

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 16/2019

Die Rolle der Gruppe in der therapeutischen Arbeit
[auch] mit alten Menschen
- Konzepte zu einer "Integrativen Intervention"
(1985e, 2004a, 2019)

Hilarion G. Petzold *

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Diese Arbeit hat die Sigle 1985e, 2004a, 2019 und ist erschienen in: *Petzold, H.G. (1985a) 409-446, Neuaufl. (2004a) 265-320;*

Zusammenfassung: Die Rolle der Gruppe [auch] in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen - Konzepte zu einer "Integrativen Intervention" (Petzold 1985e, 2004a, 2019)

Auch wenn gegenwärtig die Gruppentherapie im Felde der Psychotherapie "schwächelt" – ein Symptom einer "Gesellschaft der Vereinzelung" – bleibt dieses Format der Behandlung im Gruppensetting wesentlich. Die Integrative Therapie hat zu diesem Format wichtige Beiträge geleistet (Frühmann 2013, Petzold, Berger 1978, Petzold 1985e, Petzold, Frühmann 1986; Orth, Petzold 1995), die unterschiedliche Themen zum Gruppenkonzept akzentuieren. Der wichtigste Text ist Orth, Petzold (1995), er deckt viele Dimensionen der Gruppenarbeit ab. Auch wichtig ist Frühmann 2013, eine allerdings nicht aktualisierte Perspektive von 1986 (vgl. Petzold, Frühmann 1986), die nicht berücksichtigt, dass die Sicht auf Konflikte/Gruppenkonflikte (Petzold 2003b) hinzu gekommen ist, wo gezeigt wird, dass Gruppen Sonderfälle "sozialer Netzwerke in der Zeit" sind, **Konvois** genannt (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004; Hass, Petzold 1999). Gruppen werden überdies durch "kollektive mentale Repräsentationen" bestimmt: *kollektive Kognitionen* (Moscovici 2001), aber auch *kollektive Emotionen und Volitionen* – so unsere Erweiterung (Petzold 2003b) – was an Gruppenkonflikten besonders deutlich wird. Das muss bei Frühmann 2013 ergänzt werden. In der vorliegenden Neueinstellung des Textes 1985e, der immer noch aktuell ist und nicht nur die Arbeit mit alten Menschen betrifft, wird gezeigt, dass Gruppenarbeit bzw. Gruppentherapie „in der Lebensspanne“ steht, die Gruppe Ort der Ressourcen und gemeinsamen Lernens ist und auch Matrix der Identität und wechselseitiger Hilfeleitung etc. Diese Möglichkeiten gilt es zu nutzen. Alle hier zitierten Arbeiten insgesamt geben ein umfassendes Bild **Integrativer Gruppentherapie**.

Schlüsselwörter: *Integrative Gruppenarbeit, psychologische Gruppenarbeit, Gruppe in der Lebensspanne, Gruppe als Quelle von Ressourcen, Integrative Gruppenpsychotherapie.*

Summary: The role of the group [also] in therapeutic work with the elderly - Concepts for an "Integrative Intervention" (Petzold 1985e, 2004a, 2019)

Although group therapy in the field of psychotherapy is currently "weakening" - a symptom of a "society of isolation" - this format of treatment in group settings remains essential. Integrative Therapy has made important contributions to this format (Frühmann 2013, Petzold, Berger 1978, Petzold 1985e, Petzold, Frühmann 1986, Orth, Petzold 1995), which accentuate different themes in the group concept. The most important text is Orth, Petzold (1995), covering many dimensions of group work. Also important is Frühmann 2013, a perspective from 1986 that however was not updated (see Petzold, Frühmann 1986) and fails to take up new views on conflicts / group conflicts (Petzold 2003b), where it is shown that groups are special cases of "social networks over the time", called **convoys** (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004, Hass, Petzold 1999). Also is missing in Frühmann that groups are determined by "collective mental representations", this means by *collective cognitions* (Moscovici 2001), but also by *collective emotions and volitions* - this is our extension (Petzold 2003b) - which is particularly clear in group conflicts. In the present new publication of the text 1985e, which is still current and not only important for the work with older people, it is shown that group work or group therapy is practice "in the life span": The group is place of resources and common learning and also matrix of identity and mutual help, etc. It is important to use these possibilities. All the works cited here give a comprehensive picture of **integrative group therapy**.

Keywords: *Integrative group work, psychological group work, group in the life span, group as a source of resources, Integrative group psychotherapy.*

Literatur:

Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2005 und in *Gestalt* 51(Schweiz) 37-49 und *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2004; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html>.

Frühmann, Renate (2013): *Gemeinsam statt einsam. Grundlagen der Integrativen Gruppentherapie*. Kröning: Asanger Verlag.

Hass, W., Petzold, H.G. (1999/2011): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a) (Hrsg.): *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings*. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>.

Orth, I., Petzold, H.G. (1995b): Gruppenprozessanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie* 2, 197-212. Auch in Textarchiv Petzold 1995,

Moscovici, S. (2001): *Social Representations. Explorations in Social Psychology*. New York: New York University Press.

<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/orth-i-petzold-h-g-1995b-gruppenprozessanalyse-ein-heuristisches-modell.html>.

Petzold, H.G.(1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., 1980f. *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, Paderborn: Junfermann, S. 223-290. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1980g-rolle-therapeut-therapeutische-beziehung-in-der-integrativen-therapie.pdf>.

Petzold, H.G. (2003b): *Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“*. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 01/2003; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-2003b-01-2003-petzold-h-g.html>.

Petzold, H.G., Berger, A.(1978a): Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie. *Integrative Therapie* 2, 79-100; holl. *Tijdschrift Psychomotorische Therapie* 3, 108-114; 149-159; 5, 201-207; gekürzt in: Petzold, Frühmann (1986) II, 95-126; revid. in *Integrative Leib und Bewegungstherapie*: Paderborn: Junfermann, Bd. I, 2 (1996a)[419-453];

Petzold, H.G., Frühmann, R.(1986a): *Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit*, 2 Bde., Paderborn: Junfermann.

Hilarion Petzold

Mit alten Menschen arbeiten

Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie

Verlag J. Pfeiffer · München

Ich widme dieses Buch meinen Freunden und Psychotherapeutenkollegen

Alfred Dürkop

zum 75jährigen Geburtstag – er ist mir ein Beispiel für ein lebendiges,
kreatives Alter –

und

Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz

als Dank für die langjährige und fruchtbare Zusammenarbeit.



CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Mit alten Menschen arbeiten: Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie / Hilarion Petzold. –
München: Pfeiffer, 1985.

(Reihe leben lernen; Nr. 57)

ISBN 3-7904-0417-9

NE: Petzold, Hilarion; GT

Nr. 57

Reihe »Leben lernen«

Herausgegeben von Gabriele Sievering und Karl Herbert Mandel

Alle Rechte vorbehalten!

Printed in Germany

Druck: G. J. Manz AG, Dillingen

Umschlagentwurf: Hermann Wernhard

© Verlag J. Pfeiffer, München 1985

ISBN 3-7904-0417-9

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 7

BILDUNGSARBEIT – GERAGOGIK

Angewandte Gerontologie als Bewältigungshilfe für das Altwerden,
das Alter und im Alter 11

Integrative Geragogik – die Gestaltmethode in der Bildungsarbeit
mit alten Menschen 31

Exchange Learning – ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen
Unter Mitarbeit von Dörte Laschinsky und Michael Rinast 69

»Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen«: Erlebnisaktivie-
rende Methoden in einem integrativen Ansatz zur Vorbereitung auf
das Alter 93

SOZIOThERAPIE – SOZIALGERAGOGIK

Der Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von
Störungen und Erkrankungen – Möglichkeiten der Intervention
durch Soziotherapie und Selbsthilfegruppen 123

Stadtteilarbeit mit alten Menschen – ein integrativer Ansatz zur
Verhinderung von Segregation
Unter Mitarbeit von Brigitte Zander 159

Wohnkollektive – eine Alternative für die Arbeit mit alten Menschen 202

PSYCHOTHERAPIE UND PERSÖNLICHKEITS- ENTWICKLUNG

Die Rolle der Gruppe in der therapeutischen Arbeit mit alten
Menschen – Konzepte zu einer »Integrativen Intervention« 237

Puppenspiel in der therapeutischen und geragogischen Arbeit mit
alten Menschen 294

Poesie- und Bibliothherapie mit alten Menschen und Sterbenden 338

Integrative Gestalttherapie in der einzel- und gruppentherapeutischen Behandlung älterer Glaukomapatienten Unter Mitarbeit von Ursula Bäumges	383
Bewegung ist Leben – körperliche Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensfreude im Alter durch Integrative Bewegungstherapie, Tanztherapie und Isodynamik	428
Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden Unter Mitarbeit von Kurt Lückel	467
Gestalt drama, Totenklage und Trauerarbeit	500
Gestalttherapeutische Perspektiven zu einer »engagierten« und »kritischen« Thanatotherapie	538
Die Verletzung der Alterswürde – zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals	553
Autobiographisches Postscriptum	573

PSYCHOTHERAPIE UND PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG

Die Rolle der Gruppe in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen – Konzepte zu einer »Integrativen Intervention«

1. Zum Kontext der Gerontotherapie

Die Psychotherapie alter Menschen ist bis in die jüngste Zeit ein vernachlässigter Bereich (*Petzold/Spiegel-Rösing*, 1985). Es ist eine weitverbreitete Auffassung, daß der alte Mensch psychotherapeutisch nicht behandelbar sei oder, gravierender noch, daß er der Psychotherapie nicht bedürfe, da er ohnehin am Abschluß seines Lebens stehe. Der psychoanalytische Zugang, der die Neurosegenese in der Jugend und mit zunehmendem Alter eine Involution der Libido sieht, hat eine solche Auffassung noch bekräftigt, insbesondere, da *Freud* selbst hier eine klare Position eingenommen hat: bei »Personen nahe an oder über fünfzig Jahren schlägt die Plastizität der seelischen Vorgänge so fehl, auf welche die Therapie rechnet, alte Leute sind nicht mehr erziehbar«. Überdies verlängere das »Material, welches durcharbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare« (*Freud* 1905). Und noch einmal in einer späten Arbeit betont er: »Es erweisen sich alle Abläufe, Beziehungen und Kraftverteilung so unabändert fixiert und erstarrt. Es ist so, wie man es bei sehr alten Leuten findet; durch die sogenannte Macht der Gewohnheit ist die Erschöpfung der Aufnahmefähigkeit hervorgerufen« (*Freud* 1937).

Es fügt sich dieses Vorurteil – denn um ein solches handelt es sich nach den Erkenntnissen der neueren Sozialgerontologie (*Lehr* 1979a, b; *Thomae* 1976; 1983; *Bergener* et al., 1983; *Oswald* et al., 1984) – in die allgemeinen Verleugnungstendenzen, die in unserer Gesellschaft im Hinblick auf das Altern und das Sterben bestehen. Es sind die »Tiefenpsychologen« nicht ausgenommen von der Angst, die in der Tiefe der menschlichen Seele nistet und die in der Kunst bedrängenden Ausdruck gefunden hat (*Janssen* 1978; *Cosacchi* 1965; *Schmitz* 1982), der Angst vor dem Abstieg von der Höhe der Lebenstreppe (*Joerissen* 1984) hinab zum Alter und in den Tod: »Der Tod. Ich kann ihn nicht lernen. Der Tod ist in mir selbst, und dennoch gehört er mir nicht zu. Er ist in mir und gegen mich. Und nicht einzuholen.

Niemals zu begreifen, niemals. Er läßt sich auch nicht annehmen oder hinnehmen. Er ist eine Kränkung, die tiefste Kränkung, die sich nur denken läßt« . . . Und ich bin »fast sicher, daß im Grunde alle so empfinden oder doch so empfänden, wenn sie es sich nur klarmachten. Auch die Frommen. Auch der legendäre Sokrates, von dem es heißt, er allein sei imstande gewesen, dem Tod mit einer ganz gewöhnlichen Miene zu begegnen, »d'un visage ordinaire«. Wir betrügen uns, wenn wir glauben oder erkennen oder jedenfalls behaupten, der Tod sei natürlich. Mir ist er nicht natürlich. Uns ist der Tod nicht natürlich« (Sternberger 1981, 16 f).

Dieses Gefühl, daß Alter und Tod nicht zum Leben gehören, wird akzentuiert durch die Entfremdung von der *Lebensspanne als einem Ganzen*, durch das Verschwinden des »öffentlichen Sterbens«, durch die vorwiegende, ja fast ausschließliche Wertschätzung von Leistung und Leistungskraft, durch einen Kult von Jugend, wie er sich kaum zu einer anderen Zeit findet, durch die Delegation der Sorge um die Alten und die Sterbenden an spezialisierte Institutionen und damit durch die Ausgrenzung der letzten Lebensstrecke und des Lebensendes aus dem allgemeinen Lebensvollzug. Dadurch werden Alter und Tod, obwohl sie zu unserer Natur gehören und insofern schon eine natürliche Sache sind (Scheler 1957), in die Position einer *Marginalität* gedrängt, und die Menschen, die in dieser Lebensphase stehen, werden »marginale Menschen« (Stonequist 1937). Es findet sich viel Vereinzelung im Alter. Freunde und Verwandte sterben weg. Der alte Mensch findet nicht mehr soviel Zugang zum gesellschaftlichen Leben. Es finden wenige Zugang zum alten Menschen. Und so haben sich auch in der Psychotherapie nur wenige dem Alter und dem Sterben zugewandt (vgl. Petzold 1979a, 152 ff; Radebold 1983, 12). Die Psychotherapeuten zentrieren sich auf die Kindheit. Sie versuchen in ihr, in den frühen Seelenzuständen ihrer Patienten, das eigene Kinderland wiederzufinden. Über die Neurosegenese im Senium, über die psychologischen Prozesse des höheren und mittleren Erwachsenenalters ist wenig gearbeitet worden, und zwar nicht nur wegen der »unverändert großen Nachfrage nach Therapiemöglichkeiten für Patienten im jüngeren und mittleren Lebensalter« oder »bei inhaltlich und zeitlich begrenzten Therapieerfolgen im höheren und hohen Lebensalter« (Radebold 1979); auch für die Nöte alter Menschen – und sie sind mit diesen weitgehend allein – ließe sich eine Nachfrage herstellen. Und die Therapieerfolge sind so schlecht nicht, wenn man sich nicht gerade die Vitalität der Jugend als Ziel steckt. Es sind wohl die »Probleme bei Übertragung und Gegenübertragung« (ibid. 92), jedoch nicht nur die Gegenübertragung zum alten Menschen hin, sondern die damit aktivierten Abwehrvorgänge gegenüber Infirmität, Siechtum und

Tod. So gibt es bis in die neueste Zeit wenig zu vermelden aus der Einzel- und der Gruppenpsychotherapie alter Menschen. Der *Grinnstein*-Index weist 1956 unter ca. 50 000 psychoanalytischen Forschungsarbeiten nur 50 über das höhere Lebensalter aus, und *Müllers* (1973) gerontopsychiatrische Bibliographie zeigt 215 Arbeiten aus 6000 Publikationen an, die sich im weiteren Sinne mit psychoanalytischen und psychotherapeutischen Fragen des Alters beschäftigen. Die Umfrage von *Malzahn* (1974) zeigt, daß die Hälfte der in den deutschen psychoanalytischen Gesellschaften befragten Analytiker die Altersgrenze für die psychoanalytische Behandlung bei etwa 50 Jahren ansetzt. Es lassen sich diese Zahlen vermehren, und es läßt sich zeigen, daß all diese »Fakten« Pseudofakten sind, daß Menschen über fünfzig sehr wohl einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie zugänglich sind (*Radebold et al.*, 1981; 1983), daß »psychosoziale Interventionen« (*Petzold* 1985) in der Arbeit mit alten Menschen durchaus greifen (*Lebr* 1979b) und daß die gerontotherapeutische Arbeit Heilung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, Bewältigungshilfe im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen und der Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit zu bewirken vermag (*Petzold/Bubolz*, 1979; *Brink* 1979).

2. Psychotherapie mit alten Menschen

Gerontotherapeutische Gruppenarbeit steht in besonderer Weise unter dem Anspruch, therapeutische und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zu integrieren. Die bedeutenden Ergebnisse der sozialgerontologischen Forschung können durch therapieimmanente Theorien und Forschung nicht aufgewogen werden. So reichen psychoanalytische oder gestalttherapeutische oder auch psychodramatische Konzepte allein nicht aus, um mit alten Menschen fundiert therapeutisch zu arbeiten. Es haben diese Therapieformen ihren »body of knowledge« in der Arbeit mit jüngeren Menschen und mit Erwachsenen entwickelt. Sie verfügen deshalb kaum über ausreichendes Material, auf dessen Grundlage sie die Theorie einer »Gerontotherapie« aufbauen könnten, deren Komplexität und Differenziertheit den sich stellenden Aufgaben entsprechen. Es ist ohnehin ein gravierender Mangel der psychotherapeutischen Schulen – ganz gleich welcher Provenienz –, insbesondere aber der Psychoanalyse, daß sie Ergebnisse der Sozialpsychologie, der allgemeinen Entwicklungspsychologie, der *lifespan developmental psychology* und der psychologischen Persönlichkeitstheorien kaum integrieren, sondern nur auf schulimmanenten Theoremen, Konzepten und in Ausnahmen auch Forschungen basieren

(vgl. Jüttemann 1983, 30 ff). Die allgemeine Gerontologie, die psychologische und soziologische Altersforschung (Lehr 1979; Rosenmayr 1983; Thomae 1976; 1983; Tews 1974), die Geragogik (Bubolz 1983; Petzold/Bubolz, 1976; Vleeken 1980) und Thanatologie (Wittkowski 1978; Spiegel-Rösing/Petzold, 1984) haben eine Fülle von Materialien zur Grundlagenforschung und zu Detailfragen geschaffen, so daß eine detaillierte Übersicht schon nicht mehr möglich ist und man auf zusammenfassende Darstellungen verwiesen ist. Aber diese Disziplinen haben in nur äußerst geringem Maße praxisrelevante und erprobte Interventionsmethoden hervorgebracht. Diese wurden von Psychotherapie, Sozialarbeit und Pädagogik eigenständig entwickelt, so daß sich heute immer noch die schwierige Aufgabe stellt, den Hiatus zwischen Theorie und Praxis, zwischen Forschungsorientierung und Anwendung, zwischen *gérontologie descriptive* und *gérontologie appliquée* (Petzold 1965) zu überbrücken, eine Situation, die ich schon vor zwanzig Jahren kritisch vermerkt habe (vgl. dieses Buch S. 11 ff) und die nach wie vor problematisch ist. Es erweist sich dieses Problem insbesondere in der theoretischen Begründung und der methodischen Elaboration von Konzepten zur Gruppenarbeit mit alten Menschen. Wie in unseren geragogischen Veröffentlichungen (Petzold/Bubolz, 1976a; 1976b; dieses Buch S. 31 ff; Bubolz 1983) und gerontotherapeutischen Publikationen (Petzold/Bubolz, 1979) wird in dieser Arbeit, stärker als das sonst bei psychotherapeutischen Veröffentlichungen zu diesem Thema der Fall sein mag (Radebold 1971; 1982), auf sozialgerontologische Theorien Bezug genommen. Sie bestimmen unsere Praxis maßgeblich, und zwar so weit, daß wir wichtige Forschungsergebnisse und Theoriekonzepte in allgemein verständlicher Form unseren Patienten im Rahmen der therapeutischen Gruppenarbeit vermitteln. Damit werden kognitive Verstehenshilfen gegeben, die die Ambiguität der therapeutischen Situation mindern, es wird die Partizipation der Patienten am therapeutischen Geschehen gefördert und ihnen ein Verständnishorizont für die Interpretation der eigenen Situation eröffnet. Es kommt in diesem Vorgehen auch unsere Konzeption zum Tragen, daß sich in der gerontotherapeutischen Arbeit *psychotherapeutische*, *soziotherapeutische* und *geragogische* Elemente in spezifischer Weise verbinden (ähnlich, wie es einst im Konzept der »Psychagogik« intendiert war), ohne daß dies zu Lasten einer psychodynamisch verstandenen und praktizierten Gruppentherapie – und wir verstehen unseren »integrativen Ansatz« durchaus in diesem Sinne – gehen müßte.

Die Mehrzahl der Berichte über psychotherapeutische Arbeit mit alten Menschen geht von Erfahrungen mit Einzelbehandlungen aus, wie sie für

die Praxis der überwiegend psychoanalytischen Autoren kennzeichnend sind. Und obwohl *Abraham* (1919; 1942), *Ferenczi* (1921; 1922), *Jelliff* (1925) u. a. schon früh mit alten Menschen gearbeitet haben, ist das ohne Folgen geblieben. Dies sind bekannte Namen in der Psychoanalyse, aber auch sie konnten das Verdikt *Freuds* über die Unbehandelbarkeit alter Menschen nicht verändern oder abschwächen, zumal sich in der Praxis offenbar auch bei der Behandlung Schwierigkeiten einstellten, und zwar wohl hauptsächlich, weil die Behandlung in der klassischen Technik durchgeführt wurde unter größtmöglicher Zurücknahme und Abstinenz des Therapeuten und auf der Couch. Diese Behandlungsmodalität erwies sich auch für andere Patientengruppen als ungeeignet: Suchtkranke, Psychosen, Borderline-Patienten, Menschen also mit frühen Störungen, Defiziten und Traumata (*Petzold/Maurer*, 1985). Erst die Veränderung der psychoanalytischen Technik in Richtung auf größere Aktivität von seiten des Therapeuten, einer deutlicheren Annahme von Übertragungen und durch eine zugewandte Haltung (*Kohut* 1981) konnte ein besserer Zugang zu diesen Patientengruppen und auch zu Alterspatienten gefunden werden (*Goldfarb* 1956; *Segal* 1958; *Meerloo* 1953; *Wolf* 1956; 1963; 1970). Ein aktiver Weg der Behandlung wurde schon von *Ferenczi* gewählt und war für seine Technik kennzeichnend (*Cremerius* 1983).

Das wichtigste Moment für die Gestaltung einer angemessenen Behandlungssituation in der Gerontotherapie war das Einbeziehen gruppentherapeutischer Verfahren. Als *Linden* (1953; 1954; 1955; 1956) seine beachtenswerten Arbeiten zur Gruppentherapie mit alten Menschen auf psychoanalytischer Grundlage veröffentlichte, hat er ein Behandlungsmodell vorgelegt, das zukunftsweisend war. Aber auch seine Arbeit fand wenig Resonanz. So ist die Psychotherapie als Einzel- und Gruppenbehandlung auch heute noch die Arbeit einzelner, obwohl sich die Situation in vielfältiger Hinsicht gewandelt hat und wandelt (*Radebold* 1982), nicht zuletzt dadurch, daß in der Mehrzahl der westeuropäischen Länder gravierende Veränderungen in der Alterspyramide durch die Zunahme des Anteils alter Menschen in der Bevölkerung eine stärkere Zentrierung auf die Probleme dieser Population mit sich bringt. Es wird hier in Zukunft noch zu bedeutsamen Entwicklungen kommen und kommen müssen, denn die Situation der alten Menschen ist nicht gerade rosig, sowohl was ihre ökonomische Situation (*Bujard/Lange*, 1978), als auch was ihre psychosoziale und psychische Situation anbelangt (*Wiendick* 1973; *Bungard* 1975; *Miller* 1979). Es ist weiterhin eine »neue Generation« alter Menschen im Kommen. Interessenverbände, Selbsthilfegruppen, die »grauen Panther« bzw. der Seniorenschutzbund (*Meier/Seemann*, 1982; *Unruh* 1983) sind

Anzeichen für Veränderung. Die Gruppe der alten Menschen wird unruhiger, prägnanter, sichtbarer, und zwar immer dann, wenn alte Menschen in Gruppen sich zusammenfinden und auftreten. Die Gruppe steht gegen die Vereinzelung. Sie bietet die Möglichkeit von Solidarität (Richter 1976). Gruppenarbeit, sei es in therapeutischer, soziotherapeutischer, geragogischer oder persönlichkeitsentwickelnder Ausrichtung, wird im gerontologischen Bereich zunehmend an Bedeutung gewinnen (Veelken 1981).

Interessanterweise ist der erste Hinweis auf psychotherapeutische Arbeit mit alten Menschen in einem Bericht über ein aktives gruppentherapeutisches Verfahren, das »Therapeutische Theater« (Petzold 1982). V. N. Iljine schreibt: »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 hatte in Kiew mit gerontopsychiatrischen Patienten Problemstücke aufgeführt, die er für ihre jeweilige Lebenssituation verfaßt oder die er zum Teil mit ihnen zusammen erarbeitet hatte. Häufig waren es Familienszenen. »Versöhnung braucht das Alter, Versöhnung braucht die Jugend. Um Versöhnung geht es in jedem Spiel. Nicht ein billiges Arrangement, ein Hinwegwischen von Kränkungen, von Zorn oder Schuld ist es, was wir suchen. Es muß dies alles ausgesprochen sein, mit allem Gefühl, das der Greis dem Sohn, der Sohn dem Greis vergeben kann« (ibid.). Iljine hat während seiner gesamten therapeutischen Tätigkeit mit Gruppen alter Menschen gearbeitet, weiterhin mit Familiengruppen und Gruppen, in denen junge und alte Menschen gemeinsam im therapeutischen Theater arbeiteten. »Die ganze Fülle des Lebens erschließt sich nur im Leben als Ganzem. Der alte Mensch verliert das Leben, wenn er nicht mehr mit Kindern spielen, ein Kind spielen, ein Kind sein kann. Das Kind erhält keine Ahnung von der Ganzheit des Lebens, wenn es nicht mit der alten Frau, dem alten Mann spielen kann, das Alter spielen kann, Greis und Hutzelweib sein kann. Unsere Persönlichkeit ist nie auf eine Ebene festgelegt, wenn sie lebendig ist. Sie vermag sich auf dem gesamten Spektrum des Lebens zu bewegen. Der Tod beginnt, wenn in uns das Kindliche und das Ergraute, schon immer Uralte, verlorengeht und erstirbt« (ibid.).

Auch die zweite Verwendung gruppentherapeutischer Arbeit mit alten Menschen stammt aus dem Bereich der »dramatischen Therapie«. J. L.

Moreno beschreibt den Einsatz von psychodramatischem Rollenspiel bei der Bearbeitung von Verlusterlebnissen mit Alterspatienten. Es geht ihm um die Stabilisierung beschädigter oder atrophierender »sozialer Netzwerke«, deren progredienter Zerfall zum »social death« führt (Moreno 1947). Auch Moreno arbeitete mit altersheterogenen Gruppen. Wie *Iljine* vertrat er die These, daß alt und jung zusammen einen ganzheitlichen Lebenszusammenhang darstellen. »Ein Individuum hat schon von Geburt an eine Struktur von Beziehungen um sich, eine Mutter, Vater, Großmutter usw. Das soziale Atom weitet sich kontinuierlich aus, wenn wir erwachsen werden; innerhalb des sozialen Atoms leben wir am konkretesten . . . Allerdings verändert sich das soziale Atom ständig, solange wir jung sind und noch über mehr Ressourcen verfügen; wenn ein Mitglied es verläßt, übernimmt ein anderes seinen Platz und erfüllt eine ähnliche Rolle. Wenn ein Freund geht, wird der alte Freund rasch durch einen neuen ersetzt; sozialer Ausgleich scheint fast automatisch stattzufinden . . . Aber wenn wir älter werden, wird es schwieriger, den Verlust von Mitgliedern in signifikanten Rollen zu ersetzen; ähnlich wie auch die Wiederherstellung in unserem physischen Organismus im Verlauf des Alterns schwieriger wird. Es ist dies das Phänomen des »sozialen Tods«, nicht aus der Sicht des Leibes, nicht im individuellen Sinn der Psyche, nicht wie wir von innen heraus sterben, sondern wie wir von außen her sterben« (ibid. 81). Die von *Iljine* (1909) und *Moreno* (1909) vertretenen Konzepte der *Lebensspanne*, des sozialen Kontextes bzw. des sozialen Atoms (*Iljine* 1923; *Moreno* 1934; 1947) eröffnen eine Perspektive zur Fundierung der Arbeit in Gruppen für die Behandlung, Betreuung, Aktivierung und Persönlichkeitsentwicklung von alten Menschen.

3. *Der alte Mensch, der soziale Kontext und die Gruppentherapie*

»Der soziale Kontext, in dem ein Mensch, jeder Mensch, steht, ist ein sensibles Gebilde. Er ist keine für immer festgefügte Größe, sondern verändert sich mit dem Leben, durch das Leben, über das Leben hin. Und die Punkte seiner größten Verwundbarkeit finden sich am Anfang und am Ende des Lebens. Am Anfang, weil das kleine Kind ohne den sorgenden Halt der Familie nicht überleben könnte, und am Ende, weil der hochbetagte Mensch ohne den sorgenden Kontext der Familie oder einer Ersatzfamilie – Spital oder Pflegehaus – schnell und jämmerlich zugrunde gehen würde« (*Iljine* 1923, 48). Hier wird ein Konzept von »Verwundbar-

keit« formuliert, das später in der *life event research* als *vulnerability* besondere Bedeutung erhalten wird (Brown/Harris, 1978). Auch Moreno (1947, 81) hat ja das soziale Atom des alten Menschen als besonders gefährdet beschrieben. Der Mensch lebt in sozialen Netzwerken, die auf die Qualität seines Lebensvollzuges einen entscheidenden Einfluß haben. Moreno war einer der ersten Sozialwissenschaftler, der die Bedeutung derartiger Netzwerke erkannte und untersuchte. Seine Erkenntnisse und Erfahrungen haben ihn dazu geführt, die »Interventionssoziometrie« (Dollase 1975) zu entwickeln – ein Vorläufer interventionsbezogener psychosozialer Praxis und damit auch der »Interventionsgerontologie« (vgl. Petzold 1979a; Lehr 1979b). Die Beeinflussung eines sozialen Netzwerkes ist sicherlich schwieriger als die Betreuung eines einzelnen, ja sie kann sogar Gefahren heraufbeschwören. »Dieser Umgang mit sozialen Netzwerken und Strömungen in einer Population ist ein höchst gefährliches Spiel« (Moreno 1934, 350). Aber es ist auch ein effektiver Ansatz, destruktive Sozialzusammenhänge zu beeinflussen. Im Zusammenhang mit der *Theorie der sozialen Netzwerke* entwickelt Moreno die *Theorie des sozialen Atoms*: »die kleinste lebendige soziale Einheit, die selbst nicht noch weiter geteilt werden kann« (ibid. 141), und er kommt zu der radikalen Erkenntnis, daß der Mensch kein soziales Atom *hat*, sondern daß er ein soziales Atom *ist* (Petzold 1982a), d. h., daß er in jedem Moment seiner Existenz mit der Gesamtheit der Menschen lebt, die ihm verbunden sind, und daß der Verlust dieser Menschen mit einem Prozeß des sozialen Sterbens gleichzusetzen ist (Moreno 1947). Moreno bezeichnet das soziale Atom als ein Interaktionsmuster (a pattern of attractions and repulsions, 1941, 24), seine Mitarbeiterin H. Jennings (1941; 1943, 135) als »structural unit«. Ich selbst verstehe das soziale Atom als »Matrix von Identität« (Petzold/Mathias, 1983), denn Identität wird in bestimmendem Maße gewonnen durch Identitätsattributionen, Rollenzuschreibungen aus dem Umfeld, die oft die Selbstattributionen nachhaltig beeinflussen (George 1980). Selbstwahrnehmung im Lebenskontinuum und die Wahrnehmung der Identitätszuschreibungen zusammen als Grundlage für das Identitätserleben des Ichs weisen für unser theoretisches Konzept die hohe Bedeutung von Gruppen und sozialen Netzwerken aus. Dies wird noch klarer, wenn man sich vergegenwärtigt, daß die zentralen Bereiche des Identitätserlebens (vgl. dieses Buch S. 95 ff u. 143 f) an die Zuweisungen des sozialen Feldes, an die emotionalen Bezüge im »sozialen Atom« unlösbar gebunden sind. Für den Identitätsbereich *Leiblichkeit* gilt, daß der Leib Zuwendung oder Ablehnung erfährt. Für den Bereich *Arbeit und Leistung* gilt, daß Arbeit gemeinsam als Zusammenarbeit positive soziale Gratifikationen mit

sich bringen kann – oder auch nicht –, daß Leistung sozial bewertet wird und die Möglichkeit von Gratifikation oder Abwertung beinhaltet. Für den Bereich *materielle Sicherheiten* bedeutet das soziale Netzwerk die Möglichkeit zusätzlicher Ressourcen durch das Eintreten der Gemeinschaft für den einzelnen. Für den Bereich *Werte* bedeutet die Wertegemeinschaft die Möglichkeit eines Rückgriffes auf Bindendes und Tragendes. Der Bereich *soziales Netzwerk* selbst beinhaltet die Vielfalt oder Eingeschränktheit von Interaktionen, von Möglichkeiten zum sozialen Rollenspiel.

4. Die Gruppe als soziales Netzwerk

Da Menschen in sozialen Netzwerken leben und diese für ihre Lebensqualität, ja ihr Überleben entscheidende Bedeutung haben, kommt der Analyse sozialer Netzwerke im Hinblick auf ihre Vitalität und Kraft besondere Bedeutung zu, und wird die Sorge um die Erhaltung und Restitution sozialer Netzwerke ein wesentliches Moment von Therapie darstellen. Die Gruppe als ein soziales Netzwerk wird damit *per se* zu einem hervorragenden Instrument therapeutischer Arbeit, das gerade im Hinblick auf die Zielgruppe alter Menschen durch kein anderes therapeutisches Instrument ersetzt werden kann (vgl. z. B. auch die über die Gruppe im engeren Sinne hinausgehende Stadtteilarbeit und die ihr zugrundeliegenden Netzwerkkonzepte, dieses Buch S. 159).

Die Bedeutung sozialer Netzwerke ist in jüngster Zeit stärker in den Sozialwissenschaften erkannt worden. Die Erkenntnisse *Morenos* und *Iljines* sind auf einen kleinen Kreis von Gruppenpsychotherapeuten beschränkt geblieben oder fanden im Bereich der Soziometrie weitere Ausarbeitung. Seit *Moreno* (1934; 1947) seine Konzepte differenziert vorgelegt hat, sind also mehr als 40 Jahre vergangen, bevor z. B. in der Sozialgerontologie die Bedeutung des Netzwerkkonzepts erkannt wurde. *Schneider* (1979), *Pilisuk* und *Minkler* (1980) und *Wieltschnig* (1982) haben auf die Bedeutung sozialer Netzwerke und der aus ihnen kommenden sozialen Unterstützung für die Bewältigung von Altersproblemen hingewiesen. Die vielfältigen Verluste, die ein alter Mensch hinnehmen muß, Verluste an Gesundheit und Vitalität, Verluste an körperlicher Integrität, etwa durch Ertauben oder Erblinden (*Petzold/Bäumges*, dieses Buch S. 383), Verluste von Rollen, Funktionen und Aufgaben etwa durch die Pensionierung (vgl. *Petzold*, dieses Buch S. 123), Verluste von vertrauter Umgebung, etwa durch die Übersiedlung ins Altenheim (idem 1985; *Saup* 1983), Verluste von vertrauten und geliebten Menschen durch den Tod –

das alles sind Momente, die einen Menschen zu kaum einem Zeitpunkt mehr bedrängen als im Alter. Der Verlust des Gedächtnisses kann hier manchmal geradezu als eine Gnade betrachtet werden. In derartigen Belastungssituationen sind Gesprächspartner notwendig, andere Menschen, bei denen man sich entlasten kann oder die Hilfe geben, so daß man nicht mit allem »alleine fertig werden muß«. Die soziale Einbettung kann auf diese Weise negative Auswirkungen für die psychische und physische Gesundheit durch kritische Lebensereignisse auffangen (Dean/Lin, 1977; Palmore/Cleveland/Nowlin, 1979). Streß, Angst und Hilflosigkeit werden durch die Entlastungsfunktionen eines tragfähigen sozialen Kontextes besser bewältigt (Schwarzer 1981). Besonders bei Verlust von geliebten Menschen wird der Trost und der soziale Support aus einem intakten sozialen Netzwerk dazu beitragen, daß Bewältigungsleistungen leichter erbracht werden (Walker et al., 1977) und psychische bzw. psychosomatische Reaktionen, insbesondere aber auch Depressionen weniger häufig oder gravierend auftauchen bzw. leichter abklingen (Mueller 1980; Waltz 1981; Dean et al., 1981).

Nun darf das Konzept des sozialen Netzwerkes nicht unbedingt gleichgestellt werden mit seiner Kapazität zur sozialen Hilfeleistung bzw. Unterstützung (George 1980). So werden von einigen Autoren diese beiden Aspekte differenziert (Schaefer et al., 1982; Pearlin et al., 1981). Es gibt ja durchaus toxische soziale Netzwerke für den alten Menschen, die ihm keinen Status zuweisen oder ihm Negativattributionen geben bis hin zur seelischen und körperlichen Mißhandlung (vgl. dieses Buch S. 500 ff). Oder es gibt Netzwerke, die als negativ erlebt werden. Im Anschluß an Thomaes »kognitive Theorie der Persönlichkeit und des Alters« (Thomae 1970; 1971) ist es auch sinnvoll, die subjektive Bewertung eines sozialen Netzwerkes in Rechnung zu stellen, wie Schaefer (et al., 1982) oder Schwarzer (1981, 25), die die »persönliche Überzeugung, in ein hilfreiches Kommunikationsnetz eingebettet zu sein«, als Kern von sozialer Unterstützung ansehen. Faktische Unterstützung und subjektive Bewertung dieser Unterstützung müssen aber insgesamt gesehen werden, um die »supportive Valenz« eines sozialen Netzwerkes einzuschätzen. Die Bedeutung der Gruppe für die Arbeit mit alten Menschen wird von einem solchen Konzept »supportiver Valenz« her zu betrachten sein.

Die Metapher vom *sozialen Netzwerk* impliziert einerseits den Aspekt der Vernetzung, das Hin- und Herlaufen von Kommunikationen und Interaktionen in einer vielfältigen, aber doch geordneten Verbindung, zum anderen den Aspekt der Sicherheit, ein Netz, in dem man aufgefangen wird. Schließlich könnte man doch einen Aspekt der Begrenzung, ja Bedrohung

sehen, das Netz, in dem man gefangen ist, verstrickt, aus dem man nicht mehr herausgelangen kann, ein Netz von Zwängen, Forderungen und Einschränkungen. Soziale Netzwerke haben also durchaus nicht nur streßmindernde Wirkung (*Schwarzer* 1981; *Pearlin et al.*, 1981). Was kennzeichnet nun »hilfreiche bzw. stützende« soziale Netzwerke? Zunächst lassen sich *strukturelle Momente* herausarbeiten, z. B. die Zahl der Personen, die Kontaktdichte, Rollenbereiche, Homogenität oder Heterogenität im Hinblick auf die soziale Situation, auf Einstellungen oder Lebensstile. Weiterhin finden sich *funktionale Merkmale*, wie z. B. Kommunikation, persönliche Förderung, emotionale und materielle Unterstützung, Identitätserhaltung, Situationsbewältigung (vgl. *Kaplan* 1975; *Tolsdorf* 1976; *Walker et al.*, 1977; *Mueller* 1980).

Unter der Perspektive von *Morenos* Konzept des sozialen Atoms können wir diese spezifische Form des sozialen Netzwerkes durch folgende Dimensionen kennzeichnen (*Petzold* 1979b, 54 f):

- 1) *Quantität*; d. i. das Volumen bzw. die Zahl der Relationen zwischen dem Kernindividuum und den kern-, mittel- und randständigen Individuen des sozialen Atoms.
- 2) *Qualität*; d. i. die Zahl der positiven, negativen und indifferenten Relationen des Kernindividuums zu den umgebenden Individuen gemäß seiner eigenen subjektiven Einschätzung.
- 3) *Distanz*; d. i. der Abstand der Individuen vom Kernindividuum entsprechend der Einteilung des Zonenprofils in eine Kern-, Mittel- und Randzone. Diese Dimension gibt Aufschluß über die Intensität der Kontakte im sozialen Netzwerk und über die Handhabung von Nähe und Distanz.
- 4) *Kohäsion*; d. i. die Verbindung, die die ein Kernindividuum umgebenden Personen untereinander haben.
- 5) *Konnektierung*; d. i. die Stellung des sozialen Atoms zu anderen sozialen Atomen und übergeordneten Netzwerken (vgl. Abbildung S. 133 u. 135).

Ein soziales Atom von *guter Konsistenz* ist gekennzeichnet durch eine hohe Zahl von positiven und eine geringe Zahl von negativen Relationen zwischen dem Kernindividuum und den umgebenden Individuen, durch zahlreiche Relationen der umgebenden Individuen (sie bilden dadurch ein auffangendes und tragfähiges soziales Netz), eine ausgewogene Verteilung von Nähe und Distanz im Gesamtvolumen der Relationen sowie eine vielseitige Konnektierung zu anderen sozialen Atomen. Es ist hiermit eine sehr komplexe Beschreibung eines sozialen Netzwerkes gegeben (*Kulenkampff* 1982), in der mit der Dimension »Qualität« der subjektiven Einschätzung Rechnung getragen wird. Es können diese fünf Dimensionen um eine zusätzliche sechste, nämlich die der *supportiven Valenz*, ergänzt werden. Unter diesem Konzept verstehen wir die *Möglichkeiten* und

Fähigkeiten emotionaler, sozialer, materieller und spiritueller (Wertebereich) Stützung von den Mitgliedern eines sozialen Atoms gegenüber dem Kernindividuum. Man könnte auch von der *coping capacity* des sozialen Netzes sprechen. Die *Möglichkeiten* liegen in der Verfügbarkeit von Eigen- und Fremd-Ressourcen. Die *Fähigkeiten* liegen in der Bereitschaft, diese Ressourcen zur Unterstützung für das Mitglied des sozialen Netzwerkes einzusetzen.

In einer empirischen Untersuchung von sozialen Atomen alter Menschen (Petzold 1979b, a) konnten wir feststellen, daß es einen dramatischen Abfall der Konsistenz, d. h. der Gesundheit und Leistungsfähigkeit und der *coping capacity*, der sozialen Atome, vom 40. zum 70. Lebensjahr gibt (vgl. Abbildung 1). Die Konsistenzwerte der sozialen Atome fielen erheblich ab. In unserer Untersuchung ging z. B. die Zahl der *Relationen*, die die untersuchten Personen mit 40 Jahren hatten, gegenüber den Relationen, die sie im Alter hatten, in 39 von 40 Fällen zurück, und zwar im Schnitt um 51,8%, bezogen auf den Mittelwert und die gesamte Population, wobei die Frauen mit 36,8% gegenüber den Männern mit durchschnittlich 60,4% wesentlich besser dastehen. Der *Konsistenzwert* des sozialen Atoms sank im Mittel um 29% (bei den Frauen um 18,4%, bei den Männern um 37,1%). Auch im Hinblick auf die *Qualität* der Relationen ist ein erheblicher Rückgang positiver Beziehungen kennzeichnend. Im Hinblick auf die *Distanz* nimmt die Kernständigkeit zu, die Menschen im Alter und in Bedrängnis »rücken näher zusammen«. Es findet aber auch eine Verödung der Kernzone statt. Insbesondere verödet die Mittelzone, in der früher die Berufskontakte und die Beziehungen, die über den engeren Familien- und Freundeskreis als Ausdruck von Lebensvielfalt hinausgingen, angesiedelt waren. Nur die Dimension *Kohäsion* nimmt zu. Das stärkere Aufeinander-angewiesen-Sein mag diesen Effekt bewirken. Bei der Dimension *Konnektierung* zeigt sich ein Rückzug von anderen Bereichen, ein Verlust von Lebensvielfalt und Horizont (Petzold 1979b, 67 f). Ein weiteres Problem ist die »Überalterung« von sozialen Atomen. Eine große Anzahl alter Menschen der gleichen Kohorte erhöht die Verwundbarkeit des Netzwerkes: wichtige Stützpersonen können plötzlich wegfallen, Verlustereignisse können es erschüttern. Außerdem ist die Zahl der Hilfsbedürftigen innerhalb eines solchen Netzwerkes groß. Zwar wachsen auch die Möglichkeiten des Verständnisses – man steht ja in der gleichen Situation –, auf der anderen Seite nehmen die Ressourcen ab. Die Leistungsfähigkeit eines sozialen Atoms als *coping agency* ist von der materiellen, emotionalen und sozialen Leistungsfähigkeit seiner Mitglieder abhängig. Auch Bandura (1983) und Saup (1983) differenzieren soziale Netzwerke nach sozialen,

emotionalen und instrumentalen Aspekten, wobei es schwierig ist, diese drei Größen zu gewichten, denn sie hängen von der jeweiligen individuellen Bewertung ab, wie nämlich Materielles, Emotionales oder Soziales eingeschätzt wird.

Die dramatische Reduktion von sozialen Atomen im Alter ist sicherlich ein kulturspezifisches Phänomen. In den pluralistischen westlichen Industrienationen, wo das *extended-family-Modell* von der Kleinfamilie abgelöst wurde und die Verlängerung der individuellen Lebenszeit und die lange *Empty-nest-Phase* zu einem Auseinanderdriften der Generationen führt (Majce 1982), nimmt das Support-System Familie ab, und an seine Stelle treten öffentliche Institutionen, die natürlich auch eine formale Struktur, eine größere Anonymität und ein Verlust an individualisierter Zuwendung kennzeichnet. Es bleibt allenfalls eine »Intimität in der Distanz« (Rosenmayr 1983). Auch der Verlust der Nachbarschaften und der sozioökologischen Eingebundenheit des Quartiers durch die sich verändernden baulichen bzw. städtebaulichen Bedingungen führen zu einer Reduktion »natürlich gewachsener« Gruppierungen in ihrer identitätsstiftenden Funktion für den alten Menschen. Es kommt hier ein Moment zum Fortfall, dem bislang noch nicht ausreichend Beachtung geschenkt wurde: sozioökologische Eingebundenheit als ein bedeutsamer Faktor für seelische Gesundheit und Lebenszufriedenheit bzw. bei ihrem Fehlen als bedeutsamer Faktor der Pathogenese.

Die numerische Quantität eines sozialen Atoms reicht bei weitem nicht. Die soziale Bezugsgruppe zeigt ihre supportive Kraft nicht vorwiegend in ihrer finanziellen Potenz, sondern in ihrer Fähigkeit, auf den alten Menschen einzugehen, ihn zu verstehen und ihm »die richtige« Zuwendung zu geben. Es ist vielleicht die bedeutsamste Erfahrung, die wir in nunmehr 20jähriger geragogischer, soziotherapeutischer und psychotherapeutischer Arbeit mit alten Menschen gewonnen haben, daß ein rechtes Verstehen, gegründet auf einer adäquaten *Einfühlung*, und das angemessene Vermitteln von Zuwendung das ist, was für das Gesamtfinden des alten Menschen am meisten zählt. In ähnlicher Weise wie Kobut (1981) die *mangelnde Empathiefähigkeit* wichtiger Bezugspersonen, insbesondere der Mutter, für seelische Erkrankungen verantwortlich macht, konnten wir die mangelnde Empathiefähigkeit des sozialen Kontextes als kausal für Leiden, Krankheit und akzelerierte Alternsprozesse, ja für erhöhte Mortalität der alten Menschen finden (Petzold/Bubolz, 1979). Die Restitution sozialer Netzwerke, wo sie atrophiert oder angekränkelt waren, wo sie indifferent oder toxisch geworden sind, war uns deshalb stets ein wichtiges Anliegen, und wo dies nicht zu erreichen war, haben wir versucht, *prothetische soziale*

Projektives soziales Atom als »freies Bild«

Neben seiner metrischen Form, die das Geflecht der Bezugspersonen eines Menschen exakt kartiert (Petzold 1979b; Kulenkampff 1982), wird die von Petzold entwickelte Technik des »projektiven sozialen Atoms« verwandt. Die Teilnehmer werden aufgefordert, ihr soziales Netzwerk so darzustellen, wie sie es erleben. Für Beziehungen und Beziehungsqualitäten sollen Farben verwendet werden, für Menschen sollen sie Symbole finden, die für sie charakteristisch sein könnten (Blumen, Tiere, Gegenstände usw.) – ein ähnliches Vorgehen wie in der Kindertherapie die »Familie in Tieren«. Manche Patienten behalten beim projektiven sozialen Atom die Form des metrischen Modells bei (vgl. Abbildung auf S. 133). Andere finden vielfältigste Formen: einen Baum mit verzweigter Krone und verschiedenen Blüten, einen illustrierten Stammbaum, der mittelalterlichen Darstellung der »Wurzel Jesse« ähnlich, einen Flußlauf mit vielen Armen oder auch ein »freies Bild« (vgl. Abbildung S. 251), dessen Elemente Personen und Beziehungen darstellen. Durch Farb- und Symbolwahl werden nicht nur die bewußten Beziehungsqualitäten deutlich, auch unbewußte Beziehungsdynamik kommt – oft für den Zeichner überraschend – zum Vorschein. Die Bearbeitung erfolgt in gestalttherapeutischem Vorgehen mit den Techniken der »Identifikation«, des »Dialogs« mit der Person bzw. ihrem Symbol, des »Dialoges« zweier oder mehrerer Personen (Symbole) auf dem Bild untereinander. Eine biographische Perspektive wird durch das Aufgreifen der »Geschichten von Beziehungen« möglich. Prägnanz kann hier gewonnen werden, wenn man neben dem gegenwärtigen »sozialen Atom« die Beziehungen vergangener Zeiten in projektiver oder metrischer Form darstellen läßt. Aus explorativen Gründen legen wir auf eine Rekonstruktion des SA aus dem Alter von fünf Jahren (ödipales/postödipales Sozialisationsfeld) und 15 Jahren (Sozialisationsfeld der Adoleszenz) Wert, weil sich hier oft pathogene Beziehungskonstellationen finden, die Beziehungsschwierigkeiten in späteren sozialen Atomen erklärbar machen. Interessanterweise finden sich in den Beziehungsmustern von sozialen Atomen des Seniums des öfteren Muster aus den frühen SA-Konstellationen, die offenbar in involutiven Prozessen reproduziert werden.

Legende zur Topographie des abgebildeten »sozialen Atoms«

- 1 Personen, die mich in der Kindheit und Jugend usw. geprägt haben (Kindergärtnerinnen, Lehrer, Ausbilder usw.)
- 2 Vater / Baum + Haus
- 3 Mutter / Baum + Haus mit Schornstein und Rauch
- 4 Ich, zum anderen Ufer blickend und als »zypischer Luftgeist«
- 4 eine alte Freundin »große Schwester« – M } Rosenbüsche
- 6 ein Freund – W.
- 7 eine Freundin – I. – Schwan
- 8 langjährige Freundin und Kollegin (Sicherheit) – Schiff
- 9 V. – neuer Freund der D. – Gebirge
- 10 D. – meine ehemalige Freundin (See – Wasserfall – Gewitterwolke – Wolke über der Sonne)
- 11 Rose – Symbol der Liebe, strahlt Ruhe, Geborgenheit, Sicherheit aus – Zeichen für ein geändertes Leben
- 12 Gebirge – »Ich weiß nicht, was mich auf dem Weg dadurch erwartet«, Unsicherheit, Angst, »Sich-verletzen-Können«
- 13 Vögel – einige Freunde, die mich noch erwarten
- 14 Sonne – Symbol für Leben, Wärme
- 15 Steine bzw. Weg, den es zu gehen gilt, um mein Leben zu verändern
- 16 Strand-Symbol für Ruhen – Entspannen – Krafttanken



Projektives soziales Atom als freies Bild

Atome aufzubauen, etwa durch die Einrichtung therapeutischer Wohngemeinschaften (dieses Buch S. 202) oder von Selbsthilfe- und *Exchange-learning*-Gruppen (dieses Buch S. 69) oder durch therapeutische Gruppen, die mit den verschiedensten Medien arbeiten (vgl. die entsprechenden Kapitel dieses Buches). Eine Veränderung sozialer Atome durch Methoden »dramatischer Therapie« (Gestalttherapie und Psychodrama) konnten wir empirisch durch Kartierungen der sozialen Atome (*Kulenkampff* 1982) vor und nach der Gruppentherapie feststellen. Nach 12 Monaten therapeutischer Gruppenarbeit stieg der Konsistenzwert der sozialen Atome im Mittel um 20,7%. Eine Kontrollgruppe ohne Therapie zeigte im genannten Zeitraum eine Verschlechterung der Konsistenzwerte von 30% im Mittel (*Petzold* 1979b, 71; vgl. Abbildung 133–135). *Die therapeutische Gruppe selbst bildet also ein »soziales Netzwerk«, das defiziente Netzwerke ergänzen kann.*

Das Konzept des *sozialen Atoms* und seine Bedeutung für die Persönlichkeit, die seelische Gesundheit und das Gesamtfinden der Person wird den Teilnehmern erläutert und verständlich gemacht. Dies erfolgt z. B. durch eine exemplarische Arbeit mit dem »Münzsoziogramm« – ein Teilnehmer legt sein soziales Atom, dargestellt durch Münzen, variiert die Distanzen, probiert die Beziehungen aus, die er zu einzelnen Mitgliedern seines sozialen Netzwerkes hat. Oder wir lassen die sozialen Atome kartieren. Auch dieses wird exemplarisch mit einem Teilnehmer vorgeführt. Es wird eine ganze Gruppensitzung damit verbracht, soziale Atome zu zeichnen. Oft werden die angefangenen Blätter noch mit nach Hause genommen, ergänzt, um dann in den nächsten Gruppenstunden besprochen zu werden (*Petzold* 1979a; *Kulenkampff* 1982). Es seien im folgenden einige pathogene und einige kompensatorische Momente im sozialen Netzwerk alter Menschen beschrieben.

4.1 Rollenentzug/Rollenkreation

In sozialen Gruppierungen von Menschen kommt es mit zunehmendem Alter zu einem Rollenverlust durch die Veränderung im sozialen Netzwerk. Die Berufsrollen entfallen mit der Pensionierung, die klassischen Großeltern-Rollen können in geringerem Maße wahrgenommen werden als in früheren Zeiten, weil die Familien zum Teil stark auseinandergedriftet sind. Die Altersrollen sind eher unscharf, und es fehlt an brauchbaren Rollenmodellen und Vorbildern (*George* 1980). Die Altersrollen erfahren vorwiegend negative Bewertungen. Insgesamt verarmt das »Rollenreper-

toire«, Grundlage für ein starkes Selbst und eine konsistente Identität (Petzold/Mathias, 1983) – nicht zuletzt durch den Verlust von Mitspielern im sozialen Rollenspiel durch Todesfälle im sozialen Atom. Es müssen deshalb Hilfen geboten werden, neue Rollen zu schaffen und anzunehmen, das Volumen des Rollenrepertoires zu vergrößern, indem alte, schon lange nicht mehr gespielte Rollen aufgegriffen werden (z. B. durch Aktualisierung alter Hobbies), indem die Rollenflexibilität trainiert wird (durch therapeutische Gruppenarbeit, insbesondere Psychodrama und Therapeutisches Theater), indem neue Felder für Rolleninteraktionen bereitgestellt werden. Der Bereich der Selbsthilfe- und Therapiegruppen bietet hier vielfältige Möglichkeiten.

4.2 Negative und positive Identitätszuweisungen

Das Faktum abnehmender Kräfte wird dem alternden Menschen oft genug von seiner sozialen Umgebung in sehr schmerzlicher und kränkender Weise vermittelt. Hingegen nehmen Attributionen, die sein Selbstgefühl stärken und aufbauen, ab. Erfahrungen des Angenommenseins und Akzeptiertwerdens sowohl von seiten der Therapeuten bzw. des Gruppenleiters als auch in der wechselseitigen Kommunikation der Teilnehmer untereinander vermögen hier Korrektive zu setzen. Positive Identitätszuweisungen ergeben sich allein aus dem Bewußtsein, für jemanden etwas zu bedeuten, erwartet zu werden, für jemanden noch etwas tun zu können, mit Rat, mit Tat, mit kleinen Diensten oder durch das bloße Zuhören. Das gemeinsame Teilen von Erinnerungen, lebensgeschichtlichen Erfahrungen führt dazu, daß die Gruppenteilnehmer einander vertraut werden, daß sie sich bekannt werden, einander kennen, und das ist eine wichtige Dimension von Identität (Petzold/Mathias, 1983).

4.3 Ausgrenzung/Solidarität

Der alternde Mensch wird aus vielen Bereichen des Lebens ausgegrenzt (vgl. dieses Buch S. 159 ff). Hilfen in der Bewältigung von Lebensproblemen von seiten seiner *Peers* nehmen ab, nicht zuletzt, weil diese Bezugspersonen selber hilfsbedürftig werden. Rückzugsmechanismen verhindern vielfach den Zusammenschluß zu Solidargemeinschaften. »Man muß mit seinen Problemen alleine fertig werden.« Der Verfall von Nachbarschaften trägt zu dieser Entwicklung bei. Ausgrenzung und Vereinzelung aber können

in einer Gruppe überwunden werden, wenn sie zu einer Solidargemeinschaft in der Bewältigung von Altersproblemen wird. Wenn die Schwelle überwunden wird, über das zu sprechen, was alle belastet, wird die Gruppe zu einer Gemeinschaft, in der wechselseitige Hilfeleistung stattfinden kann, zu einer »Coping-Gemeinschaft«. Coping-Leistungen werden ja nicht nur vom einzelnen, sondern von seinem sozialen Atom, von seiner relevanten Umwelt erbracht. Bewältigungstechniken, »coping styles«, können miteinander geteilt, einander mitgeteilt werden. Das Potential einer Gruppe bietet hier, was die Vielfalt und die Kraft von Ressourcen anbelangt, mehr Möglichkeiten, als sie der Einzelperson in der Regel zur Verfügung stehen.

Dieses alles spricht dafür, vermehrt Gruppenarbeit in der Betreuung alter Menschen einzusetzen. Sie ist unter den verschiedenen therapeutischen Modalitäten (Einzeltherapie, Kurzzeit- und Fokalintervention, Paartherapie, Familientherapie, vgl. *Brink* 1979; *Petzold/Bubolz*, 1979; *Radebold* 1982; *Radebold/Schlesinger-Kipp*, 1983) das Mittel der Wahl, um soziale Netzwerke zu restituieren. Der scheinbaren Unabänderlichkeit des Verlustes an »sozialer Potenz« (*Petzold/Bubolz*, 1976), die wie ein unentrinnbarer Fluch hingenommen wird, muß begegnet werden: »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 wiederherzustellen. Es ist wahrscheinlich einfacher, Störungen ihres sozialen Atoms durch soziatrische 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« gibt, das hochstrukturiert und empfänglich für Wachstum und Verfall ist. Der Tod ist eine Funktion des Lebens. Er hat eine soziale Realität« (*Moreno* 1947, 82).

5. Funktionen der Gruppe in der gerontotherapeutischen Gruppenarbeit

In der Gruppenarbeit mit alten Menschen besteht die Funktion der therapeutischen Gruppe weitgehend in der Übernahme von Funktionen des sozialen Netzwerkes bzw. naturwüchsiger Gruppen. Einige für die Gerontotherapie besonders relevante Funktionen seien im folgenden kurz aufgezeigt.

5.1 Die Gruppe als Matrix der Identität

Identität ist keine starre stabile Größe, sondern ist im Verlauf des Lebens mehr oder weniger großen Veränderungen unterworfen. Diese Veränderungen sind abhängig von Veränderungsprozessen der Leiblichkeit und des sozialen und ökologischen Lebensraumes, wie sie besonders durch den Vorgang des Alterns gegeben sind. Der Mensch ist mit dreißig ein anderer als mit sechzig, obgleich es überdauernde Merkmale gibt (George 1980). Es ist eine gewisse Konstante gegeben durch das Gedächtnis, die Erinnerungen, das Wissen, das das *Ich* über das *Selbst* hat, durch die Leiblichkeit, durch die Präsenz wichtiger Bezugspersonen im sozialen Netzwerk und durch eine übergeordnete Qualität des ökologischen Bezugssystems – nur wenige Menschen werden gänzlich aus ihrem regionalen oder zumindest übergeordneten regionalen Bereich (Deutschland, Mitteleuropa) herausgerissen. Die Bilder, die das *Ich* über das *Selbst* hat, die Selbstattributionen und die Zuweisungen aus dem sozialen Feld, die Identitätsattributionen, wie sie über die Lebenszeit hin erfolgen, konstituieren *Identität* (Petzold/Mathias, 1983; Petzold 1984). Das soziale Feld und die in ihm wirkenden Gruppierungen sind demnach ein wesentlicher, konstitutiver Bestandteil für das Entstehen und die Erhaltung von Identität. Eine therapeutische Gruppe, die klare Identitätszuweisungen gewährleistet, hat deshalb besonders in Zeiten der Krise, besonders im Alter, wenn die sozialen Netzwerke ausdünnen oder zerfallen, spezifische Möglichkeiten der Sicherung von Identität. Unter dieser Zielsetzung steht dann auch im wesentlichen gerontotherapeutische Gruppenarbeit: Identität zu erhalten, zu entfalten und, wo sie beeinträchtigt oder beschädigt ist, zu restituieren.

5.2 Die Gruppe als Reservoir an Ressourcen

Ressourcen-theoretische Überlegungen (Schneider 1979; George 1980) haben in der gerontotherapeutischen Literatur bislang kaum Beachtung gefunden. Die Ressourcenlage des alten Menschen, seine Verfügung über Eigenressourcen und die Möglichkeit zur Erschließung von Fremdressourcen, ist aber zur Beurteilung der Lebenssituation, zur Abschätzung der Prognose und für die Konzipierung der Behandlung von einschneidender Bedeutung. Ich werde hierzu noch kurz im Rahmen unserer diagnostischen Überlegungen (S. 268 ff) zurückkommen. Wir verstehen unter *Ressourcen* »alle materiellen, physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Mittel,

die zur Erhaltung des Lebens, zur Gewährleistung einer angemessenen Lebensqualität und zur Bewältigung von Lebensproblemen für ein Individuum oder eine Gruppe erforderlich sind«.

Ressourcen können also Geldmittel und Grundbesitz sein, aber auch soziale Kontakte, Beziehungen, Freundschaften und auch Intelligenz, Sprachkenntnisse, Lebenserfahrungen, Mut, Gelassenheit, Leidensfähigkeit usw. Eine der bedeutendsten Ressourcen sind die physischen Fähigkeiten: Gesundheit, Vitalität, körperliche Elastizität und Geschicklichkeit. Ein derartig komplexes Ressourcenkonzept macht die Erhebung schwierig (vgl. ein Raster bei *Rahm* 1985). Wird aber der Gruppe die Bedeutung des Ressourcen-Konzeptes vermittelt, so kann ein Teil der Gruppenarbeit auch darin bestehen, gemeinsam eine Ressourcen-Analyse zu erstellen, und zwar für die einzelnen Mitglieder, aber auch für die Gruppe insgesamt. Die Gruppe wird sich dabei sehr bald als »Reservoir von Ressourcen« erkennen und erleben. Nicht nur, daß die einzelnen Teilnehmer Mitglieder eines sozialen Netzwerkes und damit eine soziale Ressource geworden sind, sie sind noch in einem weiteren Sinne *resource persons*. Ihre Erfahrungen, Erinnerungen, lebenspraktischen Kenntnisse sind eine wichtige Informationsquelle, die man gemeinsam teilen kann. Ihre Bereitschaft, sich emotional zu engagieren, sich wechselseitig zu stützen, ein Gruppenmitglied in Krisensituationen mitzutragen, ist Quelle der Unterstützung. Beziehungen und Verbindungen, Kontakte, die ein einzelner hat und einem anderen Gruppenmitglied oder der Gesamtgruppe zur Verfügung stellt, bis hin zu praktischen Hilfeleistungen im Alltag können als weitere Ressourcen betrachtet werden. Je bewußter sich eine Gruppe dieser Möglichkeiten und Funktionen wird, je eher ist sie in der Lage, diese Potentiale auch gezielt für sich und für die einzelnen Teilnehmer einzusetzen. Es werden damit die eigenen Ressourcen des einzelnen Gruppenmitgliedes erheblich aufgefüllt, und es wächst auch die Chance, sich Fremdressourcen verfügbar zu machen. Fremdressourcen sind nämlich sozialen Gruppierungen aufgrund des größeren sozialen Druckes, den sie auf Institutionen ausüben können, leichter zugänglich als der Einzelperson. Auch die motivationale Kraft, gemeinsam Defizitbereiche anzugehen und fehlende bzw. unzureichende Ressourcen zu beschaffen bzw. aufzubessern, ist in der Gruppe günstiger einzuschätzen.

5.3 Die Gruppe als Agentur wechselseitiger Hilfeleistung

In der Gruppe kommt ein Moment zum Tragen, das *Moreno* als die Essenz der Gruppentherapie angesehen hat: »That one man becomes the therapeutic agent of the other« (*Moreno* 1932). Die Gruppe greift auf die grundlegende Fähigkeit des Menschen zur wechselseitigen Hilfeleistung zurück, ein Konzept, das *Kropotkin* herausgestellt und betont hat. Sie wird zu einer Gemeinschaft, in der »exchange learning and exchange helping« (*Petzold et al.*, dieses Buch S. 69) einen grundlegenden Funktionsmodus darstellen. Dieser ist in unterschiedlicher Weise vorhanden und entwickelt. Besonders bei den zurückgezogenen, auf sich gestellten oder in einer Heimsituation hospitalisierten Gruppenmitgliedern müssen diese Fähigkeiten der wechselseitigen Hilfeleistung und des wechselseitigen Lernens erst wieder aufgebaut werden. Solidarität kann nicht immer als Gegebenheit angenommen werden, auch wenn man unter den gleichen Belastungen leidet, sondern sie ist auch Lernziel (*Richter* 1976). In der Arbeit mit alten Menschen haben wir es häufig mit einer Situation zu tun, in der die wechselseitige Hilfeleistung über die Gruppensitzungen im engeren Sinne hinaus in den Alltag transferiert werden muß, so daß die Gruppe zu einer wirklichen Selbsthilfegruppe wird (vgl. dieses Buch S. 128 ff; *Veelken* 1981).

5.4 Die Gruppe als Ort selbstverfügter Kontrolle

Das Konzept des Kontrollverlustes und der »erlernten Hilflosigkeit« von *Seligman* (1975) hat gerade in neueren Untersuchungen seine Brauchbarkeit auch für den gerontologischen Bereich gezeigt (*Langer/Rodin*, 1976; *Rodin* 1980; *Mercer/Kane*, 1979; *Schulz/Hanusa*, 1980; *Saup* 1983). Es wurden deutliche Zusammenhänge zwischen dem Verlust an Kontrollmöglichkeiten, erlebter Belastung und Depression bzw. defensiven Bewältigungsstilen (Resignation, Wunsch zu sterben, gefühlte Aussichtslosigkeit, passives Erdulden) festgestellt. Wenngleich sich die genannten Studien auf die Situation von Menschen in Altenheimen bezogen, zeigt die klinische Praxis in allen Bereichen der Arbeit mit alten Menschen – ob es sich nun um die gesellschaftlich verfügte Zwangspensionierung handelt (dieses Buch S. 123), um den Eintritt einer unerwarteten Erkrankung, z. B. eines Glaukom-Anfalls (dieses Buch S. 283), ob es die Abnahme körperlicher oder geistiger Fähigkeiten anbelangt oder den Entzug von sozialer Zuwendung oder die Reduktion materieller Sicherheiten (*Bujard/Lange*, 1978) –, daß wir überall

Situationen finden, in denen alte Menschen Einflüssen ausgesetzt werden, die sich ihrer Kontrolle entziehen. Nicht nur das Eintreten kritischer Lebensereignisse und der mit ihnen verbundene Streß, auch der damit einhergehende Kontrollverlust und damit der Verlust an »sozialer Potenz« (Petzold/Bubolz, 1976, 134) können als auslösende Momente für psychische Belastungsreaktionen und Erkrankungen, insbesondere für Depressionen und psychosomatische Reaktionen angesehen werden. Häufig werden noch die bei Verletzung und Kontrollverlust auftretenden aggressiven Impulse retroflektiert, wodurch die Reaktionsbildung verstärkt wird. Ich habe schon 1977 darauf hingewiesen: »Bei Depressionen alter Menschen sind Faktoren wie Rollenverlust, Einbußen an physischen Fähigkeiten, Verlust von Bezugspersonen, Einschränkung der wirtschaftlichen und Wohnsituation, sowie Auswirkungen sensorischer und perzeptueller Deprivation meist mit im Spiel« (Petzold 1977a). Ich habe sieben Faktoren für eine multifaktorielle Genese der Depression im Alter herausgearbeitet:

»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. Fehlen der Integrationsmöglichkeiten im Hinblick auf Sinn- und Wertfragen; 7. Fehlen der Integrität der Person im Hinblick auf die Bedrohung durch den unabänderlichen Tod« (Petzold 1977a). Die Dimension des Kontrollverlustes ist in den Punkten 1–4 eingeschlossen.

Zu Punkt 4 könnte man spezifizierend hinzufügen, daß er die Auswirkungen pathogener Konstellationen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter entsprechend dem psychoanalytischen Modell der Genese von Depressionen miteinschließt.

Hautzinger (1978; 1979a–c) hat verschiedentlich die Nicht-Kontrollierbarkeit von Umweltbedingungen als Erklärungsmodell für die Genese von Altersdepressionen herausgestellt. »Damit eine psycho-reaktive Altersdepression entsteht, müssen also nicht-kontrollierbare Bedingungen (Veränderungen) gegeben sein, das Individuum muß diese Situation als solche wahrnehmen und subjektiv bedeutsam empfinden, kein Verhalten zur Bewältigung dieser Bedingungen zur Verfügung haben und sich selbst als unfähig einschätzen. Die dann entstehende Einstellung der gelernten Hilflosigkeit wird auf viele oder alle Lebensbereiche generalisiert. Das Individuum erlebt sich überall als hilflos. Das typische Verhalten einer Depression ist die Folge« (Hautzinger 1978, 352). Sicher ist dieser Erklärungsansatz allein nicht ausreichend. Die Ätiologie ist, wie aufgezeigt,

in der Regel noch komplexer. Aber dieses Modell stellt für die Sicht der Altersdepression sicher eine innovative Perspektive dar.

Kontrollverlust als die Unfähigkeit einer Person, Zusammenhänge zwischen dem, was ihr zustößt, und dem, was sie tut, herzustellen, kann für die Alterssituation als ein gewichtiges pathogenes Moment angesehen werden. Saup (1983, 183) zieht aus seiner Untersuchung für eine Altenheim-zentrierte Belastungsprävention als Schlußfolgerung »die Schaffung erweiterter Handlungsspielräume und erhöhter Kontrollmöglichkeiten«, und für die Individuum-zentrierte Belastungsprävention schlägt er den Aufbau assertiven Bewältigungsverhaltens vor, durch das Kontrollmöglichkeiten restituiert werden. In der Reduktion von Kontrollverlust und dem Aufbau personaler Kontrollmöglichkeiten als der Fähigkeit wahrzunehmen, wie man durch eigenes Tun die persönliche Lebenssituation verändern und beeinflussen kann, haben wir ein wichtiges Moment psychotherapeutischer, soziotherapeutischer und geragogischer Gruppenarbeit mit alten Menschen zu sehen. *Die Gruppe wird zu einem Ort selbstverfügter Kontrollmöglichkeiten.* Die alten Menschen werden dazu ermutigt, die Gruppensituation zu kontrollieren, aktiv mitzugestalten, sie als Freiraum zu nutzen. Dazu wird erforderlich, daß der Gruppenleiter Situationen schafft, die nicht ausschließlich oder überwiegend von ihm bestimmt und strukturiert werden. Der in der Regel aktivere und direktivere Interventionsstil in der gerontotherapeutischen Arbeit muß durch Phasen der Zurücknahme und relativen Abstinenz auch Gegenakzente beinhalten, um die Möglichkeiten der Gruppe nicht zu depotenzieren. Die Ermutigung, im Transfer auf Lebenssituationen Kontrolle über Bereiche wieder zu übernehmen, in denen man sie schon auf- und abgegeben hat, stellt für die Teilnehmer ein wichtiges Moment dar, selbstbestimmte Lebensgestaltung wiederaufzunehmen. Wiederum ist es uns ein Anliegen in unseren therapeutischen Gruppen, das Konzept des Kontrollverlustes und der gelernten Hilflosigkeit den Teilnehmern verstehbar zu machen, indem wir exemplarisch Beispiele aus dem Leben der Gruppe und der Gruppenteilnehmer aufgreifen und unter diesem Erklärungsmodell in verständlicher und eingehender Weise explizieren. Die Gruppe beginnt dann selbst die Analyse von Situationen und Lebensumständen, die mit Kontrollverlust einhergehen. Dabei wird häufig deutlich, daß eine Veränderung der Sichtweise dazu führen kann, daß ein Kontrollverlust nicht als totaler erlebt wird, Generalisierungen verhindert oder aufgehoben werden, so daß der Teufelskreis von Negativerwartungen und Negativkonsequenzen durchbrochen wird. Den Gruppenteilnehmern wird damit in mehr oder weniger großem Maße die Entscheidung wiedergegeben, es werden

Handlungsspielräume erweitert (Averill 1973) und in der gruppalen Interaktion auch genutzt und eingeübt. Die Reversibilität erlernter Hilflosigkeit (Abramson/Seligman/Teasdale, 1978) durch die Möglichkeiten selbstverfügter Kontrolle in der Gruppe ist ein immer wieder feststellbares klinisches Resultat gerontotherapeutischer Arbeit. Es sollte deshalb dezidierter und strategischer in der Behandlung alter Menschen eingesetzt werden und zum Tragen kommen.

5.5 Die Rolle der Gruppe als Generator sozialer Welten

Das Individuum lebt in multiplen sozialen Welten, die seine Identität nachhaltig beeinflussen und deren Veränderung Auswirkungen auf das Identitätserleben und die Stabilität des Selbst haben (Matthews 1979). Der Verlust von sozialen Welten, wie er sich durch den Übergang in den Ruhestand und andere Statuspassagen (Strauss/Glaser, 1971) zeigt, trägt zur Verarmung des Individuums und zu Krisensituationen bei (vgl. dieses Buch S. 142, 149), so daß diesen Zusammenhängen besondere Beachtung geschenkt werden sollte. Das unter Rückgriff auf G. H. Mead von Anselm Strauss (1978) entwickelte Konzept der »social world« kann wie folgt definiert werden: »Eine soziale Welt (social world) ist eine extrem weite, höchst durchlässige, amorphe und räumlich transzendente Form einer sozialen Organisation, in der die Akteure kognitiv miteinander verbunden sind durch eine gemeinsame Perspektive, die sich aus gemeinsamen Kommunikations-Kanälen ergibt« (Unruh 1983, 14). Dieses Konzept nimmt den Lebenswelt-Gedanken (E. H. Husserl, M. Merleau-Ponty, A. Schütz) auf und fügt dem Konzept des sozialen Netzwerkes bzw. sozialen Atoms weitere Dimensionen hinzu, insbesondere die der gemeinsamen Perspektive, die symbolisch vermittelt ist und sich z. B. in bestimmten Sprachmustern und Verhaltensformen äußert. Durch das für das Alter einzigartige Faktum aber, »daß die Alters-Kohorte zunehmend zerbrechlicher wird« (Dono et al., 1979), werden die Möglichkeiten, eine »soziale Welt« gemeinsam zu teilen, reduziert, denn die Menschen, mit denen man in der Vergangenheit gelebt hat, sind gestorben. Soziale Welten aber behalten Bedeutung und wirken identitätsstiftend, auch wenn sie nicht mehr bestehen, wie Shibusani (1955) treffend herausgestellt hat. Aber gerade dann ist es wichtig, daß man sich ihrer nicht einsam erinnert, sondern sie teilen kann. Die gerontotherapeutische Gruppenarbeit stellt einen Raum bereit, in dem Menschen ähnlichen Alters die Möglichkeit haben, soziale Welten zu teilen, indem sie über Vergangenheitsereignisse sprechen können, über Zeiten, die sie gemeinsam

erlebt haben. Die aktive Rekonstruktion vergangener Welten, z. B. durch Tagebücher, Fotoalben und Erinnerungssouvenirs, ist ohnehin ein für alte Menschen sehr charakteristisches Moment. Es kann diese Tendenz durch die psychodramatische Re-Inszenierung von Szenen, die Gestaltung von Erinnerung mit kreativen Medien oder mit imaginativen Methoden aufgenommen werden (vgl. dieses Buch S. 101 ff, 476 u. a.). Aber das Leben in der Vergangenheit genügt nicht. Auch die Gegenwart muß »valide soziale Welten«, die befriedigend und erfüllend sind, bieten. Wo derartige »social worlds« vorhanden sind, gilt es, sie zu erhalten, wo sie verloren gingen, gilt es, neue zu schaffen. Zuweilen wird es auch notwendig, sich von alten Welten zu verabschieden, sie zu betrauern (und sie sich damit auch in gewisser Weise zu bewahren durch eine neue Form der Aneignung; vgl. dieses Buch S. 543 ff), damit sie nicht den Zugang zu möglichen Sozialbezügen hier und heute verstellen. *David Unruh* (1983) hat in einer Reihe von Einzelfallstudien Beispiele gesammelt, wie alte Menschen in alten sozialen Welten leben und sich neue soziale Welten erschließen. Und *Andrea Fontana* (1979) legt mit ihren Interviews eine beeindruckende Dokumentation über die Möglichkeiten sozialer Welten im Alter vor. Soziale Welten, die sich alte Menschen suchen, können eine Bowling-Gruppe sein, eine »square dancing world«, eine »bicycling world«, usw. (*Unruh* 1983). Es kann die soziale Welt eines Altenzentrums sein, eines Volkshochschulkurses, einer Kirchengemeinde (*Hochschild* 1978; *Atchley* 1980). Es kann aber auch die soziale Welt einer Therapie- oder Selbsterfahrungsgruppe sein. Das Fehlen entsprechender Bezugsgruppen zeigt sich als eine der schwierigsten Probleme für Leute, die sich mit dem Verlust sozialer Welten durch das Alter auseinanderzusetzen haben (*Lopata* 1973).

Gruppen in der Arbeit mit alten Menschen sind in sich selbst soziale Welten. Sie können und müssen darüber hinaus Generatoren für soziale Welten werden, indem sie an die Stelle von Rückzugsstrategien, defensive Bewältigungsmechanismen (siehe unten) oder ähnliche Strategien des Herausgehens Fähigkeiten aufbauen, neue soziale Welten zu betreten und auf neue Kontexte zuzugehen. Dies gelingt leichter, wenn man es nicht alleine tun muß. Gemeinsame Aktivitäten der gerontotherapeutischen Gruppe, wie z. B. Theater- und Museumsbesuche, Ausflüge, Reisen, Besichtigungen, Projekte, sind deshalb zu fördern und zu initiieren (dieses Buch S. 49 ff, 181 ff). Eine Abstinenz der Gruppenmitglieder untereinander, insbesondere außerhalb der Gruppe, wie sie von bestimmten Richtungen analytischer Gruppenpsychotherapie befürwortet wird, erweist sich hier – wie wahrscheinlich überhaupt – als dysfunktional. In den gruppalen Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Sitzungen »ereignen«

sich Verhaltensweisen bzw. werden Verhaltensstile aufgebaut, die die Integration in neue soziale Welten fördern, wie z. B. »consuming, collecting, creating, performing, marketing, organizing, representing, evaluating« (Unruh 1983). Die Vielfalt sozialer Welten, die im sozialen Atom durch die Dimension „Konnektierung“ (siehe oben) repräsentiert wird, stellt einen Reichtum der Person dar. Das Alter könnte Freiräume bieten, sich neue soziale Welten zu erschließen, für die während der Berufszeit von Zeit und Spannkraft her gesehen keine Ressourcen vorhanden waren. Und so finden sich auch immer wieder alte Menschen, die in der Zeit des Ruhestandes zahlreiche Aktivitäten entfalten und »mehr beschäftigt sind als vor der Pensionierung«. Zumeist aber sind dies Menschen, die *schon immer* ein hohes Aktivitätspotential hatten, nicht unter sozialer Depotenzenierung und Kontrollverlust ihrer Situationen zu leiden hatten und nicht durch Entzug von Kontaktmöglichkeiten und Kontaktthemmungen eingeschränkt sind. Solche Menschen erleiden keine »Hospitalisierung im Alltagsleben« (Petzold/Bubolz, 1979, 262). Psychotherapeutische, soziotherapeutische und geragogische Gruppen aber können den Menschen Möglichkeiten bieten, die aus eigenem Antrieb und eigenem Potential sich keine neuen sozialen Welten erschließen können, sondern Verluste im Hinblick auf die Vielfalt von sozialen Bezügen hinnehmen mußten. Gerontotherapeutische Gruppenarbeit geht damit immer über den spezifisch psychotherapeutischen Raum hinaus in den Bereich der Geragogik bzw. Sozialgeragogik, der Freizeitaktivität und der Persönlichkeitsentwicklung, und sei es nur, indem sie diese Bereiche anspricht und in der Gruppe zum Thema macht. Das Konzept der »social world«, seine Bedeutung für die geistige und seelische Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden, wird den Gruppenteilnehmern vorgestellt und damit verfügbar gemacht, etwa dadurch, daß man mit den Teilnehmern eine »Kartierung« ihrer sozialen Welten vornimmt. Sie wird in der Gesamtgruppe durch den Therapeuten mit einem oder zwei Teilnehmern exemplarisch auf einem großen Papierbogen aufgezeigt und illustriert. Dann kann die Kartierung in Kleingruppen fortgeführt werden oder als »Hausarbeit« mitgegeben werden, so daß in einer weiteren Gruppensitzung die illustrierten Bögen vorgestellt werden können. Diese Aktivität setzt in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht sehr viel Material frei. Sie bewirkt bei den einzelnen Teilnehmern und der Gesamtgruppe ein hohes Maß an Involvierung und hat ein äußerst stimulierendes Potential für das Aktivitätsniveau der Gruppe und den weiteren Gruppenverlauf.

5.6 Die Gruppe als Ort zwischenleiblicher Gemeinschaft

Gruppenarbeit vollzieht sich in »zwischenleiblicher Präsenz« (Petzold 1985 a, b). Die Gruppe setzt sich zusammen aus leiblich präsenten Individuen, die nicht nur verbal, sondern wesentlich auch non-verbal miteinander kommunizieren. Es scheint diese Aussage eine Banalität zu sein, aber dem Bereich der Non-Verbalität wird erst in jüngster Zeit und mit dem Aufkommen humanistischer Psychotherapieformen, wie z. B. der Gestalttherapie oder der Reichianischen Verfahren, größere Beachtung geschenkt. Zwar haben die non-verbale(n) Therapieverfahren schon eine gewisse Bedeutung erlangt (Petzold 1985a; 1977; 1974). Von seiten der Vertreter verbaler Therapieformen werden sie aber oft noch als exotisch angesehen. Gerade in der Arbeit mit Patientengruppen, deren Leiblichkeit in besonderer Weise tangiert wird, Psychosomatikern und Alterspatienten (Küchler 1983), ist dem Moment der Leiblichkeit und der Zwischenleiblichkeit besondere Aufmerksamkeit zu schenken (Petzold/Berger, 1979; dieses Buch S. 428).

In der Gruppenarbeit mit alten Menschen kommt der Leib immer wieder zur Sprache, etwa in Klagen über Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Beschwerden vielfältigster Art. Der Leib ist oftmals negativ besetzt. Die Spuren des Alters, die Veränderung der Haut, der Konsistenz des Gewebes machen es vielen Menschen schwer, sich »leiblich anzunehmen«, sich in ihrer Haut wohl zu fühlen und zu akzeptieren. Die Abspaltung von der eigenen Leiblichkeit führt dann konsequent zur Entfremdung von der Leiblichkeit des anderen. Körperkontakt wird vermieden, und so entsteht – insbesondere wenn kein Kontakt zu Enkelkindern da ist – ein Defizit an »Streicheleinheiten«, die auch und gerade für den alten Menschen wichtig sind. In der Gruppenarbeit mit Alterspatienten nimmt deshalb die Wiederaneignung von Leiblichkeit durch bewegungstherapeutische Elemente, durch Fokussierung auf Körpersprache und leiblichen Ausdruck, durch Aneignung von Zwischenleiblichkeit über Kontakt- und Partnerübungen einen besonderen Platz ein. Es ist aufschlußreich zu vermerken, daß in der Vielzahl von Forschungen zur Non-verbalität sich kaum Studien über die Körpersprache alter Menschen finden und auch die gerontologischen Forschungsarbeiten diesen Bereich bisher vernachlässigt haben – offenbar ist er sehr bedrohlich. Obleich in der gerontotherapeutischen Praxis die Bewegungstherapie ein bewährtes Verfahren ist (Petzold/Berger, 1979), wird dem Phänomen der Leiblichkeit im Alter erst in jüngster Zeit größere Beachtung geschenkt (dieses Buch S. 430 f). Das Thema Leiblich-

keit wird in der Gruppe explizit angegangen. Den Teilnehmern werden die wichtigsten theoretischen Konzepte zur Negativbewertung von Leiblichkeit im Alter und die Folgen negativer Selbstattribution vermittelt, um ein neues Leibbewußtsein aufzubauen und die Gruppe als positiv erfahrbaren »social body« wirksam werden zu lassen (Petzold 1985 a, b). Methodisch werden hier neben den Bewegungselementen Körperskulpturen aus Ton, Körperumrißzeichnungen, die ausgemalt werden, und Körperbemalung mit Schminkefarben verwandt. Nach der Überwindung einer initialen Hemmschwelle diesem Thema gegenüber wird es von alten Menschen mit großer Aufmerksamkeit und persönlicher Beteiligung aufgenommen.

5.7 Die Gruppe als Ort gemeinsamer Sinnfindung

Ähnlich wie die Leiblichkeit ist auch die Frage nach den Werten, nach dem Lebenssinn, nach dem Geistigen, nach der Transzendenz in der Psychotherapie weitgehend ausgespart worden (vgl. Frankl 1972; Huth 1984). In der Arbeit mit alten Menschen, die durch ihre Lebenssituation, ihre Nähe zum Tod existentiell mit den Fragen nach dem Woher und dem Wohin, nach der Sinnhaftigkeit des gelebten Lebens und nach einem möglichen Jenseits konfrontiert werden, kann man sich dieser Problematik nicht entziehen. Dennoch ist es erstaunlich, wie wenig in der Literatur zur »Interventionsgerontologie« (Lehr 1979b) diesen Fragestellungen Rechnung getragen wird. Lediglich Autoren aus dem Bereich existenzphilosophisch fundierter Psychotherapie (Böschmeier 1979; Dürckheim 1979; Kastrinidis 1979; Condrau 1985; Lückel 1981) haben sich hier ausführlicher eingelassen, und das zu Recht, denn die klinische Exploration zeigt immer wieder, daß alte Menschen mit einer erschütterten oder geschwächten Wertewelt eine größere Vulnerabilität zeigen, daß sie die Bedrohung durch den bevorstehenden Tod – sofern sie nicht den Abwehrmechanismus der Verleugnung massiv einsetzen – nur schwer ertragen. Dabei ist die Wertewelt durchaus nicht nur im Sinne religiöser Glaubensbekenntnisse zu verstehen, sondern im Sinne einer konsistenten, tragfähigen persönlichen *Lebensphilosophie*, die ganz unterschiedlich ausgeprägt sein kann (dieses Buch S. 28, 479 ff). In der Gruppenarbeit werden die Fragen nach dem Lebenssinn, nach dem Jenseits, nach dem Sterben, nach dem, was überdauert, nach dem, was gut und böse gewesen ist im Leben, immer wieder thematisiert. Die Gruppenmitglieder lernen dabei die Bedeutung der Wertewelt und die Wichtigkeit von Sinnerfahrungen kennen und einschätzen. In der Auseinandersetzung um Lebensphilosophien, persönliche Auffassungen und Einschätzungen

wird »gemeinsamer Sinn« geschaffen, werden Werte neu überdacht und werden auch Werte neu geschaffen, etwa im Erleben von Vertrauen, Gemeinschaft und Mitgefühl in der Gruppe. Für die »nootherapeutische Gruppenarbeit« (von griechisch νοῦς = Geist) wird neben dem verbalen Austausch auch auf die Mittel der Poesietherapie (dieses Buch S. 338) und der Gestaltung in kreativen Medien (dieses Buch S. 49, 109 f) zurückgegriffen. Und dies nicht nur in Einzelarbeiten, sondern auch durch kollektive Gestaltungen, wie z. B. Gruppengedichte und Gruppenbilder. Das Erleben der eigenen Kreativität verdeutlicht, »daß das Leben *Integration und Kreation* ist«, und auch dieses vermag neue Sinnhorizonte zu eröffnen (Petzold 1983; Fittkau 1984), die dem alten Menschen Stütze, Sicherheit und Perspektive geben in einer Zeit, wo der Zukunftsraum sehr knapp geworden ist. Der Gruppe kommt hierbei auch insofern Bedeutung zu, als Werte immer nur tragfähig sind, wenn sie *gemeinsam* mit anderen Menschen geteilt werden: »shared values«. Die gemeinsam erarbeiteten, erfahrenen und praktizierten Werte lassen die Gruppe zu einer »Wertegemeinschaft« werden, deren Tragfähigkeit sich auch über das engere therapeutische Setting hinaus erweist.

6. Strategien und Ziele gerontotherapeutischer Gruppenarbeit

Ziele und Strategien gerontotherapeutischer Gruppenarbeit ergeben sich zu einem Teil aus den beschriebenen Funktionen der Gruppe für die Arbeit mit alten Menschen. Es übernehmen von sozialen Hilfsagenturen und professionellen Therapeuten eingerichtete und geleitete Gruppen weitgehend Aufgaben naturwüchsiger Gruppen, von Familienverbänden, Freundeskreisen und Nachbarschaften. Im Unterschied zur psychoanalytischen Gruppentherapie, die die Bedingungen der klinischen Arbeit mit jüngeren Erwachsenen über lange Zeit auf die Arbeit mit alten Menschen zu übertragen suchte, haben die Formen dramatischer Therapie von ihren Anfängen an eine Arbeit in der unmittelbaren Lebenswelt des Patienten angestrebt. Moreno (1924) kennzeichnet das »Privathaus« als die eigentliche Bühne und vertritt zeit seines Lebens eine Therapie »*in situ*« (idem 1946). »Der Ort des Spiels ist idealiter die Familie, die Haus- und die Dorfgemeinschaft. Hier vollzieht sich das »therapeutische Theater« des Lebens, von dem wir in der Klinik nur ein Abbild schaffen können, das immer dann eintreten muß, wenn die Geschehnisse auf der Bühne des

Lebens entgleisen, wenn die Regeln, die Sicherheit und Hilfe geben, außer Kraft gesetzt sind. Und dies ist besonders häufig der Fall für die Kinder und für die alten Menschen« (*Iljine* 1909).

Die Strategien in der Gruppentherapie mit alten Menschen werden von den Besonderheiten der letzten Lebensphase geprägt. Ihre Zielsetzungen verändern sich gegenüber der Therapie jüngerer Erwachsener etwa dadurch, daß nicht Hilfen für die Eröffnung eines Lebenshorizonts, für Entwicklung von Lebenszielen gegeben werden sollen, sondern Hilfen für die Bilanzierung gelebten Lebens, für die Bewältigung unwiederbringlicher Verluste, Hilfen für den Abschluß des Lebens, dessen Zukunftshorizont klein geworden ist. Oftmals – insbesondere im institutionellen Rahmen, etwa im Heim oder der gerontopsychiatrischen Station – wird die Gruppe nicht mit der Zielsetzung einer zeitlichen Befristung aufgebaut, nach der dann die Gruppenmitglieder »ins Leben entlassen werden«, sondern mit der Perspektive, eine Lebensgemeinschaft zu formen, die in wechselseitiger Hilfeleistung und Zuwendung Möglichkeiten findet, die verbleibende Lebenszeit miteinander zu *gestalten*. Ist die Gruppe in der Behandlung jüngerer Menschen eine Brücke, eine vorübergehende Hilfskonstruktion, in der das Leben in Gruppen wieder erlernt werden soll, so daß »naturwüchsige Gruppen« an die Stelle der therapeutischen Gruppen treten können, so können gerontotherapeutische Gruppen zuweilen zu einer Dauereinrichtung, zu einer natürlichen Gruppe werden. Welche Ausrichtung die Gruppenarbeit mit alten Menschen nun erhält, welche Ziele und Inhalte für die gerontotherapeutische Arbeit maßgeblich werden, welche Form, welcher methodische Ansatz gewählt wird (eine Übersicht zu den Methoden findet sich bei *Radebold* 1982), wird von folgenden Einflußgrößen bestimmt:

- 1) von Meta-Zielen, die aus der theoretischen Position des Therapeuten, seinem Menschenbild, seiner Persönlichkeitstheorie, Krankheitslehre usw. abgeleitet sind;
- 2) von Zielen, die sich aus den Bedürfnissen des Patienten, den Erfordernissen seines sozialen bzw. familiären Kontextes ergeben;
- 3) von den Bedingungen des Settings;
- 4) von den Besonderheiten des Krankheitsbildes;
- 5) von der Charakteristik der verwandten Methoden.

In den Bereich der Metaziele gehören neben dem Menschen- und Weltbild auch eine anthropologische Explikation von Altern und Sterben (*Petzold* 1984). Altern und Sterben sind hochkomplexe Prozesse mit biochemischen, biologischen, psychischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Dimensionen. Wird eine von ihnen ausgeblendet, führt dies zu

einer Verkürzung oder Fragmentierung eines humanen und menschengerechten Alternsgeschehens und als dessen Abschluß eines menschenwürdigen Sterbens. Die gerontotherapeutische Gruppenarbeit muß sich deshalb auf die Erkenntnisse der Gerontologie und Thanatologie stützen, um nicht Vorurteile und Fehlmeinungen über die letzte Phase der Lebensspanne fortzuschreiben. Leider ist in der Mehrzahl der psychotherapeutischen Ansätze der Zugang zum alten Menschen nur im Rekurs auf die Theoreme der eigenen Schule gefunden worden – sofern man sich ihm überhaupt zugewandt hat –, und es ist eine gravierende Vernachlässigung gerontologischer bzw. sozialgerontologischer Erkenntnisse festzustellen. Die eingangs skizzierten Fehlmeinungen *Freuds* werden noch immer fortgeschrieben, obwohl *Freud* selbst, geistig aktiv bis ins hohe Alter, ja bis zu seinem Tod (*Schur* 1981), ein Beispiel für den Unfug einer generellen »Defizithypothese des Alters« ist. Er widerlegt mit seinem eigenen Leben seine Konzepte über das Alter.

Ein weiteres Moment gilt es besonders für die Psychotherapie zu beachten: die Sichtweise einer *differentiellen Gerontologie* und *Thanatologie* (*Thomae* 1983; *Lehr* 1979; *Petzold* 1984). Gerade die psychoanalytisch geprägte Neurosenlehre und Charakterologie vertritt ja eine Fixierung der Neurosegenese an das Kindes- und Jugendalter und die Ausbildung spezifischer Neuroseformen und Charakterstrukturen durch typische, lebensgeschichtliche Konfliktkonstellationen. Die »differentielle Gerontologie« jedoch hat gezeigt, daß kein Alternsprozeß dem andern gleicht, daß wir es mit sehr spezifischen Ausformungen individueller Schicksale zu tun haben und sich deshalb Typologisierungen im Sinne der psychoanalytischen Krankheitslehre verbieten. Die Forschungen zu den »kritischen Lebensereignissen« (*Filipp* 1981) und die Forschungen über Belastungserfahrungen im Alter (*Thomae* 1976; 1983) weisen auf eine Neurosegenese über die gesamte Lebensspanne hin bzw. zeigen die Ausbildung spezifischer Bewältigungs- oder Versagensformen im Senium, so daß auch hier für den ausschließlichen oder überwiegenden Rekurs auf eine »frühe Genese« kein Rückhalt gefunden werden kann, wenngleich außer Zweifel steht, daß vorgängige Lebensereignisse auch nachfolgende bestimmen. Der Blick des Psychotherapeuten muß deshalb aufgrund der Kenntnis sozialgerontologischer Forschungen auf die *unmittelbar wirksamen Faktoren des Feldes* genauso gerichtet sein wie auf *rezente kritische Lebensereignisse*, Situationen des Gelingens und Mißlingens von *Lebensplänen im Erwachsenenalter*, und natürlich auch auf die *Bedingungen von Kindheit und Jugend*.

6.1 Prozessuale Diagnostik und Gruppenarbeit

In der »*Integrativen Therapie*« wurde zur Erfassung derartig komplexer Situationen das Modell »*Prozessualer Diagnostik*« (Petzold 1975; 1984; Rahm 1985) entwickelt, um die individuellen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit zu explorieren unter den Fragestellungen:

- 1) Was ist gesund und funktionsfähig und muß erhalten werden (*konservierende Strategie*).
- 2) Was ist defizient oder gestört und in seiner Funktion beeinträchtigt und muß deshalb restituiert werden (*reparative Strategie*) oder – sofern dies nicht möglich ist – durch Kompensations- oder Verzichtleistungen bewältigt werden (*Coping-Strategie*).
- 3) Welche Möglichkeiten sind in der Situation enthalten, aber noch nicht genutzt, und könnten entwickelt werden (*evolutive Strategie*).

Um diese Fragen adäquat beantworten zu können, wird eine *Analyse des Lebenszusammenhanges* vorgenommen, die folgenden Dimensionen Rechnung trägt:

- 1) *Bedürfnisanalyse* – was sind die Bedürfnisse, Wünsche und Motivationen des Klienten?
- 2) *Problem- und Konfliktanalyse* – wo liegen Defizite, Traumatisierungen oder Konflikte, die aufzulösen oder zu mindern sind?
- 3) *Lebensweltanalyse* – wie ist die Familiensituation des Klienten, sein sozio-ökologisches Setting, seine Pflegesituation, usw.?
- 4) *Kontinuum-Analyse* – wie hat sich das Leben des Patienten vollzogen, wie wird dieser Vollzug eingeschätzt und wie zeigt er sich in seinen Auswirkungen hier und jetzt?
- 5) *Ressourcen-Analyse* – was steht dem Patienten an Eigen- und Fremdressourcen, z. B. soziales Netzwerk, physische Konstitution, Bildung und intellektuelle Klarheit, Lebenserfahrung, Coping-Strategien usw. (George 1980, 25 ff), zur Verfügung?

Aus diesen Analysedimensionen lassen sich für die therapeutische Einzel- und Gruppenarbeit die relevanten *Grob-* und *Feinziele* ableiten, und zwar jeweils spezifisch für die zur Rede stehende Gruppe oder Person.

Der diagnostischen Phase für die Planung und Placierung von Interventionen ist deshalb große Sorgfalt und Aufmerksamkeit zu schenken. Die Bedingungen für eine Gruppe in einem Altenwohnheim, einem Altenpflegeheim, einer gerontopsychiatrischen Station, einer Altentagesstätte, einem Altenbildungsprogramm im Rahmen der Volkshochschule, einem Selbsthilfeprojekt sind zumeist sehr verschieden. Die methodischen Vorgehensweisen für überwiegend *reparative* Arbeit unterscheiden sich von *evol-*

tiven Strategien, die den Aspekten Selbsterfahrung, Persönlichkeitsentwicklung und Kreativitätsförderung größeren Raum geben. So können und sollen hier keine unbesehen generalisierbaren Konzepte angeboten werden. *Integrative Interventionen* sind person-, gruppen- und situationsspezifisch. Ein differentieller Ansatz in der Gerontotherapie hat als Konsequenz, daß wir letztlich auf Kasuistik verwiesen bleiben: die Beschreibung einer Therapie, die Beschreibung einer Gruppe, einer Heimsituation, die Darstellung einer konkreten Intervention, das Vorstellen eines spezifischen methodischen Experiments. All diesen Berichten und Materialien eignet eine gewisse Einmaligkeit. Sollen Prinzipien oder Regeln aus ihnen abgeleitet werden, so müssen diese an die jeweils neue Situation adaptiert werden, nachdem aufgrund der Analyse des Lebenszusammenhanges erarbeitet wurde, was jeweils notwendig wäre. Selbst Aussagen über Zusammensetzung, Dauer, Größe und Laufzeit von Gruppen bleiben von eingeschränkter Aussagekraft. Natürlich wird man in vielen Gruppen, etwa mit gerontopsychiatrischen Patienten, von kleiner Gruppengröße, 6–8 Patienten, auszugehen haben, aber es mag sich durchaus empfehlen, auch zwischendurch immer wieder mit der Gesamtstation von 30 oder 40 Patienten eine Gruppenaktivität zu unternehmen. Das ganze Stations-Setting ist ja Gruppe. Regelmäßigkeiten lassen sich allenfalls aus dem Gesundheitszustand, der Fähigkeit des alten Menschen, Komplexität zu reduzieren und Kontakte wahrzunehmen, herleiten. Mit zunehmender Einschränkung der sensorischen und kognitiven Fähigkeiten wird auch die Gruppengröße eingeschränkt. Vielleicht bleibt nur noch »das Zimmer als Gruppe«. Die für die Zusammenstellung therapeutischer Gruppen grundlegende Regel »Heterogenität ohne Extrempositionen« (Petzold/Berger, 1978) gilt für die Arbeit mit alten Menschen nur bedingt. Bei ihnen ist für den Schwerpunkt des Vorgehens *Altershomogenität* wünschenswert. Demente Patienten oder sehr hilflose Hochbetagte lassen sich nicht in einer *permanenten* Gruppe mit rüstigen, geistig klaren und aktiven alten Menschen zusammenfassen. In gleicher Weise sind feste Therapiegruppen, in denen alte und junge Menschen gemischt sind, problematisch, weil spezifische Problemkonstellationen, die nur oder überwiegend die Lebenssituation alter bzw. junger Menschen betreffen, nicht in ausreichendem Maße thematisiert und bearbeitet werden können. Im Hinblick auf die Zusammensetzung, was Männer und Frauen, Schichtzugehörigkeit, Krankheitsbilder oder ähnliches anbetrifft, gilt wiederum das Postulat »Heterogenität ohne Extrempositionen«. Die altershomogene Gruppe ermöglicht die Auseinandersetzung mit gemeinsamen Problemen, die Entwicklung gemeinsamer Coping-Strategien, das Unternehmen gemeinsamer Aktivi-

täten bis in den Lebensalltag hinein. Probleme aber tauchen auf durch einen »Monotonie-Effekt«, eine gewisse »Inzucht-Wirkung«, wenn nämlich keine anregenden Impulse aus dem Außenfeld kommen. Wir haben aus diesem Grunde mit geschlossenen Gruppen alter Menschen immer wieder auch therapeutische Gruppenaktivitäten durch Beiziehen von Freunden und Angehörigen unternommen oder auch durch ein gemeinsames Veranstalten von Selbsterfahrungswochenenden mit jungen Menschen, in denen, für beide Teile fruchtbar, ein Austausch zwischen den Generationen stattfinden konnte. Es waren derartige Veranstaltungen eingebaut in die Aktivitäten der fortlaufenden Gruppe.

6.2 Interventionsstil

Ein anderes Moment, das wir durchgängig als verschieden von der Arbeit mit jüngeren Patienten fanden, war die Notwendigkeit eines aktiveren Interventionsstils, als wir ihn gemeinhin praktizieren. Es hat dies einerseits mit der Lerngeschichte vieler alter Menschen zu tun, die von einem »Gruppenleiter« Leitung erwarten, Anregungen. Es hat weiterhin mit einer gewissen »Hospitalisierung im Alter« (*Petzold 1979c*) zu tun. Durch Repressionen und Strategien der Passivierung haben alte Menschen oftmals Eigenaktivität verloren, die Möglichkeit, aktiv zu werden. Es ist sehr schwer, derartige – oft erst im letzten Lebensabschnitt erfolgte – Neurotisierungen zu überwinden, da neues, anderes Verhalten auf befremdete Umwelt und auf negative Sanktionen stößt. Schließlich ist davon auszugehen, daß auch ein gewisses »disengagement« (*Cumming/Henry, 1961; Hochschild 1976*), nicht als Folge von Deprivationssituationen, sondern als »natürlicher« Rückzugs-, Besinnungs-, Introversionsvorgang bei vielen alten Menschen eintritt, was den Gruppenleiter zu einer aktiveren Haltung führt, um das Gruppengeschehen in Gang zu bringen. Auch das stärkere Einbeziehen der jeweiligen sozialen Welt der alten Menschen macht ein aktiveres Vorgehen erforderlich. Jedoch machen Rückzugstendenzen und leichte Verunsicherbarkeit, zuweilen hohe Krankbarkeit, weil das Leben wunde Stellen durch fortwährende Kränkung geschaffen hat, auch erforderlich, daß die Aktivität im Therapeutenverhalten auf repressive zwingende Momente (puschen) besonders sorgfältig überprüft werden muß. Ein gleiches gilt auch für die Interaktionen innerhalb der Gruppe, die aktiv gefördert werden müssen, um Barrieren überwinden zu helfen. Das erfordert aber auch eine besondere Vorsicht, damit die Gruppe lernt, was es heißt, miteinander gut umzugehen und sich

keine unnötigen Verletzungen zuzufügen. Erst auf einer solchen Basis können dann auch anstehende Konflikte angegangen werden und eine gute Chance für konstruktive Lösungen haben. Es werden, schaut man auf die Literatur zur Gruppentherapie mit alten Menschen, immer wieder Konzepte, Überlegungen, Weltbilder aus der Psychotherapie mit Jüngeren und insbesondere aus den Erlebnis- und Denkbezügen der zumeist jüngeren Therapeuten auf den Lebenszusammenhang der alten Menschen übertragen. »Offenheit« als Desiderat therapeutischer Gruppenarbeit hat in der Arbeit mit alten Menschen eine andere Färbung. Offenheit muß am Bedürfnis nach Privatheit gemessen werden, das für den alten Menschen kennzeichnend ist. Die Gruppe als Ort des Kontaktes, als Überschreitung von Isolation in Richtung Gemeinschaft darf in diesem Geschehen nicht das Moment der *Privatheit* (Kruse 1980) übergehen. »Privatheit ist ein interpersonaler Grenzkontrollprozeß, der die Interaktion mit anderen in Gang bringt und reguliert« (Altmann 1975, 10). Die Teilnehmer müssen die Kontrolle über ihre Grenzen behalten und sie so weit ausdehnen und öffnen, wie es ihren Möglichkeiten und ihrem Wohlbefinden entspricht. Auch die Interventions- und Deutungstechnik des Therapeuten wird sich an den Faktoren *Verletzlichkeit* und *Privatheit* auszurichten haben.

7. Die therapeutische Beziehung in der Gerontotherapie

Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Gerontotherapie wird sich mit der Vielfalt der Settings, Zielsetzungen und Aufgaben jeweils zu wandeln haben, und auch die Wahl der *Methode* und der *Medien* bleibt nicht ohne Einfluß. Rollenspiel erfordert z. B. andere Interventionsformen als bewegungstherapeutisches oder rein verbales Vorgehen (Petzold/Berger, 1979). In der Regel wird die Therapie von Therapeuten durchgeführt, die wesentlich jünger sind als ihre Patienten. Sie könnten deren Söhne oder Töchter sein. Das wirft für die Handhabung der *Gegenübertragung* oft erhebliche Schwierigkeiten auf. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen, künftigen Alter, dem Faktum der eigenen Endlichkeit einerseits, und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern, dem Altern wichtiger Bezugspersonen, z. B. der Eltern, andererseits wird hier unerläßlich, um nicht zu Fehlhaltungen in der therapeutischen Arbeit zu kommen, wie z. B. übermäßig scharfe Abgrenzung oder Verlust der Distanzierungsfähigkeit. Je nach den Bedürfnissen und dem Zustand der Patienten ist nämlich im Unterschied zu der Mehrzahl therapeutischer

Gruppen mit jüngeren Menschen das Erfordernis gegeben, die Gegenübertragung zu einem guten Teil zuzulassen und »Hilfs-Ich-Funktionen« zu übernehmen (Goldfarb 1953; 1955; 1969). Es kommt vielfach zu einer Umkehr der üblichen Übertragungskonstellation, zumindest was die Initialphase der Therapie anbetrifft, daß die alten Patienten nämlich die jüngeren Therapeuten als Kind oder Enkelkind erleben, und zwar mit unterschiedlichem Grad an Realitäts- oder Phantasiecharakter. Der alte Mann verhält sich so, als sei der Therapeut sein Sohn. Die alte Frau träumt: »Ach, hätte ich doch so einen Sohn«; oder: »Ach, wäre doch mein Sohn wie der Doktor X«. Es treten Idealisierungen im Vergleich mit den eigenen Kindern, die zuweilen weit entfernt wohnen oder nicht sehr häufig zu Besuch kommen, auf. Es sind derartige Übertragungen differentiell zu handhaben. Zuweilen wird es notwendig, sie zu deuten und zu desillusionieren. Öfter jedoch noch – und dies besonders im hohen Senium oder in der Arbeit mit Sterbenden (Petzold 1984) – wird es notwendig, derartige Übertragungen anzunehmen. Die Ziele der klassischen Übertragungsarbeit: Nachreifung, Verselbständigung, Autonomie, Entlassung ins Leben, greifen für die Arbeit mit alten Menschen oftmals nicht. Geht es doch vielmehr darum, Hilfen zu geben, eine immer größere Abhängigkeit annehmen und aushalten zu lernen, ja sich mit ihr wohl zu fühlen. Es sind dies Zieldimensionen, die gerade für einen jüngeren Menschen schlecht anzunehmen sind, konfrontieren sie ihn doch mit eigener möglicher Infirmität und Abhängigkeit. Es treten weiterhin Gegenübertragungen auf, in denen sich der Therapeut als Kind des alten Menschen sieht, dem er mit Würde und Respekt gegenüberzutreten hat, wobei eine Vorstellung von Würde aus der Perspektive der Jugend zugrundegelegt wird und Projektionen, Idealisierungen und Überlegenheitswünschen erfolgen können, die für den alten Menschen quälend werden. Je nachdem, mit welcher Population man es zu tun hat, kommt man als Therapeut immer wieder in die Situation, alten Menschen Vater oder Mutter sein zu müssen. Dies jedoch kann nur in guter Weise gelingen, wenn man in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Vater und der eigenen Mutter so weit kommt, daß man annehmen kann, *zu Eltern der eigenen Eltern zu werden*. Es tritt eine »umgekehrte ödipale Situation« (Grotjahn 1955) ein, deren gute Handhabung in der therapeutischen Beziehung von eminenter Bedeutung ist; denn Zurückweisungen, fehlende Empathie, Versagen von Liebe und Zuwendung wirkt kränkend und krankmachend, führt zu depressiven und psychosomatischen Reaktionen (vgl. dieses Buch S. 305 ff).

Dependenzwünsche, regressive Strebungen, aggressives Auflehnen gegenüber der involutiven Bewegung bestimmen aber nicht nur das

Übertragungs/Gegenübertragungsgeschehen zum Therapeuten, sondern auch die Übertragung auf die Gruppe als Ganzes. Ihre bergende Funktion als »große Mutter« (*Battegay* 1969) oder als »sichernde Vaterinstanz« (*Petzold* 1969) gewinnt besondere Bedeutung.

Je nach Alter, Gesundheitszustand und geistiger Klarheit kann die therapeutische Beziehung von einem partnerschaftlichen Umgang, einem zielorientierten Arbeitsbündnis, einer intermittierenden Unterstützung bis zu einer regressiven Abhängigkeit, einem Dauersupport, ja bis zu einer *Wahlverwandtschaft* gehen. Letzteres ist besonders der Fall, wenn die Therapie in eine Sterbebegleitung übergeht, zu einem »*Charon-Dienst*« wird (*Petzold* 1965, 1984). Die therapeutische Beziehung im Einzelkontakt und in der Gruppe muß gerade für die regressiveren Phasen des Altersverlaufs »Objekt Konstanz« gewährleisten. Im sicheren Raum der Gruppe kann es dann zu einer Stagnation, Reversion oder Transformation des Involutionprozesses kommen. Schon verlorene Kompetenzen werden wiedergewonnen, oder es wird ihr Abbau aufgehalten, oder es tritt eine Umwandlung ein, die eine andere Form von Progression möglich macht, indem neue Befriedigungsmöglichkeiten, Kontaktformen und Sinnbezüge gewonnen werden (*Modell* 1970; *Zetzel* 1970; *Petzold/Lückel*, dieses Buch S. 467). Auch hier müssen Idealisierungen der Gruppe und des Therapeuten in der Regel eher angenommen als gedeutet oder konfrontiert werden. Dies wirft für die persönliche Ökonomie des Therapeuten oftmals Probleme auf, die eine »kritische Masse« erreichen und seine Abwehr perforieren können, wenn nicht Supervision oder entlastendes kollegiales Gespräch Hilfen bieten (vgl. *Huck/Petzold*, 1984). Insbesondere die empathische Haltung, die dem überwiegend gerontotherapeutisch tätigen Psychotherapeuten abverlangt wird, vermag zu Destabilisierungen zu führen, da die Identifikation neben den Aspekten eigener Endlichkeit auch ein scharfes Wahrnehmen der multiplen Kränkungen, denen alte Menschen ausgesetzt sind, bewirkt. Es wird auf diese Weise Regression als Deprivationsreaktion oder Apathie-Syndrom deutlich, ein Phänomen, das *Cath* (1965) treffend als »*Depletion*« bezeichnet hat, ausgelöst durch die »Kumulation negativer Außenwelteinwirkungen« bzw. durch die »Omnikonvergenz mehrerer Ereignisse«. Die therapeutische Beziehung muß gegen die Depletion – wir haben von *Depotenzierung in allen Bereichen* gesprochen (*Petzold/Bubolz*, 1976) – ein Gegengewicht setzen, muß »gute Objekte« gegen den »Feind von außen«, gesellschaftliche Kränkungen stellen, und gegen den »Feind von innen« als internalisierten Negativkonzepten über das Alter, die zu negativen Selbstattributionen führen (*Petzold*, dieses Buch S. 15, 500 ff und 1979c). Schon *Linden* formuliert als Strategie, daß man der von außen

gesetzten »Rezession« (Linden 1963) entgegenwirken müsse und hierzu eine aktive Haltung notwendig sei, da Apathie und regressiver Rückzug Eigenaktivierung und selbstregulierende Restabilisierung begrenze.

In unserem Übersichtsbericht über die Psychotherapie mit alten Menschen (Petzold 1979a) konnten wir zeigen, daß die Mehrzahl der Autoren, die über gerontotherapeutische Gruppenarbeit berichten, eine aktive Technik verwendet und befürwortet, in der therapeutischen Beziehung also nicht nach dem Prinzip klassisch-psychoanalytischer Abstinenz verfährt, sondern mit Humor, Lebendigkeit, Übernahme von Verantwortung, aktiver Zuwendung vorgeht. Es ist hierbei auffällig, daß vielfach Elemente und Strategien eingesetzt werden, die wir aus der Kindertherapie kennen (Petzold/Ramin, 1986). Auch hier finden wir ja eine »andere Abstinenz«, die sich wohl eher als eine »Eindeutigkeit der Kommunikationen und Interaktionen« kennzeichnen läßt. Wenngleich es problematisch ist, das Alter als Regression in eine »zweite Kindheit« zu charakterisieren, so enthält diese alte Metapher doch richtige Anteile. Sie birgt die Gefahr, alte Menschen vorzeitig und unangemessen zu depotenzieren. Andererseits kann auch eine Aktivierung und das Abverlangen von »Verantwortlichkeit bis ans Ende« zu sehr quälenden Situationen führen. Hier gilt es abzuwägen und unter der ethischen Norm, die »Würde des alten Menschen als Subjekt zu respektieren«, zu handeln. Die Realität des Patienten als »Mitmensch auf gleicher Ebene« zu akzeptieren bedeutet nicht, sich regressiven Wünschen zu verweigern oder kindliches Verhalten abzuweisen. In bestimmten Stadien der Altersregression treten Phänomene wie Distanzverlust, Verminderung von Affektregulierung und Impulskontrolle, Aufkommen archaischer Emotionalität auf. Die *Reaktivierung des Altgedächtnisses* macht nicht nur frühe Erinnerungsinhalte im szenischen Bereich zugänglich, sondern aktiviert auch frühe Emotionalität. Dies erfordert eine entsprechende Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Insbesondere bei regressiven Einbrüchen, in denen archaische Ängste sich mit den realen Ängsten des bevorstehenden Todes mischen (McCarthy 1980), wo primäre Verlusterfahrungen sich mit Verlusterlebnissen des Seniums verbinden, kann es angezeigt sein, mit direktem körperlichen Kontakt Sicherheit und Trost zu vermitteln. Professionelle Therapeuten verhalten sich hier häufig unbeholfen bis an die Grenze des Unmenschlichen. Sie können hier oft von den spontanen und menschlich stimmigen Verhaltensweisen junger Altenhelferinnen oder des Pflegepersonals lernen. Ein klassisches psychoanalytisches Training bedeutet für die Arbeit mit alten Menschen in gewisser Weise eine »*deformation professionnelle*«, die man erst überwinden muß. Auf der anderen Seite muß auch dem Thera-

peuten geholfen werden, seine Ich-Stabilität zu gewährleisten. Die Haltung der *selektiven Offenheit* und *partiellen Teilnahme* (Petzold 1980), wie sie für die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der »Integrativen Therapie« kennzeichnend ist, erweist sich hier als hilfreich. Besonders bei sehr archaischen Reaktionen wie Verwirrtheit, Desorientierung, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, wie sie als reaktive Phänomene bei starken Belastungsercheinungen auftreten oder als passagere psychotische Reaktionen vorkommen, ist eine derartige Haltung des *Zugewandtseins und Abgegrenztseins in einem* hilfreich. Die Altersregression führt Patienten durch die Reaktivierung früher Erfahrungen auch in die Bereiche der magischen Phase, ja primärnarzistischen Milieus und läßt damit auch entsprechende Gefühle, Bilder, Phantasmen aufkommen. Ich vertrete die These, daß ein Gutteil der sogenannten Alterspsychosen als regressive Reaktivierung archaischer Gefühls- und Erlebniswelten aus dem Primärbereich zu betrachten ist. Wird nämlich im therapeutischen Kontakt und bei Pflegehandlungen mit einer Haltung der Sorge, mit körperlicher Zuwendung, mit emotionalem Zuspruch reagiert, wie es für den Umgang mit Kleinkindern in Belastungssituationen kennzeichnend ist, so klingt derartige Symptomatik oft wieder ab. Es tritt eine Stabilisierung ein, die es erlaubt, den Patienten in eine Gruppe aufzunehmen und ihn auf diese Weise »zu halten«. Die Geschwisterformationen in derartigen Gruppen gewährleisten ein Element der Sicherung. Die Präsenz der anderen reduziert Ängste. Aufkommende Rivalitäts- und Konkurrenzgefühle aktivieren Potentiale und sind deshalb eher positiv als negativ zu bewerten.

Grundsätzlich kann für die therapeutische Beziehung in der Gruppe von den und zu den Therapeuten sowie der Teilnehmer untereinander ausgesagt werden, daß die empathischen Qualitäten Wertschätzung und Akzeptanz im Zentrum stehen müssen, da sie eine versöhnliche Haltung gegenüber dem vergangenen und gegenwärtigen Leben und gegenüber dem Sterben ermöglichen. Als besondere Kraftquelle für eine solche Haltung erweist sich die *Reaktivierung von Grundvertrauen* aus der frühen Mutter-Kind-Dyade im »bergenden Schoß der Gruppe« und unter der sichernden Präsenz des Therapeuten. Die Gruppe vermag dann in gewisser Weise zum »Schoß der Familie« zu werden, in dem man getragen wird und aufgehoben und gehalten, so daß die Angst, in die bodenlose Dunkelheit und den Abgrund des Todes zu stürzen, ausgehalten werden kann.

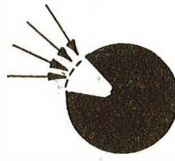
8. Widerstände und Abwehr

Die vielfältigen faktischen Kränkungen und Bedrohungen in der Lebenssituation alter Menschen, die Reaktivierung frühen psychischen Materials, die Verknappung der Lebenszeit und das unausweichliche Ende des Todes rufen Widerstände hervor und führen zu vielfältigen Abwehrphänomenen auf den verschiedensten Ebenen. Dabei sind die Widerstände zunächst einmal *intrapersonaler* Art; sie helfen dem alten Menschen, Bedrohungen der Integrität seines Selbst, seiner Ich-Stabilität und seiner Identität zu widerstehen. Wir können deshalb auch von »*protektiven Widerständen*« (Petzold 1981) sprechen. Weiterhin finden sich *mutative Widerstände*, die sich Veränderungen widersetzen, weil auch diese mit der Einschränkung der Orientierungsmöglichkeiten im Alter als bedrohlich erlebt werden. Widerstände sind Ausdruck von Kraft, die genutzt werden kann, indem man »*re-sistance in as-sistance* umwandelt« (Perls 1980). Erst wenn durch den Therapeuten oder durch Gruppenmitglieder die vom Widerstand geschützten Wundstellen berührt werden, wird der Widerstand ein *interpersonaler*. Nach gestalttherapeutischem Konzept tauchen im Widerstandsgeschehen Abwehrphänomene als psychische Operationen im Dienste des Widerstandes auf, die, wie dieser selbst, durchaus positiv zu bewerten sind, denn sie gewährleisten Stabilität und werden erst durch Chronifizierung und Einschränkung der Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten problematisch. Es finden sich in der Arbeit mit alten Menschen alterstypische Widerstands- und Abwehrphänomene und – durch das Reaktivierungsphänomen – auch archaische Abwehroperationen gegenüber pathogenen Situationen. An pathogenen Situationen unterscheiden wir:

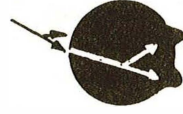
- 1) *Defizite*, die durch Unterstimulierung oder einseitige Stimulierung (Monotonie-Effekt) entstehen und sich gerade bei alten Menschen durch Deprivationserscheinungen, institutionelle Hospitalisierung oder »Hospitalisierung im Alltag« finden.
- 2) *Störungen*, d. h. inkonstante oder uneindeutige Stimulierungen durch Ambivalenzen, Double-bind-Kommunikationen, Unterbrechung von Objekt Konstanz durch Wechsel der Bezugs- und Pflegeperson bzw. häufige Verlegung, Ambivalenz bei Pflegehandlungen.
- 3) *Traumata*, d. h. externe Überstimulierung durch kritische Lebensereignisse, wie z. B. Umgebungswechsel, oder interne Überstimulierung durch Trennungen (Objektverlust) oder Verletzung leiblicher Integrität (Verlust des Augenlichts oder des Gehörs; vgl. dieses Buch S. 358 und S. 388).
- 4) *Konflikte*, d. h. gegenläufige Stimulierung durch unterschiedliche innere Strebungen oder äußere Ansprüche (vgl. Petzold 1984; 1984a).



1. Defizit
(fehlende Stimulierung)



2. Trauma
(Überstimulierung)



3. Störung
(inkonstante
Stimulierung)



4. Externer Konflikt
(antagonistische Stimulierung)



5. Internalisierter Konflikt
(antagonistische Stimulierung)

Abbildung: Pathogene Konstellationen

Als typische Abwehrreaktionen finden wir bei Alterspatienten das Muster der *Anästhesierung* (Apathie-Syndrom), das durch die Reaktivierung archaischer Rückzugsformen (apathischer Säugling) besonders nachhaltig sein kann und eventuell in archaische Regression führt, die bei radikaler »Depletierung« zum Tode führt. Es findet sich Abwehr durch *Retrofektion* (Perls 1980). Es richten sich aggressive Impulse, deren Abfuhr nach außen verhindert und unterbunden wird, gegen das Selbst und führen zu Depression und psychosomatischen Reaktionen. Es findet sich der Mechanismus der *Spaltung*, die es dem alten Menschen erlaubt, Bereiche seiner nicht ertragbaren Realität abzublenden; und auch hier kommt es als Folge zu psychosomatischen Reaktionen. Häufig ist auch die *Verleugnung* der negativen oder bedrohlichen Lebensumstände und Zukunftsperspektiven, die allerdings mit fortschreitender Involution nicht aufrechterhalten werden kann und durch zumeist archaischere Abwehrformen, wie die schon aufgeführten, abgelöst wird oder durch die Abwehrform der Konfluenz, also symbiotische Verschmelzungswünsche mit den Bezugspersonen. Es äußern sich Widerstände und Abwehroperationen nicht nur im Bezug auf den Therapeuten oder in der lateralen Übertragungsdynamik zwischen den Patienten, sondern auch auf der gruppalen Ebene (Petzold 1973). Institutionelle Gruppen, z. B. Stationsgruppen oder auch Therapiegruppen in freier Praxis, können, wenn für die Gruppe oder für die Mehrzahl der Teilnehmer die Belastungssituationen zu groß werden, *kollektiv* retroflektieren, was depressive Gruppen im Gefolge hat. Diese Situation kann sich derart verschärfen, sofern es nicht gelingt sie aufzulösen, daß sie selbst

bedrohlich wird und zu einem »Wandel in der Abwehr« führt, etwa dergestalt, daß die Gruppe sich anästhesiert, sich also in ihrer Reaktionsfähigkeit extrem einengt oder konfluent wird, Fusionen schafft, symbiotische Unabgegrenztheiten, die kaum aufzulösen sind und sehr direktive Interventionen erforderlich machen (*Petzold/Mawrer, 1985*).

Je vitaler und kognitiv kompetenter, je empathie- und je abgrenzungsfähiger die alten Menschen einer Gruppe sind, desto ähnlicher sind die Interventionsstrategien denjenigen, wie sie uns aus der Arbeit mit Menschen der mittleren Lebensphase bekannt sind.

Bei der Betonung des Faktums, daß Widerstände Stützphänomene sind und Abwehroperationen sinnvolle Bewältigungsleistungen, wird eine Modifikation der psychoanalytischen Abwehrkonzepte vorgenommen. Weiterhin wird nicht von einer eingegrenzten Zahl von Abwehrmechanismen (*A. Freud, 1936*) ausgegangen – auch wenn wir hier einige besonders herausgestellt haben –, sondern von einer Vielzahl, die nach ihrer Funktion für den alten Menschen oder für die Gruppe jeweils aufgefunden und herausgearbeitet werden muß. Eine Festschreibung und Negativbewertung oder eine eher willkürliche Einordnung von Bewältigungsvorgängen (z. B. *Haan, 1977*; vgl. *Thomae 1983, 95*) erscheint uns nicht sinnvoll. Eine brauchbare Differenzierung sehen wir in der Unterscheidung von *unbewußten, bewußten* und *bewußtseinsnahen* Abwehr- und Bewältigungsoperationen, eine Unterscheidung, die von den Belastungs- und Bewältigungstheorien sozialpsychologischer Prägung (*Lazarus/Launier, 1978; Thomae 1970; 1983*) gestützt wird. Sie vermeidet eine Aufteilung in »coping« und »defending« (*Haan 1977*) in der Form, daß unter »coping« ausschließlich erfolgreich stabilisierende »Ich-Prozesse« mit rationaler und realitätsorientierter Charakteristik zu verstehen seien und unter »defence« Abwehrmechanismen, die »zwanghaft, verneinend, rigid, verzerrend im Bezug auf die intersubjektive Realität und Logik« (*ibid 1977, 34*) seien. Die positive Kraft der Abwehr und ihre Charakteristik als Bewältigungsmechanismus wird hier nicht gesehen. Auch eine schichtspezifische Perspektive wird ausgeblendet. Was für einen Menschen der Mittelschicht, der über noch zahlreiche Ressourcen verfügt, als »defence« charakterisiert werden könnte, wird für einen Menschen aus einer benachteiligten Schicht mit geringen Ressourcen durchaus eine adäquate Coping-Strategie sein können. In manchen Situationen rettet z. B. eben nur Rigidität. Abwehr- und Coping-Mechanismen müssen in ihrer Wertigkeit immer von ihrer situativen Funktionalität her betrachtet werden und, sofern sie bewußt oder bewußtseinsfähig sind, in der Bewertung derjenigen, die diese Bewältigungsstrategie verwenden. Der Analyse von Abwehr und Coping-Strate-

gien auf der individuellen und gruppalen Ebene kommt in der Gruppenarbeit deshalb besondere Bedeutung zu. Es werden diese Strategien bewußtgemacht und auf ihre Funktionalität, ihre Stärke und ihre einschränkenden bzw. begrenzenden Wirkungen hin analysiert. Das Bewußtmachen vergangener Bewältigungsleistungen hat einen positiv verstärkten Effekt. Dabei ist natürlich darauf zu achten, daß Abwehrstrategien nur in einer Form aufgedeckt werden, daß ihr stabilisierendes Potential nicht verlorengeht. Sie werden deshalb manchmal auch nicht aufgedeckt. Beim Auffinden von Coping-Strategien und Abwehrmechanismen sind für uns nicht nur die tiefenpsychologischen Perspektiven bedeutsam. Die neuere Coping-Forschung hat *Bewältigungsstile* herausgearbeitet, die die tiefenpsychologische Sicht durch eine sozialpsychologische in sinnvoller Weise ergänzen. Lazarus und Launier (1978/1981, 244) definieren Bewältigungsprozesse wie folgt: »Bewältigung besteht sowohl aus verhaltensorientierten als auch intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen, sowie den zwischen ihnen bestehenden Konflikten fertig zu werden . . ., die die Fähigkeiten einer Person beanspruchen oder übersteigen.« Eine solche Definition, und auch der kognitive Ansatz von Thomaes (1968), schließt die tiefenpsychologische Perspektive durchaus ein. Aber sie greift weiter, weil sie neben unbewußten seelischen Mechanismen auch lebensgeschichtlich erworbene *social skills* einbezieht und auch die Bedeutung der »Bewältigungs-Ressourcen« berücksichtigt (Volkman/Schaefer/Lazarus, 1979). Die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien in der Gruppenarbeit ist deshalb immer auch an eine »Ressourcen-Analyse« gekoppelt. Die Gruppe selbst wird zu einem »Pool von Ressourcen«, in dem die Erfahrungen und Mittel, Möglichkeiten zur Partizipation und Empathie und die Hilfsbereitschaft der Teilnehmer zusammenfließen. Auch gemeinsame Bewältigungsleistungen sind Ressourcen oder die »joint competence«, die gemeinsame Kompetenz im Erkennen, Analysieren, Bewerten bzw. Neu- und Umbewerten von Situationen. Die Dinge, die bewältigt werden müssen und bei denen Abwehr- bzw. Bewältigungsstrategien eingesetzt werden, sind ja *äußere und innere Anforderungen*, denen gegebenenfalls mangelnde Ressourcen gegenüberstehen, (Lazarus/Launier, 1978). Die Bewertung der bedrohlichen Anforderungen hängt also wesentlich von der »Ressourcenlage« ab, und wenn diese sich ändert, wenn die Ressourcen der anderen Gruppenmitglieder hinzukommen, kann dies zu einer erheblichen Entlastung führen. Insbesondere das, was wir mit dem Begriff »Feind von außen« konzeptualisiert haben (Petzold 1965, dieses Buch S. 15), nämlich die negativen Attributionen und die Deprivationen, die der alte Mensch von seiner Umgebung erfährt, kann auf diese Weise angegangen werden. Dem

»Feind von innen« (ibid.) ist schon schwerer zu begegnen, weil es sich um über lange Zeit verinnerlichte Haltungen, negative Altersbilder handelt, die zu abträglichen Selbstattributionen führen. Aber auch hier vermag die Gruppe Neubewertungen zu fördern. Wie weit sie durchschlagen, hängt von dem Grad der Verfestigung derartiger Muster ab und zum anderen von der Ressourcenlage der Gruppe selbst: Kann sich die Gemeinschaft der in der Gruppe versammelten alten Menschen gegenüber den Belastungen des Alltags, den institutionellen Zwängen und Grenzen, den gesellschaftlichen Negativbewertungen durchsetzen, oder welche Bewältigungsstrategien muß die Gruppe selber einsetzen, um mit diesem Druck fertig zu werden? Im übrigen kann auch die Einsicht in negative Bedingungen *Belastung* schaffen, wenn z. B. »die ganze Misere deutlich wird«. Deshalb müssen die Einsichtsprozesse in der Gruppe und durch die Gruppe gut »dosiert« werden.

In besonderer Weise als nützlich für die Arbeit mit alten Menschen haben sich für uns die von *Thomae* (1968) herausgearbeiteten Bewältigungsstrategien erwiesen (vgl. *von Langermann* 1970; *Lehr* 1980). Er unterscheidet leistungsbezogene, anpassungsbezogene, defensive, evasive und aggressive Bewältigungsformen. In der Gruppenarbeit versuchen wir leistungsbezogene Reaktionsformen auf Belastungssituationen zu fördern, indem die realitätsgerichteten Kräfte zur Bewältigung der Situation durch attentive, kognitive, koordinative, schöpferische und Willensleistungen gestützt, ermöglicht und bekräftigt werden. Die Analyse von belastenden Situation in der Gruppe, die Diskussion von Veränderungsmöglichkeiten, die Erprobung solcher Möglichkeiten im Rollenspiel, die Auseinandersetzung über kreative Medien bieten hier ausgezeichnete methodische Hilfen (vgl. die Arbeiten dieses Buches). Die *leistungsbezogenen Reaktionsformen* intendieren ein alloplastisches Verhalten, ein Einwirken auf die Umwelt, das wir in der Gestalttherapie unter dem Begriff des *creative change* fassen (*Petzold* 1975). Die *anpassungsbezogenen Reaktionsformen* entsprechen dem, was wir in der Gestalttherapie unter *creative adjustment* verstehen (*Perls et al.*, 1951). Es handelt sich um ein autoplastisches Verhalten, durch das das Individuum seine Situation mit den Anforderungen des Umfeldes in Übereinstimmung bringt. »Diese Übereinstimmung geschieht in erster Linie durch die Modifikation des eigenen Verhaltens und nicht durch eine Veränderung der Umwelt« (*Thomae* 1968, 83 f). Anpassung ist durchaus eine sinnvolle, und in vielen Fällen gegenüber dem Aufwand und dem Einsatz für Veränderungen eine bessere Bewältigungsstrategie als manche leistungsbezogene Reaktionsform. Das gilt insbesondere bei verknappter Ressourcenlage, wie sie vielfach für das Alter kennzeichnend ist. Auch kann

sich z. B. die Korrektur von Erwartungen, die Verlagerung von Interessen, die Veränderung von Motivationen als sehr entlastend erweisen.

Anpassungsleistungen vollziehen sich in der Gemeinschaft der Gruppe meistens leichter als durch das Bemühen des einzelnen. Es entsteht ein kollektives, multidimensionales Milieu, in dem unabänderliche Verzichtleistungen besser ertragen werden können.

Defensive Reaktionsformen versuchen, die von einem Individuum als belastend erlebten Einflüsse aus dem subjektiven Lebensraum herauszuhalten (Thomae 1968). Verdrängung, Verleugnung, Verkehrung ins Gegenteil, Selbstbetrug, im wesentlichen also intrapsychische Abwehrmechanismen sind hier einzuordnen und auch die schon aufgeführten der Anästhesierung, Retroflexion, Konfluenz usw. Insbesondere in einengenden institutionellen Bedingungen oder bei sehr geringer Ressourcenlage kann es sinnvoll sein, defensive Techniken zu stützen. Ansonsten bietet die Gruppe zumeist Möglichkeiten, sie durch andere Daseinstechniken und Bewältigungsstrategien zu ersetzen, die weniger einschränkend sind.

Evasive Techniken beziehen sich auf ein physisches oder ideatives »Herausgehen aus einem Spannungsfeld« (ibid.). Arztwechsel, Urlaub, aber auch das »in eine Gruppe gehen« kann als evasive Reaktion gesehen werden. Sehr häufig hat die Teilnahme an der Gruppe sowohl in der institutionellen wie auch in der offenen Gruppenarbeit mit alten Menschen einen evasiven Charakter. Die Gruppe ermöglicht es ihnen, dem Forderungsdruck, der Frustration, der Deprivation, die sich in ihrer Lebenssituation finden, zu entgehen. Hier ist darauf zu achten, ob die Gruppe ausreicht, als »Schonraum und Erholungszone« die Belastungen des Spannungsfeldes zu kompensieren. Dies ist zuweilen der Fall, besonders wenn, wie es für die gerontotherapeutische Gruppe oftmals kennzeichnend ist, die therapeutische Gruppe zu einem Stück Lebensfeld wird, bedeutender Bestandteil im Leben des alten Menschen.

Aggressive Bewältigungstechniken versuchen eine Zerstörung oder Schädigung der Noxe. Sie sind, wie in der Theorie von Dollard und Miller (1949), die andere Möglichkeit neben der Flucht, neben der Abwehr. Wir treffen aggressive Daseinstechniken recht häufig an bei alten Menschen, etwa in der Form von Abwertungen, Negativismen, querulatorischem Verhalten. Es sind diese Strategien durchaus effektiv, zeigen doch empirische Untersuchungen, daß aggressive ältere Menschen mit Belastungssituationen besser fertig werden als solche mit einem mehr defensiven oder evasiven Verhaltensstil (Saup 1983). Dennoch bringen aggressive Daseinstechniken auch Nachteile wie Isolation, Ablehnung, Freudlosigkeit mit sich. In der Gruppenarbeit können sie sich zum Teil sehr störend

auswirken. Sie bergen aber auch ein konstruktives Potential in sich, wenn sie von der Gesamtgruppe aufgenommen und in Form eines nachdrücklichen Eintretens für eigene Rechte und eines aggressiven Sich-zur-Wehr-Setzens gegen Beschneidungen eingesetzt werden (vgl. dieses Buch S. 355). Die Initiativen der »grauen Panther« können unter dieser Perspektive interpretiert werden; und auch in verschiedenen Gruppenprojekten, die wir mit alten Menschen durchgeführt haben, läßt sich das konstruktive Moment aggressiver Daseinstechniken immer wieder finden (z. B. dieses Buch S. 51).

Das Bewußtmachen der Abwehr- und Bewältigungsstrategien in der Gruppe stellt ihr ein Potential zur Verfügung, das sie insgesamt nutzen kann, das aber auch von einzelnen Teilnehmern in ihren Lebenszusammenhang übertragen werden kann. Das Bewußtsein, daß man in der Lage ist, »dem Feind von außen« zu widerstehen, daß man Möglichkeiten hat, Bedrohung abzuwehren, daß man Potentiale effektiver Bewältigung zur Verfügung hat, erweist sich als eine positive und konstruktive Kraft im persönlichen wie im gruppalen Leben. Wir fördern dieses Moment, indem wir das Coping-Konzept in den Gruppen didaktisch erklären, die Zusammenhänge zwischen Belastung, Kontrollverlust, Abwehr und Bewältigung kognitiv zugänglich machen. Wir erklären die Zusammenhänge von Belastung und Ressourcenlage, von Situation und Bewertung. Bei letztgenanntem Aspekt ist allerdings darauf zu achten, daß durch den Verweis auf die Bedeutung *kognitiver Bewertung* keine Kränkungen gesetzt werden (»es ist ja nur alles eine Frage der Bewertung«) und daß dadurch die Faktizität negativer Lebenssituationen nicht minimalisiert wird, eine Gefahr, die die kognitiven Theorien von *Lazarus*, insbesondere aber die von *Thomae* (1971; 1979), der immer wieder auf einer »erfolgreichen Anpassung an das Alter« besteht, nicht genug berücksichtigen (*Krohn* 1975; 1978).

Die aktive Auseinandersetzung von Gruppen mit Widerstandsphänomenen, Abwehrmechanismen und Coping-Strategien hilft ihnen, realitätsbezogener, angemessenere Formen der Situationsbewältigung und Problemlösung zu finden und weiterhin negative Affekte, emotionale Staus und Streßreaktionen besser zu handhaben (*Lazarus* 1981). Es wird in der Gruppenarbeit über weite Strecken *in praxi* das getan, was in der Forschung durch die Untersuchung von Coping-Stilen versucht wird: die Herausarbeitung von Bewältigungsprozessen. Sieht man auf die entsprechenden Untersuchungen (*Pearlin/Schooler*, 1978; *Pearlin* et al., 1981) und insbesondere auf solche, die sich mit Coping-Stilen alter Menschen befassen (*Lehr* 1980; *Vaillant* 1980 – es werden von ihm 18 Coping-Strategien beschrieben –; oder *McCrae* 1982 – er differenziert faktorenanalytisch 28 verschiedene Bewältigungsprozesse; *Saup* 1983 und *Thomae* 1983), so

findet man zahlreiche Übereinstimmungen und Ähnlichkeiten bei zum Teil geringfügigen terminologischen Unterschieden. Es finden sich aber auch zahlreiche Divergenzen und Besonderheiten, die sich neben der unterschiedlichen Ausrichtung der Forscher auch aus der Verschiedenheit der Situationen, Bezugsgruppen und Personen ergeben. Ein solcher Befund ist ganz im Sinne der »differentiellen Gerontologie«. Aus diesem Grunde bietet sich die situative Analyse von Abwehr- und Bewältigungsstrategien in den Gruppen der Betroffenen mit Hilfe eines geschulten Gruppenleiters bzw. Therapeuten geradezu als methodischer Zugang an. Die Gruppenarbeit wird »Aktionsforschung« in eigener Sache und entspricht damit dem Aktionsforschungskonzept, wie es von *Moreno* inauguriert wurde (*Petzold* 1981a). Das Ausmaß, in dem ein solches Konzept realisiert werden kann, ist wiederum abhängig von der Situation der Gruppe, der Befindlichkeit ihrer Teilnehmer, ihrer allgemeinen Ressourcenlage. Es gibt Gruppen, in denen in sehr umfassender Weise Widerstands-, Abwehr- und Bewältigungsphänomene bewußtgemacht, bearbeitet und genutzt werden können (vgl. z. B. *Petzold* 1982a und dieses Buch S. 325 ff), und andere, in denen die Möglichkeit zu einer solchen Arbeit sehr beschränkt ist und anpassende defensive oder evasive Bewältigungsstrategien im Vordergrund stehen. Eines zeigt sich jedoch immer: Die Gruppe als neues soziales Netzwerk, als Generator neuer sozialer Welten, als Agentur wechselseitiger Hilfeleistung, als Ort selbstverfügter Kontrolle, als Reservoir an Ressourcen, als Matrix der Identität eröffnet in der gerontotherapeutischen Arbeit ein reiches und konstruktives Potential, Abwehr- und Bewältigungsstrategien in einer Weise zu nutzen, daß den Bedrohungen des »Feindes von innen« und des »Feindes von außen« begegnet werden kann und sich die Lebensqualität der alten Menschen entscheidend verbessert.

Literatur

- Abraham, K.*, Zur Prognose psychoanalytischer Behandlungen im fortgeschrittenen Lebensalter, *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 6 (1919) 113–117.
- , The applicability of psychoanalytic treatment to patients at an advanced age, in: *Abraham, K.*, Selected Papers, *Hogarth Press*, London 1942, 312–317.
- Abramson, L.*, *Seligman, M. E.*, *Teasale, J. D.*, Learned helplessness in Humans: Critique and reformulation, *Journal of Abnormal Psychology* 87 (1978) 49–74.
- Arie, T.*, Health Care for the elderly, *Croom Helm*, London 1981.
- Altman, I.*, The environment and social behaviour: Privacy, personal space, territory, and crowding, *Monterey, C. A.* 1975.
- Altman, I.*, *Wohlwill, J.*, Human Behaviour and environment: Advances in theory and research, Vol. I, *New York* 1976.

- Atchley, R. C., *The social forces in later life*, Wadsworth, Belmont 1980.
- Averill, J., Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress, *Psychol. Bulletin* 80 (1973) 786–303.
- Babschuk, N., Aging and primary relations, *International Journal of Aging and Human Development* 9 (1978) 137–151.
- Baltes, M. M., Baltes, P. B., Ecopsychological relativity and plasticity of psychological aging, *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie* 24 (1977) 179–198.
- Baltes, M. M., Barton, E. M., Orzech, M. J., Lago, D., Die Mikroökologie von Bewohnern und Personal. Eine Behaviour-Mapping-Studie im Altenheim, *Zeitschrift für Gerontologie* 16 (1983) 18–26.
- Bandura, B., Pflegebedarf und Pflegepolitik im Wandel, *Sozialer Fortschritt* 32 (1983) 97–102.
- Battegay, R., Die Gruppe als Ort des Haltes in der Behandlung Süchtiger, *Praxis der Psychotherapie* 11 (1966) 31–38.
- , *Der Mensch in der Gruppe*, Huber, Bern 1969, 3 Bde.
- Bauer, H., Modell einer kommunalen Altenhilfe, in: *Hohmeier, Pohl* (1978) 157–182.
- Bieulac, M., *Bibliographie internationale de gerontologie sociale*, Centre International de Gérontologie Sociale, Paris 1982 (2 Bde.).
- Bergener, M., Lang, E., Lebr, U., Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), *Gerontology in the eighties and beyond*, Springer, New York 1983.
- Böschmeyer, U., Logotherapie mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz* (1979) 59–76.
- Brink, T. L., *Geriatric Psychotherapy*, Human Sciences Press, New York 1979.
- Brown, G. W., Harris, T., *Social origins of depression*, London 1978.
- Brusten, M., Hohmeier, J., Stigmatisierung. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen, Luchterhand, Neuwied 1975.
- Bubolz, E., *Bildung im Alter*, Lambertus, Freiburg 1983.
- Bujard, O., Lange, U., *Armut im Alter*, Beltz, Weinheim 1978.
- Bungard, W., *Isolation und Einsamkeit im Alter*, Hanstein, Köln 1975.
- Busse, E. W., Pfeiffer, E., *Behaviour and adaptation in later life*, Little Brown, Boston 1977².
- Cath, St., Some dynamics of middle and later years: A study in depletion and restitution, in: *Berezin, M., Cath, St.* (Hrsg.), *Geriatric psychiatry*, International Universities' Press, New York 1965.
- Condrau, G., *Der Mensch und sein Tod*, Benziger, Zürich 1985.
- Cosacchi, S., *Makabertanz*, Hain, Maisenheim 1965.
- Cremerius, J., Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft, *Psyche* 11 (1983) 988–1015.
- Cumming, E., Henry, W., *Growing old: The process of disengagement*, Basic Books, New York 1961.
- Dean, A., Lin, N., The stress- buffering role of social support, *Journal of Nervous and Mental Disease* 165 (1977) 403–417.
- Dean, A., Lin, N., Ensel, W. M., The epidemiological significance of social support systems in depression, *Research in Community and Mental Health* 2 (1981) 77–109.
- Dieck, M., *Wohnen und Wohnumfeld älterer Menschen in der BRD*, Quelle & Meyer, Heidelberg 1979.

- Dollard, J., Doob, L., Miller, M. E., Mowrer, O., Sears, R., Frustration and Aggression, Yale University Press, New Haven 1939.
- Dollase, R., Soziometry als Interventions- und Meßinstrument, *Gruppendynamik* 2 (1975) 82–92.
- Dono, J., Falbe, C., Kail, B., Litwak, E., Sherman, R., Siegal, D., Primary groups in old age, *Research on Aging* 1 (1979) 403–433.
- Dürckheim, K., Graf von, Alt werden. Zeit der Verwandlung, in: Petzold, Bubolz (1979) 21–38.
- Edney, J., Territoriality, *Psychological Bulletin* 81 (1974) 959–973.
- , Human territories: Comment on functional properties, *Environment and Behaviour* 8 (1976) 31–47.
- Ferenczi, S., A contribution to the understanding of psychoneurosis of the age of involution (1921) 17 (1947) (Final contributions to psychoanalysis), Basic Books, New York, 205–211.
- , Beitrag zum Verständnis der Psychoneurosen des Rückbildungsalters (1922), in: Bausteine zur Psychoanalyse Bd. 111, 180–188, Huber, Bern 1939; 1964².
- Filipp, S. H., Kritische Lebensereignisse, Urban & Schwarzenberg, München 1981.
- Fischer, L., Die Institutionalisierung alter Menschen, Böhlau, Köln 1976.
- Fittkau, B., Transpersonale Psychologie, Schwerpunkttheft der Zeitschrift *Integrative Therapie* 3 (1984).
- Folkman, S., Schaefer, C., Lazarus, R. S., Cognitive processes as mediators of stress and coping, in: Hamilton, V., Warburton, D. M., Human stress and cognition, Chicester 1979, 265–298.
- Fontana, A., The last frontier: The social meaning of growing old, Sage, Beverly Hills 1979.
- Frankl, V. E., Der Wille zum Sinn, Huber, Bern 1972.
- Freud, A., Das Ich und die Abwehrmechanismen (1936), Kindler, München 1964.
- Freud, S., Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen, 1898, GW I.
- , Über Psychotherapie, 1905, GW V.
- , Die endliche und die unendliche Analyse, 1937, GW XVI.
- George, L. K., Role transitions in later life, Brooks/Cole Publishing Comp. Monterey 1980.
- Goldfarb, A. I., Recommendations for psychiatric care in a home for the aged, *Journal of Gerontology* 8 (1943) 343–347.
- , Psychotherapy of aged persons, *Psychoanalytic Review* 2 (1955) 72–80.
- , Psychotherapy of the aged, *Psychoanalytic Review* 1 (1956) 68–81.
- , Patient-doctor-relationship in treatment of the aged person, *Geriatrics* 12 (1964) 18–25.
- , The psychodynamics of dependancy, in: Kalish, R. (Hrsg.), The dependencies of old people, University of Michigan, Ann Arbor 1969.
- Goodman, L. M., Death and the creative life, Springer Publishing Comp., New York 1981.
- Goodman, P., Goodman, P., *Communitas*. Means of livelihood and ways of life, Vintage Books, New York, 1947, 1960².
- Grond, E., Die Pflege verwirrter alter Menschen, Lambertus, Freiburg 1984.
- Grotjahn, M., Psychoanalytic investigation of a 71-years-old man with senile dementia, *Psychoanalytic Quarterly* 9 (1940) 80–92.

- Grotjahn, M., Some analytic observations about the process of growing old, Part V, *Psychoanalysis and the social sciences*, Vol. III, G. v. Roheim (Hrsg.), International Universities Press, New York 1951, 301–312.
- , Analytic psychotherapy with the elderly, *Psychoanalytic review* 42 (1955) 419–417; dtsh. in: Petzold, Bubolz (1979) 77–88.
- Gubrium, J. F., Time, roles and self in old age, Human Sciences Press, New York 1976.
- Haan, N., Coping and defending, Academic Press, New York 1977.
- Hartfiel, G., Die soziale Diskriminierung des Alters, *Gegenwartskunde* 4 (1971) 391–403.
- Hautzinger, M., Altersdepression. Versuch einer psychologischen Begründung, *Z. f. Gerontol.* 11 (1978) 348–357.
- , Depressive Reaktionen im höheren Lebensalter, in: Hautzinger, M., Hoffmann, N., Depression und Umwelt, Kösel, Salzburg 1979a, 159–200.
- , Depression and age: Etiological and therapeutical remarks, *Behav. Anal. Mod.* 3 (1979b) 268–275.
- , Depression und gelernte Hilflosigkeit beim Menschen, *Z. klin. Psychol.* 27 (1979c) 356–365.
- Hochschild, A. R., Disengagement theory: A logical, empirical, and phenomenological critique, in: Gubrium (1976) 53–87.
- , The unexpected community: Portrait of an old-aged subculture, University of California Press, Berkeley 1978.
- Hohmeier, J., Pohl, H.-J., Alter als Stigma, Suhrkamp, Frankfurt 1978.
- Huck, K., Petzold, H., Death education. Thanatagogik – Modelle und Konzepte, in: Spiegel-Rösing, I., Petzold, H., Die Begleitung Sterbender, Junfermann, Paderborn 1984, 501–576.
- Hunziker, B., Manser, A., Der alte Mensch. Ein Vergleich der Darstellung in Primarschul-Lesebüchern der deutschen Schweiz mit der gegenwärtigen Situation, Pro Senectute, Zürich 1983.
- Huth, W., Glaube, Ideologie und Wahn, Nymphenburger, München 1984.
- Iljine, V. N., Improvisiertes Theaterspiel zur Behandlung von Gemütsleiden, *Teatralny Kurier*, Beilage, Kiew 1909 (russ.).
- , Die Struktur des menschlichen Körpers, die Charakterologie und die Rolle des Geistes, Budapest 1923 (russ.).
- , Therapeutisches Theaterspiel, Sobor, Paris 1942 (russ.).
- Janssen, H. H., Der Tod in Dichtung, Philosophie und Kunst, Darmstadt 1978.
- Jelliff, S. E., The old age factor in psychoanalytical therapy, *Medical J. Record* 121 (1925) 7–12.
- Jennings, H. H., Individual differences in the social atom, *Sociometry* 3 (1941) 269–277.
- , Experimental evidence on the social atom at two time points, *Sociometry* 2 (1942) 135–145.
- Joerßen, P., Lebenstreppe und Lebensalterspiel, in: Die Lebenstreppe. Schriften des Rheinischen Museumsamtes Nr. 23, Rheinlandverlag, Köln 1984.
- Junker, J.-P., Alter als Exil. Zur sozialen Ausgrenzung alter Menschen, Zürich 1973.
- Jüttemann, G., Psychologie am Scheideweg. Teilung oder Vervollständigung, in: G. Jüttemann, Psychologie in der Veränderung, Beltz, Weinheim 1983, 30–65.

- Kaplan, B., Toward further research on family and health, in: Kaplan, B., Cassel, J. (Hrsg.), Family and health: An epidemiological approach, Chapel Hill, N. C. 1975, 89–106.
- Kastrinidis, P., Psychotherapie mit alten Menschen aus daseinsanalytischer Sicht, in: Petzold, Bubolz (1979) 39–57.
- Kohut, H., Narzißmus, Suhrkamp, Frankfurt 1973.
- , Die Heilung des Selbst, Suhrkamp, Frankfurt 1981.
- Krohn, M., Theorien des Alterns – von der biologischen zur interaktionistischen Erklärung, Psych. Diplomarbeit, psychol. Inst. Univ. München, München 1975.
- , Theorien des Alterns, in: Hohmeier, Pohl (1978) 54–75.
- Kropotkin, P., Gegenseitige Hilfe, Kramer, Berlin 1977.
- Kruse, L., Privatheit als Problem und Gegenstand der Psychologie, Huber, Bern 1980.
- Küchler, T., Konzeptionelle und empirische Studie zum nonverbalen und verbalen Gefühlsausdruck bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, Diss. Phil. Fak. Univ. Hamburg, Hamburg 1982.
- Küchler, T., von Salisch, M., Ein inhaltsanalytischer Ansatz zur Interpretation non-verbalen Verhaltens, in: Gruppendynamik 1 (1983) 3–25.
- Kulenkampff, M., Der »Soziale-Atom-Test«, Moreno Institut, Überlingen 1982.
- , Der Situationstest. Ein diagnostisches Rollenspiel, Moreno Institut Überlingen 1982.
- Langer, I. J., Rodin, J., The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting, *Journal of Personality and Social Psychology* 34 (1976) 191–198.
- Langermann, U. v., Reaktionsformen auf Belastungssituationen bei älteren Menschen, Diss. phil. Fac. Univ. Bonn, Bonn 1970.
- Lantermann, E. D., Eine Theorie der Umwelt-Kompetenz. Architektonische und soziale Implikation für eine Altenheim-Planung, *Zeitschrift für Gerontologie* 9 (1976) 433–443.
- Lawton, M. T., Environment and aging, Wadworth, Belmont, Ca., 1980.
- Lawton, M. P., Rich, T. A., Hyg, S. M., Ecology and gerontology: An introduction, *The Gerontologist* 9 (1969) 76–77.
- Lawton, M. P., Nabemow, L., Ecology and the aging process, in: Eisdorfer, C., Lawton, M.P., The psychology of adult development and aging, Washington 1973, 619–674.
- Lawton, M. T., Brody, E. M., Turner-Massey, P., The relationships of environmental factor to changes in well being, *The Gerontologist* 18 (1978) 133–137.
- Lazarus, R. S., Psychological stress and the coping process, McGraw-Hill, New York 1966.
- , Streß und Streßbewältigung. Ein Paradigma, in: Filipp (1981) 198–232.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Psychological stress and coping in aging, *American Psychologist* 38 (1983) 245–254.
- Lazarus, R. S., Launier, R., Stress-related transactions between person and environment, in: Pervin, L. A., Lewis, M., Perspectives in interactional psychology, Plenum Press, New York 1978, 287–337; dtsh.: Streßbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt, in: Nitsch, J., Streß, Theorien und Untersuchungen, Maßnahmen, Huber, Bern 1981, 213–259.
- Lehr, U., Psychologie des Alterns, Steinkopff, Heidelberg 1971; 1979^a.

- , Altern als sozialpsychologisches und ökologisches Problem: Der Prozeß der aktiven Auseinandersetzung mit der Lebenssituation im Alter, *Zeitschrift für Gerontologie* 8 (1975) 79–80.
- , Interventionsgerontologie, Steinkopff, Darmstadt 1979b.
- , Alterszustände und Alternsprozesse, *Zeitschrift für Gerontologie* 13 (1980) 442–457.
- , Depression und »Lebensqualität im Alter« – Korrelate negativer und positiver Gestimmtheit. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie, *Zeitschrift für Gerontologie* 15 (1982) 241–249.
- Linden, M. E., Courtney, D., Human life cycle and its interruptions: Studies in gerontologic human relations I, *American Journal of Psychiatry* 109 (1953) 906–915.
- Linden, M. E., Group psychotherapy with institutionalized senile women: Studies in gerontologic human relations. II, *International Journal of Group Psychotherapy* 3 (1953) 150–170.
- , The significance of leadership in gerontologic group psychotherapy: Studies in gerontologic human relations III, *International Journal of Group Psychotherapy* 4 (1954) 220–273.
- , Transference in gerontologic group psychotherapy: Studies in gerontologic human relations IV, *International Journal of Group Psychotherapy* 5 (1955) 61–69.
- , Geriatrics, in: Slavson, S. R., (Hrsg.), Fields of group psychotherapy, International Universities Press, New York 1956.
- , Repression and recession in the psychoses of aging, in: Zinberg, M. E., Kaufmann, I. (Hrsg.), Normal psychology of the aging process, International Universities Press, New York 1963, 125–142.
- Lopata, H., The social involvement of American Widows, *Amer. Behav. Scientist* 14 (1970) 41–48.
- , Widowhood in an American City, Schenkman, Cambridge, Mass. 1973.
- Majce, G., Hörl, J., Formen der Altenhilfe. Aufgaben und Probleme der offenen und geschlossenen Altenbetreuung, Institut für Stadtforschung, Wien (o. J.).
- Majce, G., Zur Soziologie der Mehrgenerationenfamilie, in: Radebold, Schlesinger-Kipp (1982) 53–73.
- Meier, R., Seemann, H.-J., Die Grauen Panther, Beltz, Weinheim 1982.
- Malzahn, B., Psychotherapie im Alter? Ein empirischer Beitrag zu medizinisch-soziologischen Aspekten der Gerontologie, Diss. Univ. Ulm, Ulm 1974.
- Matthews, S. H., The social world of old women: Management of self-identity, Sage Publications, Beverly Hills 1979.
- McCarty, J. B., Death anxiety: The loss of the Self, Gardner Press, New York 1980.
- McCrae, R. R., Age differences in the use of coping mechanisms, *Journal of Gerontology* 37 (1982) 454–460.
- Meerloo, J. A. M., Transference and resistance in geriatric psychotherapy, *Psychoanalytic Review* 42 (1955) 72–82.
- , Modes of psychotherapy in the aged, *Journal American Geriatric Society* 9 (1961) 225–234.
- Mercer, S., Kane, R. A., Helplessness and hopelessness among the institutionalized aged: An experiment, *Health and Social Work* 4 (1979) 91–116.
- Miller, M., Suicide after sixty, Springer, New York 1979.
- Modell, A., Aging and psychoanalytic theories of regression, *Journal of Geriatric Psychiatry* 3 (1970) 139–146.

- Moreno, J. L., Homo juvenis (Jesuitenwiese), Sommer 1909, in: *Einladung zu einer Begegnung* 1 (1914) 19–22; engl. *Group Psychotherapy* 3/4 (1970) 74–83.
- , Das Stegreiftheater, Gustav Kiepenheuer, Potsdam 1924; 2. erw. Aufl., Beacon House, Beacon 1970.
- , Who shall survive? An new approach to the problem of human interrelations, Nervous and Mental Disease Publishing Co., Washington 1934; erw. Ausg., Beacon House, Beacon 1953; gekürzte dtsh. Ausg., Die Grundlagen der Soziometrie, Westdeutscher Verlag, Opladen 1954, 1967².
- , Organisation of the social atom, *Sociometric Review* 1 (1936) 11–16.
- , Foundations of sociometry: an introduction, *Sociometry* 1 (1941) 15–35.
- , Psychodrama, vol. I, Beacon House, Beacon 1946.
- , The social atom and death, *Sociometry* 1 (1947) 80–85.
- Moreno, J. L., Whitin, E. S., Application of the group method to classification, National committee on prisons and prisional labor, New York 1932.
- Mueller, D. P., Social networks: A promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder, *Social Science and medicine* 14 (1980) 147–161.
- Müller, Ch., Bibliografia gerontopsychiatria, Huber, Bern 1973.
- Narr, H., Soziale Probleme des Alters, Kohlhammer, Stuttgart 1976.
- Ohlmeir, D., Radebold, H., Übertragungs- und Abwehrprozesse in der Initialphase einer Gruppenanalyse mit Patienten im höheren Lebensalter, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 5 (1972) 289–302.
- Oswald, W. D., Fleischmann, U. M., Gerontopsychologie, Kohlhammer, Stuttgart 1983.
- Oswald, W. D., Hermann, W. M., Kanowski, S., Lehr, U., Thomae, H., Gerontologie, Kohlhammer, Stuttgart 1984.
- Palmore, E., Social patterns in normal aging: Findings from the duke study, Duke University Press, Durham 1981.
- Palmore, E., Clelland, W. P., Nowlin, J. B., Stress and adaptation in later life, *J. Gerontol.* 34 (1979) 841–851.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., Mullan, J. T., The stress process, *Journal of Health and Social Behaviour* 22 (1981) 337–356.
- Pearlin, L. I., Schooler, C., The structure of coping, *Journal of Health and Social Behaviour* 19 (1978) 2–21.
- Perls, F. S., Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980.
- Perls, F. S., Hefferline, R., Goodman, P., Gestalt Therapy, Julian Press, New York 1951.
- Peterson, D. A., Facilitating education for older learners, Jossey-Bass, San Francisco 1983.
- Petzold, H. G., Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 (1965) 4–16, dtsh. dieses Buch S. 11 ff.
- , L'analyse progressive en psychodrame analytique, Paris 1969 (mimeogr.).
- , Analytische Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik und szenisches Spiel als »triadisches Psychodrama« in der Arbeit mit Studenten, in: *Petzold, H., Kreativität und Konflikte*, Junfermann, Paderborn 1973, 167–205.
- , Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974; 4. Aufl. 1984.
- , Integrative Therapie ist kreative Therapie, Düsseldorf, Fritz Perls Institut 1975 (mimeogr.)

- , Der Gestaltansatz in der psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und pädagogischen Arbeit mit alten Menschen, *Gruppendynamik* 8 (1977) 32–48.
- , Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977a, 4. Aufl., 1985.
- , Integrative Geragogik, in: *Petzold, Brown* (1977b) 214–246; dieses Buch S. 31 ff.
- , Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gestalt als Verfahren der Interventionsgerontologie und Alterspsychotherapie, 1979a, in: *Petzold, Bubolz* (1979) 147–260.
- , Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 »sozialen Atomen« alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1979b) 51–78.
- , Schwerpunktheft Humanisierung des Alters, *Zeitschr. f. humanist. Psychol.* 1/2 (1979c).
- , Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979d.
- , Der Gestaltansatz in einer integrativen psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und agogischen Arbeit mit alten Menschen, 1979e, in: *Petzold, Bubolz* (1979) 261–294.
- , Moreno – nicht Lewin – der Begründer der Aktionsforschung, *Gruppendynamik* 11 (1980) 142–166.
- , Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn 1980b.
- , Widerstand, ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1981a.
- , Das Hier- und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit: in: *C. Bachmann*, Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt 1981b, 214–299.
- , Dramatische Therapie, Hippokrates, Stuttgart 1982.
- , Der Mensch ist ein soziales Atom, *Integrative Therapie* 3 (1982a) 161–165.
- , Das therapeutische Theater Iljines in der Arbeit mit alten Menschen 1982b in: *Petzold* (1982) 318–334.
- , Theater oder das Spiel des Lebens, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt 1982c.
- , Integrative Intervention – a system approach to the planning and realization of drug therapy programs, Proceedings of the 12th Int. Conf. on Drug Dependence, 22.–26. 3. 1982, Bangkok, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf 1982d.
- , Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn 1983.
- , Integrative Therapie. Der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen, in: *Spiegel-Rösing, Petzold* (1984) 431–500.
- , Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie, *Integrative Therapie* 1/2 (1984a) 73–115.
- , Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman, *Integrative Therapie* 1/2 (1984b) 5–72.
- , Interventionsforschung. Zur Veränderung der Struktur und des sozialen Klimas in Altenheimen, Projekt Pensionistenheime der Niederösterreichischen Landesregierung, Projektpaper, Wien 1985.
- , Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche, therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn 1985a.
- , Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper, Vortrag auf der New

- Age-Tagung, Zürich 18. 11. 1984, in: *Petzold, H.*, Psychotherapie und Friedensarbeit (in Vorbereitung), 1985b.
- Petzold, H. G., Bubolz, E.*, Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart 1976.
- , -, Theorien zum Prozeß des Alterns und ihre Relevanz für geragogische Fragestellungen, in: *Petzold, Bubolz* (1976a) 116–144.
- , -, Konzepte zu einer integrativen Bildungsarbeit mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz* (1976b) 37–60.
- Petzold, H. G., Berger, A.*, Die Rolle der Gruppe in der integrativen Bewegungstherapie, *Integrative Therapie* 2 (1978) 79–100.
- , -, Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz* (1979) 197–426.
- Petzold, H. G., Bubolz, E.*, Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H. G., Frühmann, R.*, Das Konzept der Gruppe in den psychotherapeutischen Schulen, Junfermann, Paderborn 1985.
- Petzold, H. G., Maurer, Y.*, Integrative Gestaltpsychotherapie, in: *Maurer, Y.*, Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart, Hippokrates 1985.
- Petzold, H. G., Spiegel-Rösing, I.*, Geronto- und Thanatothérapie, in: *Thomann, H., Egg, R.*, Handbuch der Psychotherapie, Kohlhammer, Stuttgart, 1985.
- Petzold, H. G., Ramin, G.*, Schulen der Kinderpsychotherapie, Junfermann, Paderborn 1985 (in Vorbereitung).
- Pilisuk, M., Minkler, M.*, Supportive networks: Life ties for the elderly, *Journal of Social Issues* 36 (1980) 95–160.
- Radebold, H.*, Zur Indikation direkter und indirekter psychotherapeutischer Verfahren im Bereich der Geriatrie, *aktuelle gerontologie* 4 (1974) 479–483.
- , Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie mit älteren und alten Patienten, *Zeitschrift für Gerontologie* 9 (1976) 128–142.
- , Der psychoanalytische Zugang zu älteren und alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz* (1979) 89–101.
- , Gruppenpsychotherapie im Alter, Vandenhoeck & Ruprecht 1983.
- Radebold, H., Bechtler, H., Pina, I.*, Psychosoziale Arbeit mit älteren Menschen. Theoretische und methodische Falldarstellungen, Lambertus, Freiburg 1973.
- , -, -, Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen, Lambertus, Freiburg 1981; 2. Aufl. 1984.
- Radebold, H., Gruber, F.*, Psychosoziale Gerontologie. Modell für ein Curriculum, Lambertus, Freiburg 1979.
- Radebold, H., Schlesinger-Kipp D.*, Familien- und paartherapeutische Hilfen bei älteren und alten Menschen, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1982.
- Rahm, D.*, Gestaltberatung, Junfermann, Paderborn 1979; erw. 2. Aufl. 1985.
- Rao, D. B.*, The team approach to integrated care of the elderly, *Geriatrics* 1 (1977) 88–96.
- Reimann, H., Reimann, H.*, Das Alter, Goldmann, München 1974.
- Reichel, W.*, The geriatric patient, H P Publishing Company, New York 1978.
- Richter, H. E.*, Lernziel Solidarität, Rowohlt, Reinbek 1974.
- Rodin, J.*, Managing the stress of aging: The role of control and coping, in: *Levine, S., Orsin, H.*, Coping and help, New York 1980, 171–202.
- Rosenmayr, L.*, Die späte Freiheit, Severin & Siedler, Berlin 1983.
- Saup, W.*, Übersiedlung ins Altenheim, Beltz, Weinheim 1984.

- Segal, H., The field of death: Notes on the analysis of an old man, *International Journal Psychoanal.* 39 (1958) 178–181.
- Seligman, M. E. P., Helplessness: On depression, development and death, San Francisco 1975; dtsh. Erlernte Hilflosigkeit, Urban & Schwarzenberg, München 1972.
- Shibutani, T., Reference groups as perspectives, *American Journal of Sociology* 60 (1955) 562–568.
- , Society and personality, Prentice-Hall Englewood Cliffs, N. J., 1961.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., Lazarus, R. S., The health-related functions of social support, *Journal of Behavioural Medicine* 4 (1982) 381–406.
- Scheler, M., Tod und Fortleben, in: Scheler, H. (Hrsg.), Schriften aus dem Nachlaß, Bern 1957, 2. Aufl.
- Schick, I., Alte Menschen in Heimen, Köln 1978.
- Schmitz, R. H., Entstehung und Entwicklung der Gestalt des Todes, in: Bilder und Tänze des Todes, hrsg. v. Kreis Unna, Bonifatius, Paderborn 1982.
- Schneider, H. D., Ressourcen im Alter, *Zeitschrift für Gerontologie* 12 (1979) 426–443.
- Schur, M., Freud – sein Leben in Bildern und Texten, Suhrkamp, Frankfurt 1985.
- Schooler, K. K., Environmental change and the elderly, in: Altman, Wohlwill (1976) 265–296.
- Schulz, R., Hanusa, B., Experimental social gerontology: A social psychological perspective, *Journal of Social Issues* 36 (1980) 30–46.
- Schwarzer, R., Stress, Angst, Hilflosigkeit, Stuttgart 1981.
- Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, Die Mehrgenerationen Familientherapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1982.
- Sternberger, D., Über den Tod, Suhrkamp, Frankfurt 1981.
- Stonequist, E., The marginal man, Scribners, New York 1937.
- Strauss, A., A social world perspective, in: Denzin, N. K., Studies in symbolic interaction, JAI Press, Greenwich 1978, 190–228.
- Strauss, A., Glaser, B., Status Passage, Aldine Press, Chicago 1971.
- Tews, H. P., Soziologie des Alterns, Quelle & Meyer, Heidelberg 1974, 1979².
- Thomae, H., Das Individuum und seine Welt, Hogrefe, Göttingen 1968.
- , Theory of Aging and cognitive theory of personality, *Human Development* 13 (1970) 1–16.
- , Die Bedeutung einer kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns, *Zeitschrift für Gerontologie* 4 (1971) 8–18.
- , Ökologische Aspekte der Gerontologie, *Zeitschrift für Gerontologie* 9 (1976) 407–410.
- , Patterns of Aging, Karger, Basel 1976a.
- , Alternsstile und Alternsschicksale. Ein Beitrag zur differentiellen Gerontologie, Huber, Bern 1983.
- Thurman, A. H., Piggins, C. A., Drama activities with older adults: A handbook for leaders, Haworth Press, New York 1982.
- Tolsdorf, C. C., Social networks, support, and coping, *Family Process* 15 (1976) 407–417.
- Unruh, T., Aufruf zur Rebellion »Graue Panther machen Geschichte«, Klartext Verlag, Frankfurt 1984.
- Unruh, D. R., Invisible lives. Social worlds of the aged, Sage, Beverly Hills 1983.
- Vaillant, G. E., Adaptation to life, Little Brown, Boston, Toronto 1977.

- Veelken, L., Soziale Geragogik. Soziologische und sozialpädagogische Hilfen für Alte und Vorbereitung zur Daseinsbewältigung im Alter, Haag & Herchen Verlag, Frankfurt 1981.
- Walker, K. N., MacBrid, A., Vachon, M. L., Social support networks and the crisis of bereavement, *Social Science and Medicine* 11 (1977) 35–41.
- Waltz, M., Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit. Ein Überblick über die empirische Literatur, in: Bandura, B., Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand der sozialepidemiologischen Forschung, Frankfurt 1981, 40–119.
- Weakland, J. H., Herr, J. J., Beratung älterer Menschen und ihrer Familien, Huber, Bern 1984.
- Wieltchnig, E., Unabhängigkeit im Alter, Huber, Bern 1982.
- Wiendick, G., Zur psychosozialen Bedingtheit des Alterssuizids, *aktuelle gerontologie* 3 (1973) 271–274.
- Williams, T. S., Rehabilitation in the aging, Raven Press, New York 1984.
- Wittenberg, R., Zur Ausgliederung älterer Menschen aus dem Straßenverkehrssystem, in: Hohmeier, Pohl (1978) 124–137.
- Wittkowski, J., Tod und Sterben. Ergebnisse der Thanatopsychologie, Quelle & Maier, Heidelberg 1978.
- Wolf, K., Treatment of geriatric patients in a mental hospital, *Journal of the Geriatric Society* 4 (1956) 472–479.
- , Group psychotherapy with geriatric patients in a veterans administration hospital, *Group Psychotherapy* 1/2 (1961) 85–89.
- , Geriatric psychiatry, C. Thomas, Springfield 1963.
- , The emotional rehabilitation of the geriatric patient, C. Thomas, Springfield 1970.
- Wolk, S., Kurtz, J., Positive adjustment and involvement during aging and expectancy for internal control, *Journal of consulting and clinical Psychology* 43 (1975) 173–178.
- Zetzel, E., Aging and psychoanalytic theories of regression, *Journal of Geriatric Psychiatry* 3 (1970) 152–159.
- Zimmermann, D., Soziale Isolation und Einsamkeit bei psychiatrischen Langzeitpatienten, Beltz, Weinheim 1982.
- Zimmermann, R., Alter und Hilfsbedürftigkeit, Enke, Stuttgart 1977.