre Biographie stellt eine Kette wiederkehrender emotionaler Enttäuschungen und Verzicht bei gleichzeitiger jahrelanger arbeitsmäßiger Überforderung dar. Nachdem ihr Mann nicht aus dem Krieg heimgekehrt war, mußte sie, knapp vor ihrem dreißigsten Lebensjahr, nach dem Tod ihrer Eltern, einen kleinen technischen Betrieb weiterführen und zugleich ihre zwei Kinder großziehen. Seit ihrer Ehe ging sie keine Partnerschaft mehr ein. Ihre jüngere Schwester arbeitete im Betrieb mit und lebte mit ihr im gemeinsamen Haushalt. Seit dem Tod ihrer Eltern lebten beide in ständigen Spannungen und Konfliktsituationen, nicht zuletzt, weil ihre jüngere Schwester ihr die Führung streitig machte und oft mehr gegen sie als mit ihr arbeitete.

Zum Gruppenthema »Alltags-Streß« malte sie ein Bild, das sie, wie sie es nannte, »überall und nirgends« zeigt. Sie erlebte das Bild im Prozeß des Durcharbeitens als Ausdruck ihrer immensen Aktivitäten und entdeckt dabei ihre vor der Schwester zurückgehaltenen Aggressionen. Die dunklen Farben, die sie »schwer« erlebte, verkörperten ihre Depression, die sich bereits vor dem Infarkt anbahnte. Eine Neuorientierung ergab sich für sie in der Erkenntnis, daß die Krankheit die Botschaft ihres Leibes war, aus dieser »krankmachenden« Situation auszusteigen.

Die Auseinandersetzung mit ihrer Schwester und ihre Trennung vom Familienbetrieb wurden in der Gruppe mit verteilten Rollen durchgespielt. Nach und nach entwickelte sie dabei die notwendigen Strategien zur Ablösung. Nach Hause zurückgekehrt, begab sie sich auf zweimonatigen Erholungsurlaub und entschloß sich danach, auch in eine eigene Wohnung zu ziehen.

### **Schlußbetrachtungen**

In diesem Erfahrungsbericht habe ich meine psychotherapeutische Gruppenarbeit mit älteren Koronarpatienten von einem integrativen Gestalt-Ansatz her beschrieben. Ganzheitliche Rehabilitation ist eine »Kunst der Daseinsbewältigung«. Sie erfordert das Wahrnehmen und Erleben des So-Seins, das zum Erfassen, Verstehen und letztlich zum Verändern führen

kann. Ich wollte zeigen, daß der Einsatz kreativer Medien in der Gruppenarbeit bei älteren und psychosomatisch kranken Menschen möglich und sinnvoll ist. Sie ermöglichten die Entwicklung einer gestalttherapeutischen Kurz-Psychotherapie in der klinischen Altenarbeit.

#### *Literatur*

- Battistich, P.* Klinische Psychologie in der geriatrischen Rehabilitation. In *Egger, J. (Hrsg.)*, Klinische Psychologie in der Rehabilitation. Wien 1982
- Brusis, O.A.* Handbuch der Koronargruppenbetreuung. Erlangen 1980
- Bubolz, E.* Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen. In *Petzold, H./Bubolz, E. (Hrsg.)*, Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn 1979
- Cohn, R. C.* Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion. Stuttgart 1975
- Csef, H./Wyss, D.* Die Bedeutung von Bindung und Trennung für die Entstehung von Krankheiten. »Nervenarzt« 56/1985, 237-244
- Dieck, M.* Finanzielle Aspekte der Krankheitsbehandlung in der Rehabilitationsbehandlung älterer Menschen. Act.Gerontol. 6/1976, 293
- Egger, J.* Stationäre Gruppenpsychotherapie mit Herzinfarktpatienten. In *Egger, J. (Hrsg.)*, Klinische Psychologie in der Rehabilitation. Wien 1982
- Fassbender, C. F./Mahler, E.* Der Herzinfarkt als psychosomatische Erkrankung in der Rehabilitation. Boehringer-Mannheim 1980
- Fischer, B./Lehrl, S./Fischer, U.* Entspannungs-Jogging. In *Bergener, M./Kark, B. (Hrsg.)*, Psychosomatik in der Geriatrie. Darmstadt 1985
- Franzke, E.* Der Mensch und sein Gestaltungserleben. Bern 1977
- Gathmann, P.* Das Pathologische Psychosomatische Reaktionsmuster beim Alternden: Epidemiologie, diagnostische, präventive und therapeutische Bemerkungen. ZS. Gerontol., 20/1987, 210-218
- Helmchen, H.* Dilemmata und Schwierigkeiten der Diagnostik bei älteren depressiven Patienten. In *Kielholz, P./Adams, C. (Hrsg.)*, Der alte Mensch als Patient. Köln 1986
- Kessler, F.-J./Reimer, M.* Internistische Befunde zur Frage der Langlebigkeit. In *Lehr, U./Thomae, H. (Hrsg.)*, Formen seelischen Alterns. Stuttgart 1987

- Kulick, B. et al.* Verhaltenstherapeutisch orientierte Projekte zur Zweitprävention des Herzinfarktes. In *Fassbender, C.F./Mahler, E. (Hrsg.)*, Der Herzinfarkt als psychosomatische Erkrankung in der Rehabilitation. Boehringer-Mannheim 1980, 157-168
- Lehr, U.* Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. In *Lehr, U./Thomae, H. (Hrsg.)*, Formen seelischen Alterns. Stuttgart 1987
- Petzold, H.* Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gestalt als Verfahren der Interventionsgerontologie und Alterspsychotherapie. In *Petzold, H./Bubolz, E. (Hrsg.)*, Psychotherapie mit alten Menschen, Paderborn 1979
- Petzold, H.* Überlegungen und Konzepte zur integrativen Therapie mit kreativen Mitteln und einer intermedialen Kunstpsychotherapie. *Integrative Therapie* 2-3/1987, 104-140
- Siepmann, F.* Gesprächspsychotherapie mit Herzinfarktpatienten in der Rehabilitationsklinik. In *Fassbender C.F./Mahler, E. (Hrsg.)* Der Herzinfarkt als psychosomatische Erkrankung in der Rehabilitation. Boehringer-Mannheim 1980, 145-156
- Thomas, S./Thomas, G.J.* Integrative Therapie bei Arbeiter-Ehepaaren mit einem psychosomatisch erkrankten Partner. *Integrative Therapie* 1-2/1986, 21-38
- Zimmer, R./Lauter, H.* Zum Problem der depressiven Pseudodemenz. *ZS. Gerontol.* 17/1984, 109-112
- Zinker, J.* Gestalttherapie als kreativer Prozeß. Paderborn 1984