

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform „Polyloge“

Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,
Kreativitätstherapien, Kulturprojekte

(Peer Reviewed)

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold*
herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leiser* und *Chae Yonsuk* für

„Deutsche Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur
und literarische Werkstätten“

an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der
„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Kulturarbeit

Intermethodische und Intermediale Arbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen
Heilkraft Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 17/2020

**Poesie- und Bibliothherapie mit alten Menschen,
Kranken und Sterbenden ***

Hilarion G. Petzold (1985v)

* 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* † 26.9.2020). Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Diese Arbeit hat die Sigle 1985v und ist erschienen in: *Petzold, H.G., Orth, I.* (1985a/2005): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten, Paderborn: Junfermann. 2005, 3. Aufl.: Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag, S. 249-292.

Zusammenfassung: Poesie- und Bibliothherapie mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden (1985v)

Der Beitrag stellt die Möglichkeiten Poesie- und Bibliotheraapeutischer Arbeit mit alten Menschen und Hochbetagten in eindrücklicher Weise dar. Gedichte und Texte alter Menschen zeigen ein hohes kreatives und expressives Potential, ihre Befindlichkeiten auszudrücken, Lebenserfahrungen zu bilanzieren und zu verarbeiten, Probleme des Alterns zu bewältigen und noch schöpferisch tätig zu sein. Menschen, die niemals Gedichte geschrieben haben werden im hohen Alter aktiviert und gewinnen im Gestalten Sinn und Trost – ein wichtiger Weg agogischer und therapeutischer Arbeit in der Gerontotherapie.

Schlüsselwörter: Poesietherapie, Bibliothherapie, Altenarbeit, Gerontotherapie, *Integrative Therapie*

Summary: Poetry and Bibliotherapy with the Elderly, the Sick and the Dying (1985v)

The contribution presents the possibilities of poetry and bibliotherapeutic work with old people and the very old in an impressive way. Poems and texts by old people show a high creative and expressive potential to express their sensitivities, to balance and process life experiences, to cope with and process problems of aging, and still to be creative. People who have never written poetry are activated in high age and gain meaning and consolation in creating - an important way of agogic and therapeutic work in gerontotherapy.

Keywords: poetry therapy, bibliotherapy, work with the elderly, gerontotherapy, *Integrative Therapy*

Poesie- und Bibliothherapie als Verfahren kreativer Therapie (Leedy 1969; 1973; Lerner 1978) erweisen sich für die Arbeit mit alten Menschen als besonders geeignet, weil sie an eine der Grundfähigkeiten der menschlichen Existenz anknüpfen, das Sprechen, den Ausdruck von Gedanken und Gefühlen im Wort. Dieses „sich ausdrücken“ ist seinem Wesen nach kein autistisches Monologisieren, es ist gesprochenes Wort, das sich an jemanden richtet. Die Sprache ist ihrem Wesen nach bezogene. Sie wird im Dialog erworben und bleibt auf Zuhörer gerichtet, und selbst der Monolog unterstellt, sofern er noch nicht in die Idiosynkrasie degeneriert ist, einen Zuhörer. Das expressive und das dialogische Moment im „Medium Sprache“ gewährleisten, daß kommunikative Funktionen erhalten bleiben oder restituiert werden, wenn man es in therapeutischen und agogischen Prozessen einsetzt.

1. Das Alter und das Verstummen

Das Alter ist häufig davon gekennzeichnet, daß die Dialoge verarmen oder daß ein Mangel an dialogischen Situationen eintritt. Das Gespräch verarmt, verkümmert zum Selbstgespräch, das nicht eine innere Rede ist, die der Klärung dient, das feinste Schwingungen aufnimmt und weiter differenziert. Viele alte Menschen führen einen „Monolog aus Not“, der, wenn sich keine Dialogpartner mehr finden, im Perseverieren verodet oder in das Verstummen führt. Deshalb geht es darum, den Dialog wiederherzustellen sowie den „reichen“ inneren Monolog, der wirkliche Zwiesprache mit sich selbst ist. In der Poesietherapie mit alten Menschen geht es vielfach darum, ihnen die Sprache wiederzugeben, mehr noch, ihnen eine neue Möglichkeit der Sprache, des Sprechens zu geben. Alte Menschen sind oftmals verstummt. Man hat sie zum Schweigen gebracht: ihre Wünsche, ihre Klagen, ihre Proteste. Die permanente Minderung, der beständige Entzug an Kompetenzen, an Ressourcen, an Zuwendung, hat in eine resignierte, oftmals verbitterte Stille hineingeführt, in der der Schrei der Empörung verges-

sen worden ist (Petzold 1982a). Die Grabesstille ist schon anwesend, denn wo der Dialog verstummt, stirbt der Mensch (Spitz 1978).

Wie aber soll man die wieder zum Sprechen bringen, die des Sprechens entwöhnt sind? Wie den idiosynkratischen Monolog zur Zwiesprache verwandeln? Die Wortkargheit alter Menschen, ihr Perseverieren ist — und das gilt besonders für den geriatrischen Patienten — nur schwer zu durchbrechen; die Sprachhülsen der Resignation haben das Leben ausgetrocknet. Die Besuchsdialoge in Altersheimen machen dies nur allzu plastisch:

Sohn: „Wie geht es dir, Vater?“ — „Ich kann nicht klagen, man wird halt alt!“ — „Was machen deine Beinbeschwerden?“ — „Das Bein will halt nicht mehr so recht, aber es geht schon.“ — „Das ist ja schön, daß es dir besser geht.“ — „Kommt ihr nächsten Sonntag wieder zu Besuch?“ — „Ich weiß noch nicht, ich habe viel zu tun, ich rufe dich an.“ — „Wann wirst du denn anrufen?“ — (ungeduldig) „Ich sagte doch, ich rufe noch an.“ — Schweigen.

Viele alte Menschen sind dem Reden gegenüber mißtrauisch geworden. Das Wort, das ohne Antwort bleibt, Rede, die kein Echo findet, Sagen, das ins Leere geht, hat den Zugang über das Gespräch vielfach verstellt. Es waren zu viele Enttäuschungen und Verletzungen damit verbunden.

Für diese Situationen können Poesie- und Bibliothherapie Möglichkeiten eröffnen, Worte zu gewinnen, Resonanz auf Gesagtes hervorzurufen. Der Text wird *Brücke*, Zugang, Vermittler. Das gelesene Gedicht, die Geschichte, der Roman, das sind Worte, die ich im Lesen gleichsam zu mir selbst spreche, entliehen von dem, der sie niedergeschrieben hat. Die Präsenz dieses Schreibers hinter den Buchstaben, der mit seinem geschriebenen Wort Interesse weckt, anrührt, betroffen macht, bewirkt eine Nähe, die keine Angst macht. Es ist eine Distanz da. Es ist die Möglichkeit der unberechenbaren Reaktion ausgeschlossen. Der Text kann jederzeit aus der Hand gelegt werden, und er kann jederzeit wieder aufgenommen werden. Es ist keine Gefahr gegeben, daß er sich entzieht. Der Text steht in der Verfügbarkeit.

Das Gedicht als geschriebenes Wort wird zum *intermediären Objekt* zwischen dem alten Menschen und der Welt der Sprechenden, ein Objekt, das er beherrscht und dem er nicht ausgeliefert ist, das Partizipation ohne Bedrohung möglich macht. Wo immer ein solcher Text angeboten wird, dem Leser übergeben wird, steht der, der den Text aushändigt, auf der Seite des Autors, hinter den Schriftzeichen. Er wird möglicher Dialogpartner für ein Zwiesgespräch, wie es ein Leser mit dem Autor führt. Darin besteht die Brückenfunktion des Intermediärobjektes (Rojas-Bermúdez 1979; 1982): Neben seiner Möglichkeit,

Ängste zu reduzieren, Verfügbarkeit zu gewährleisten, as-soziiert es Menschen, zwischen denen Gemeinsamkeit nicht mehr möglich war.

2. Zur Methodik

Poesietherapeutische Arbeit aus dem Praxisfeld, insbesondere aus dem Umgang mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden, „wissenschaftlich“ darzustellen, widerstrebt mir oder bringt mich zumindest in einen Zwiespalt. Die Arbeit mit diesen Menschen macht betroffen. Sie kann eigentlich nur aus der eigenen Betroffenheit legitimerweise getan werden. Der wissenschaftliche Zugriff objektiviert den Menschen und das Gedicht. Beide jedoch überschreiten die Dimensionen der analysierenden Zergliederung. Die Texte sprechen für sich selbst: persönlicher Ausdruck tiefer Empfindungen, Einsichten, Sinnverdichtung von Erfahrung, Lebensereignissen, Schicksalen. Das Gedicht ist sehr oft eine Deutung, und zwar eine, die keine rationalisierende Einsicht vermittelt, sondern zu einer ganzheitlichen Schau, zu einem tiefen Verstehen führt. Derartige Gedichte bedürfen in der Regel einer analytischen Interpretation nicht. Eine solche wird allenfalls nur Partikularaspekte herausheben, diese deutlicher machen. An den Reichtum des Gedichtes, an seinen Charakter als Interpretationsmodus komplexer Lebensmöglichkeiten, reicht sie nicht heran. Ich verzichte in dieser Arbeit weitgehend auf den interpretativen Zugang. Dem in der Psychoanalyse Freuds oder in der Tiefenpsychologie Jungs geschulerten Leser werden die Gedichte und Texte reiches Material für theoretisch-spekulative Überlegungen bieten, und auch für eine narzißmustheoretische Explikation (*Kohut*) des letzten Lebensabschnittes ergeben sich vielfältige Anregungen. Auch diese Perspektiven führe ich in der vorliegenden Arbeit nicht aus; sie bleiben späteren Auswertungen meines umfangreichen Materials vorbehalten (*Petzold* 1985).

Für die praktische Handhabung poesietherapeutischer Prozesse, für den Umgang mit der unmittelbaren Betroffenheit, für das „Verstehen“, was das Gedicht aussagt, was der Klient meint, bietet sich neben der tiefenpsychologischen Sichtweise der phänomenologische bzw. hermeneutische Ansatz an, wie ihn z. B. die Gestalttherapie (*Perls* 1980) vertritt. Sie ist mit ihren erlebnisaktivierenden Methoden für den Umgang mit Texten besonders geeignet. Biblio- und Poesietherapie in der Arbeit mit alten Menschen wird in ihrer Ausrichtung und in ihrem methodischen Ansatz stark bestimmt von unterschiedlichen Kontexten und Zielgruppen und natürlich auch von den Intentionen des Therapeuten. Sie wird bestimmt von den Themen, die aufgegriffen werden

sollen, und von den Widerständen gegen diese Themen. Die Arbeit auf der geriatrischen Station, im Altenheim oder in Einrichtungen der Erwachsenenbildung gewinnt eine jeweils eigene Charakteristik. Die Arbeit im klinischen Setting ist von der Zielsetzung her stärker darauf gerichtet, Konflikte und Probleme aufdeckend oder stützend anzugehen. Im Bereich der Geragogik sind erlebniszentrierte Methoden vorherrschend. Darüber hinaus ist man auf den Umgang mit alterstypischen Konfliktkonstellationen gerichtet, die im Bereich der für jeden Alternden auftauchenden Lebensproblematik anzusiedeln sind (Umgang mit Kräfteabbau, Verlust von Freunden, Wohnsituation usw.). Schließlich ist ein weiterer Akzent in der Persönlichkeitsentwicklung zu sehen, in der Auseinandersetzung mit dem bisher gelebten Leben und dem Gewinn neuer Einsichten und Erkenntnisse. Die beiden letztgenannten Schwerpunkte, Lebenshilfe und Persönlichkeitsentwicklung, sind für die Arbeit im Rahmen der Erwachsenen- und Altenbildung bestimmend. Oftmals gehen auch klinische und persönlichkeitsbildende Arbeit ineinander, so daß eine Trennung weder nötig noch sinnvoll ist (Bubolz 1983).

Im vorliegenden Beitrag sollen Beispiele aus den genannten Arbeitsbereichen mit ihren unterschiedlichen Akzenten vorgestellt werden. Dabei werden poesie- und bibliothераpeutisches Arbeiten verbunden. Eine methodische Abgrenzung im Sinne einer Trennung der Ansätze erweist sich als nicht sinnvoll, da die Poesietherapie (Leedy 1973; Lerner 1978) sowohl in rezeptiver Hinsicht eingesetzt wird — Gedichte werden vorgelesen — als auch in produktiver Hinsicht — Gedichte werden selbst geschrieben (vgl. dieses Buch S. 37). Bibliothераpie wird andererseits nicht nur als das gezielte Anbieten angemessener Lektüre verstanden, sondern auch als das Vorlesen von Texten, wobei jeweils die Resonanz auf das Gelesene bzw. Vorgelesene im Gespräch aufgearbeitet wird, ein rezeptiv-produktiver Ansatz also (vgl. Rubin 1978a, b). Trotz methodischer Besonderheiten der einen oder anderen Ausrichtung müssen die verschiedenen Techniken im Zusammenhang gesehen werden: „Bibliotherapy is a family of techniques for structuring an interaction between a *facilitator* and a *participant*, an interaction, which is in some way based on their mutual sharing of *literature* in the broadest sense possible“ (Berry 1978, 186). Unser Konzept einer *integrativen Poesie- und Bibliothераpie* (Petzold, Orth 1979) greift noch weiter, wenn wir der Definition von Berry hinzufügen: „mit der Zielsetzung einer Behandlung von Defiziten und Störungen, der Hilfestellung in der Bewältigung von Lebenssituationen, des Verbesserns von Lebensqualität und der Entwicklung der Persönlichkeit“. Aus-

gangspunkt für die poesie- und bibliothераpeutische Arbeit mit alten Menschen wird damit seine Lebenssituation und ihre Einbettung in den gesamtgesellschaftlichen Kontext. Aus dem aktuellen Lebenskontext mit seinen Ressourcen und Defiziten, mit seinen förderlichen und abträglichen Außeneinflüssen einerseits, und aus einer anthropologischen, psychologischen und soziologischen Theorieposition im Hinblick auf das Alter andererseits (vgl. Rosenmayr 1981, Petzold, Bubolz 1976; Marcel, Petzold 1976; Petzold 1985) lassen sich die Zielsetzung poesie- und bibliothераpeutischer Arbeit klientenzentriert und situationsspezifisch, also *differentiell* bestimmen (Lehr 1979a).

3. Arbeit in der Gerontopsychiatrie

Über poesie- und bibliothераpeutische Arbeit im gerontopsychiatrischen Bereich liegen kaum Berichte vor (Sweeny 1978), obgleich besonders in den USA durchaus in diesem Feld mit derartigen Methoden gearbeitet wird. Eine interventionsorientierte Gerontopsychiatrie steht ohnehin noch in den Anfängen (Lehr 1979b; Österreich 1975; Bellak, Karasu 1976), und der Entwicklungsstand von Einzelverfahren spiegelt sicher die Gesamtsituation wider. Ausgangspunkt für unsere Arbeit mit gerontopsychiatrischen Patienten, insbesondere den langfristig hospitalisierten, wurde immer wieder das Phänomen des *Verstummens*, der Verlust des Dialogs, die Reduktion des Gesprächs und des Sprechens (Zimmermann 1982).

Ich war zwanzig Jahre hier,
in der Anstalt war ich zwanzig Jahre.
Ich bin hier zu Hause.
In der Anstalt.
Habe keine Verwandten mehr,
die haben mich vergessen.
Schwestern sind weggegangen,
Ärzte sind weggegangen,
andere sind weg,
die Anstalt ist bei mir geblieben.
(Johann, 68 Jahre)

Das Gedicht dieses chronisch schizophrener Patienten, der seit vielen Jahren nicht mehr gesprochen hatte, wurde nach zwei Gruppensitzungen, in denen zunächst rezeptiv-poesietherapeutisch gearbeitet wurde, niedergeschrieben. Es wurde *nicht* verlesen. Wir haben es zusammen mit ihm auf eine Tapetenrolle geschrieben, in dicken Filzstift-Buchstaben, und dann aufgehängt.

Die Gruppe mit acht Alterspatienten eines psychiatrischen Krankenhauses — sie waren zwischen acht und siebenundzwanzig Jahren

hospitalisiert — hatte als Lesegruppe begonnen. Es wurden ausgewählte, einfache Gedichte, Texte verlesen, über die es zwischen den Teilnehmern zu ganz spärlichen, kleineren Äußerungen kam. „Das ist ein schönes Gedicht.“ — „Mit so einem Gedicht kann ich nichts anfangen.“ — „Der hat die Landschaft so schön geschildert, so als wenn man sie richtig sehen kann.“

Etwas ergiebiger wurden die Gespräche über Fragen aus dem Klinikalltag. Die Texte der ersten Sitzung, sie dauerte dreißig Minuten, waren vorwiegend Schilderungen, weil die Therapeuten der Auffassung waren, daß diese Thematik am leichtesten aufgenommen werden könnte. Sie hatte bei einigen Teilnehmern in der Tat gute Resonanz, bei anderen aber wurde sie abgelehnt. Die Schönheit der Natur war offenbar für einige Teilnehmer eine Konfrontation mit der Öde des Klinikalltags, die abgewehrt werden mußte. In der zweiten Sitzung begannen zwei Teilnehmer, unmittelbar nachdem sich die Gruppe getroffen hatte, wieder die Situation in der Klinik anzusprechen. Wir hatten einige Texte über Wohnhäuser, Krankenhäuser, Gebäude zusammengestellt, die wir zwischenzeitlich vorlasen. Das Gespräch zentrierte in der Frage: Ist die Klinik eigentlich ein Haus, in dem man leben kann? Die Meinungen gingen sehr weit auseinander. Von einem Teil der Gruppe wurde die Klinik als „die Heimat“ angesehen, der größere Teil sah sie als „schlimme Lebenssituation“. Wir forderten die Patienten auf, zur nächsten Sitzung etwas über die Klinik als Wohnort zu schreiben. Vier Patienten brachten tatsächlich Texte mit. Hannes (72 Jahre) liest vor, was er geschrieben hat:

„Die Klinik ist eine schlimme Lebenssituation, wenn man in ihr leben muß. Es ist so vieles unwürdig und schlimm, und alles ist so freudlos. Nichts gehört mir. Selbst das Bett gehört mir nicht. Die Klinik ist einfach kein Haus und keine Wohnung. Sie ist ein Lagerhaus, wo man uns lagert, bis ...“

Auch die anderen beiden Gedichte von Peter (75 Jahre) und Klaus (69 Jahre) stellen das Bedrückende der Klinik heraus. Nur das eingangs mitgeteilte Gedicht kennzeichnet die Anstalt als das einzig Stabile, etwas, das einen Hauch von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln kann. Die „Veröffentlichung“ des Gedichtes von Johann, der nicht mehr gesprochen hatte, beeindruckt die Gruppe, verändert das Klima der Resignation und läßt Überlegungen aufkommen, wie die Station, wie die Zimmer wohnlicher gemacht werden könnten. Die Unterstützung durch die Therapeuten wird hier wichtig. Initiativen können nur greifen, wenn substantielle Hilfe von außen kommt. Wir sammeln Ideen dazu. Jeder kann seine Idee mitteilen, die mit Filzstift auf einem großen Bogen aufgeschrieben wird. Es entsteht der folgende Gruppentext:

Einen gemütlichen Sessel, viele Blumen,
eine schöne Decke, schöne Bilder,
ein Aquarium, noch ein Radio,
blaue Vorhänge, rote Vorhänge,
eine schöne Blumenvase.
Schöne Steine und Gläser, viele Farben.
Das wollen wir haben,
das wollen wir sammeln,
das wollen wir kaufen,
wir machen eine bunte Station.

Die Initiative wird schon in der nächsten Gruppensitzung aufgenommen, indem von den Therapeuten Materialien für Collagen mitgebracht werden. Aus Illustrierten und Bildheften, Blumen- und Reisekatalogen werden großflächige Wandbilder hergestellt. Auch in diesen Materialien konkretisieren sich die Wünsche und Sehnsüchte der Gruppenteilnehmer. Die Arbeit mit Collagen hat ein sehr hohes aktivierendes Potential (Petzold 1977a). Eine Aufarbeitung im Gruppengespräch kann mittels gestalttherapeutischer Techniken erfolgen. Da aber in der beschriebenen Gruppe ein Teil der Mitglieder sehr große Schwierigkeiten hatte, sich mitzuteilen, wurde wiederum ein poesitherapeutischer Ansatz gewählt. Zu den Collagen konnten Texte gemacht werden, die, auf Wandzeitungen gemalt und mit Wachsmalfarben schön gestaltet, eine andere Möglichkeit des Ausdrucks boten.

Fritz (70 Jahre) hat ein großes Wandbild geklebt, das nur aus Blumen besteht, die er in verschiedenen Zeitungen und Katalogen ausgeschnitten hatte. Er schrieb dazu folgendes Gedicht:

Wald liebe ich sehr,
die großen Bäume schauen
auf mich herab.
Ein Haus aus Bäumen,
ein Lager aus Blättern,
sanftes Rauschen am Abend,
bringt mir mein Bild
ins Zimmer.
(Fritz, 70 Jahre)

Wir sehen uns Bild und Gedicht an. Auf die Frage „Wie lange waren Sie denn nicht in einem Wald?“ laufen Fritz die Tränen über die Wangen. „Zu lange“, schluchzt er, „zu lange ist das weg.“ Die Gruppe ist betroffen; man überlegt, ob es eine Möglichkeit gibt, zu einem Waldspaziergang zu fahren. Auch hier kann mit Hilfe der Therapeuten ein Sonntagnachmittag-Ausflug nur für die Gruppe organisiert werden.

So viel Grün ist schon viele Jahre
nicht mehr gewesen,
alle meine Gedanken sind voller Blätter,
als ob ich neue Wurzeln hätte,
als ob ich noch einmal leben könnte,
so war mein Sonntagsspaziergang.
(Fritz, 70 Jahre)

Die pösietherapeutische Arbeit in der geriatrischen Station muß immer wieder aktivierende Elemente einbeziehen, andere Medien verwenden sowie therapeutische und geragogische Initiativen ergreifen, um die oftmals nur schwachen Impulse der Teilnehmer aufzugreifen, um ihnen eine Hilfe bei der Realisierung zu geben. Milieutherapeutische Maßnahmen und Einbeziehung des Stationspersonals werden unumgänglich, wenn ein breiterer Einfluß gewährleistet werden soll. Es ist daher auch notwendig, die aktivierenden Maßnahmen nicht nur auf die Therapiesitzung zu beschränken, sondern in den Stationsalltag hereinzutragen. Die poesie- und bibliothherapeutische Methode bietet hierzu gute Möglichkeiten. So wurden die Patienten von uns ermutigt, auch unter der Woche zwischen den Gruppenstunden Gedanken und Gefühle aufzuschreiben. Mit spezifisch ausgewählten Texten wurde versucht, die Teilnehmer zum Lesen zu motivieren. Es trat dabei die Schwierigkeit auf, daß die Mehrzahl der Gruppenmitglieder des Lesens entwöhnt waren. So versuchten wir, den Zugang zunächst über das Vorlesen zu gewinnen. In den Stunden wurde ein etwa 10minütiger Text vom Therapeuten vorgetragen und anschließend besprochen. In der Folge übernahmen Gruppenteilnehmer die Rolle des Vorlesers. Sie wurden dazu angehalten, auch außerhalb der Gruppenstunden einander vorzulesen. Es konnte damit die Kommunikation auf der Station wesentlich verbessert werden. Das Niederschreiben von Texten stieß bei drei Teilnehmern auf keine Resonanz, sie brachten nie Texte mit. Es handelte sich um die schwierigsten und zurückgezogensten Patienten der Gruppe. Nach zwei Monaten jedoch brachte einer von ihnen, Werner (67 Jahre), der mit einer chronifizierten Schizophrenie bei deutlicher Defektbildung seit zwölf Jahren hospitalisiert war, ein erstes Gedicht auf einer Wandzeitung.

Habe keinen mehr
wenn Du nach geist
trifft Dich der am Abent
er hat keinen im
Wirklich nicht.
Habe selbst gesehen.
(Werner, 67 Jahre)

Diesem Text folgte eine recht produktive Phase, in der Werner immer wieder Gedichte und Prosastücke brachte, in denen die charakteristischen Lücken auftauchten. Wir fragten, ob wir die leeren Räume und Lücken mit der Gruppe ergänzen dürften, und erhielten eine panische Reaktion und völligen Rückzug über einige Wochen. Dann hat Werner selbst in seiner ersten Wandzeitung eine Zeile vervollständigt: „Er hat keinen *Mund* im *Gesicht*“. Er begann, in der Gruppe wieder aktiver teilzunehmen, und übernahm kurze Zeit später zum ersten Mal die Rolle des Vorlesers. — Hat er seinen Mund wiedergefunden?

Die Texte auf den Wandzeitungen oder in Tagebüchern als intermediale Objekte der Kommunikation, das Vorlesen, Lesen, Schreiben, hat in vielfältiger Hinsicht das Leben der Patienten bereichert und über die Gruppe hinaus das Klima auf der Station positiv beeinflusst, so daß über das Schreiben von Briefen oft Patienten einbezogen werden konnten, die nicht an der Gruppe teilnahmen und nach unserer Einschätzung auch nicht teilnehmen konnten. In einer Zwischenbilanz nach zwölf Monaten erhielten wir auf die Frage, was an der Poesietherapie am besten gefalle, folgende Antworten: „Man kann wieder reden zusammen! — Man kann etwas Schönes machen. — Ich habe mehr Freude am Leben. — Man wird wieder lebendiger. — Ich mache das gerne, die Gruppe und das Schreiben“, usw. Für einige Patienten ergab sich auch ein neuer oder intensivierter Kontakt zur Außenwelt, indem sie, ermutigt durch die Therapeuten, anfangen, Briefe und Gedichte an Kinder und Verwandte zu schreiben. Ein Patient machte in einer Äußerung deutlich, wie wesentlich diese neue Möglichkeit für ihn ist: „Jetzt kann ich meinen Kindern auch mal was Schönes von mir schenken. So ein Gedicht oder auch mal was Gemaltes. Geld hat man ja nicht. Mir war schon immer schlimm, nie was zu haben, womit ich den Kindern eine Freude machen konnte. Ich bin sehr dankbar, daß wir das mit den Gedichten gelernt haben hier.“

4. Poesie- und Bibliothherapie mit Hochbetagten

Die Arbeit mit gerontopsychiatrischen Patienten weist zahlreiche Gemeinsamkeiten zur Arbeit mit Siechen und hochbetagten Menschen auf. Methoden und Strategien sind in vieler Hinsicht austauschbar. Es wird vom Konzept und vom praktischen Procedere her ein spezifischer Zugang erforderlich. Dieser ist im wesentlichen vom Fassungsvermögen und der Ansprechbarkeit der Patienten bzw. Klienten bestimmt (Moody 1964). In der Regel beginnt man mit einem rezeptiven Ansatz: ausgewählte Texte werden vorgelesen. Sie sollen dem Patienten

Ermunterung, Trost, Anregung geben und ihm die Partizipation ermöglichen, um so die Effekte „intellektueller Deprivation“ anzugehen, z. B. Niedergeschlagenheit, Depression, Angstzustände. Der Kontakt mit dem Vorlesen, mit dem Text und den in diesem dargestellten Ereignissen bietet eine Stimulation, die als solche schon heilsam ist. Neben dem kommunikativen Faktor hat die Arbeit die Zielsetzung der Beschäftigung und Entspannung, der Informationsvermittlung, der intellektuellen Stimulierung und der Vermittlung von Einsichten (Moody 1964). Das Aufgreifen der Textinhalte im Gespräch führt über den rein rezeptiven Ansatz zu einem rezeptiv-produktiven Vorgehen: auf das Vorlesen erfolgt das erlebnisaktivierende Gespräch. Das Vorlesen ist selbst bei schwer Infirmen, z. B. Apoplex-Patienten, mit denen sprachliche Kommunikation nicht mehr möglich ist und eine Verständigung nur über Augen- und Kopfzeichen erfolgt, einsetzbar. Textauswahl und Gesprächsführung bekommen dabei eminente Bedeutung. Die Textauswahl hat sich an den Bedürfnissen und Interessenbereichen des Patienten auszurichten. Diese aber sind nicht immer leicht herauszufinden. Landschaftsbeschreibungen, die in dichter Weise Stimmungen evozieren, ohne dabei eine zu komplizierte Sprache zu verwenden, bieten sich häufig als Einstiegstexte an, über die man mit dem Patienten ins Gespräch kommen kann. Zuweilen sind es auch Texte, die den Patienten bekannt sind, etwa Liedtexte, wie das folgende Beispiel (aus Bubolz 1979, 372) deutlich macht:

»Therapie mit einer 87jährigen, fast blinden Frau.

Therapeutin: Ich habe Ihnen heute einen Liedtext mitgebracht, der mir vor einigen Tagen in die Hände gefallen ist. Soll ich es Ihnen vorlesen? Sie kennen es vielleicht. Es ist ein Abendlied.

Klientin: Ja gerne. Ich höre Sie so gerne lesen!

Therapeutin: Abend wird es wieder.

Über Wald und Feld
säuselt Frieden nieder,
und es schläft die Welt.
Nur der Bach ergießet
sich am Felsen dort ...

(Es wird das ganze Lied langsam und klar vorgelesen.)

Klientin: Das war ein schönes Lied. Ja, ich kenne es (singt die erste Strophe).

Therapeutin: Ich finde, der Text fängt den Abendfrieden gut ein.

Klientin: Ja, das stimmt. Ich entsinne mich da an viele friedliche Abende. Ich habe viele Jahre auf dem Land gewohnt, müssen Sie wissen. Wenn dann abends der Nebel aus den Wiesen stieg, das war schon schön.

Therapeutin: Ja, stellen Sie sich das ruhig vor, wie das war.

Klientin: Sehen kann ich das ja alles nicht mehr, aber ich kann's mir jetzt gut vorstellen. Da zieht einem der Friede richtig ins Herz. Glauben Sie mir, der Friede ist schwer zu halten. Sehr schwer! Ich habe eben zu viel Schmerzen, und daß ich nicht sehen kann.

Therapeutin: Ich weiß. Aber Sie können doch mit dem inneren Auge sehen.

Klientin: Ihre Gedichte helfen mir sehr dabei. Manchmal sage ich mir auch welche vor mich hin. Ich kann nur zu wenig. Lesen Sie's mir bitte nochmal.

Therapeutin: Gerne.« (Bubolz 1979, 372).

Das Beispiel macht sehr eindrücklich deutlich, wie in der Kombination von Vorlesen und erlebnisaktivierendem Gespräch eine dichte Kommunikation zustande kommen kann und wie für den Klienten selbst das Rezitieren von Gedichten und Liedern die Gemütslage beeinflusst.

Oft müssen Texte mehrfach vorgelesen werden. Besonders solche, die gut gefallen haben, können immer wieder einmal gebracht werden. Die Freude des hochbetagten Patienten, einen Text wiederzuerkennen, steht hier der Befürchtung entgegen, daß ein Monotonieeffekt auftreten könnte. Klare Diktion, eine einfache Syntax und eine unmittelbare Ansprache sind vonnöten. Dabei ist darauf zu achten, daß sich nicht unter der Hand ein infantilisierender Kommunikationsstil ausbildet, der durch das Verhalten mancher Patienten nahegelegt wird. Dies gilt auch für die Kommunikation in und mit Gruppen, die, wo immer möglich, in der Arbeit mit Hochbetagten, sowohl in der Heimsituation als auch im geriatrischen bzw. geronto-psychiatrischen Setting, angestrebt werden sollte, um kommunikative Netze aufzubauen, und zwar besonders auch für Patienten, bei denen die kommunikativen Fähigkeiten durch Senilität, hirnorganische Veränderungen und Hospitalisierung weitgehend abgebaut sind. „Diese Gruppe alter Menschen ist vielleicht die am meisten vernachlässigte und am wenigsten versorgte Population“, die man in Landeskrankenhäusern und Heimen findet (Sweeny 1978, 197). „Bibliotherapy can be used with one of the most difficult patient populations to be found in hospitals: The elderly, and even those who have experienced some organic impairment“ (ibid.). Isolation, Verzweiflung und Gefühle der Hilflosigkeit, zuweilen Ärger, der keinen adäquaten Ausdruck finden kann, sind für diese Population kennzeichnend. Depressionen, Angstzustände und Apathie finden sich als Konsequenz eines Zustandes, der als „demoralization“ bezeichnet wurde (ibid. 181). Zielsetzung ist deshalb: „the restauration of moral“.

Die poesie- und bibliotherapeutische Arbeit mit Hochbetagten zentriert auf dieses Ziel. Das erfordert Aktivierung, Angebote, Modelle. „Eine Gruppe für Hochbetagte, besonders für die, die hirnorganische Veränderungen erlitten haben, erfordert, daß die Leiter äußerst aktiv sind“ (ibid. 183), daß man intensiv strukturiert, Kommunikation fördert, Perseverieren unterbricht, den Patienten zeigt, wie man einander zuhört, wie man auf das Gedicht eingeht, oder gar, wie man miteinander

der spricht — Kompetenzen, die oftmals weitgehend verlorengegangen sind. Neben massiven Einschränkungen des Hör- und Sehvermögens ist eines der schwerwiegendsten Hindernisse die fehlende Kapazität des Kurzzeitgedächtnisses. Oft gelingt es Patienten nicht, obwohl sie sich über Monate treffen, Namen zu behalten, auch die Namen der Therapeuten. Hier wird wichtig, daß die Signale für das Erkennen nicht an Namen festgemacht werden, sondern daß man „andere Kanäle“ der Identifikation aktiviert: optische und kinästhetische Eindrücke, wie z. B. spezifische Begrüßungsrituale, die man entwickeln kann. In kleinen Gruppen von 4-6 Teilnehmern werden derartige Identifikationsraster praktikabel. Patienten, die beim Vorlesen eines kurzen Textes gegen Schluß schon den Anfang vergessen haben, die selbst nach einjähriger Teilnahme keine Namen behalten können, entwickeln auf diese Weise Möglichkeiten des Wiedererkennens und ein Gefühl, daß das „ihre Gruppe“ ist.

Die Kommunikation ist von Herzlichkeit und Lebendigkeit geprägt. Die Gruppensitzungen finden in einem Aufenthaltsraum statt. Die noch etwas rüstigeren Teilnehmer holen die Schwerbehinderten und Eingeschränkten ab. Zuweilen ist dies ein etwas schwieriges Unterfangen, weil zwei Gruppenmitglieder regelmäßig einen gewissen Widerstand zeigen. Sie wollen ihr Zimmer nicht verlassen und wissen nicht, wohin sie sollen. Im Gruppenraum, wenn die ganze Gruppe versammelt ist, stellt sich dann das Erkennen ein.

Der rezeptiv-produktive Ansatz der Poesietherapie scheint mir neben den anderen Formen kreativer Therapie (Musiktherapie, *Frohne* 1979; zuweilen Puppenspiel, *Petzold* 1982b, oder einfachste Bewegungsarbeit, *Petzold, Berger* 1979) die einzige Form des Zugangs zu der Population der Hochbetagten. Die multidimensionale Arbeit ist denn auch kennzeichnend für den Verlauf der Gruppenstunden.

Beispiel

Wir gestalten eine Gruppensitzung über das Thema „Der Baum“. Die Gruppe beginnt, indem die Therapeutin folgenden Text vorliest, der in einer anderen poesietherapeutischen Gruppensitzung zum gleichen Thema an einer Volkshochschule von einer 65jährigen Teilnehmerin geschrieben wurde.

Der Baum

Es ragt die mächtige Krone des Baumes, ein grünes Gewölbe, gegen den Himmel. Die Blätter, die Zweige, die Äste bauen einen Dom des Friedens. Er hat mich umfangen in meinen Kindertagen, mir Ruhe gegeben in den Wirren des Lebens. Er umfängt mich jetzt im Alter unverändert mächtig. Baum, du erfüllst mich mit Andacht. Meine Sehnsucht ist, unter dir, Baum, meine letzte Ruhe zu finden.

Der Text wird zweimal laut und deutlich vorgelesen. Im Nachgespräch zeigt sich, daß er für einige Teilnehmer zu schwierig ist. Wir lesen einzelne Zeilen und Bilder noch einmal und zeigen dazu große Poster von Bäumen. Wir haben einige Zweige mitgebracht, eine Baumscheibe mit Rinde, die frisch geschnitten ist und noch herrlich nach Holz und Harz duftet. Die Objekte werden herumgereicht, man riecht sie, man ertastet sie, wiegt sie in der Hand, legt das Gesicht in die Blätter der Zweige.

T.: „Stellen Sie sich vor, Sie stehen unter einem großen Baum, einer großen Eiche, einer großen Linde oder einem Kastanienbaum, einem Baum, der sein grünes Blätterdach über Ihnen ausbreitet, das sanft rauscht und Ihnen Schatten gibt. Stellen Sie sich das ganz intensiv vor. Jeder Teilnehmer sagt jetzt einmal laut: ‚Ich sitze unter einem Baum!‘ Wir sprechen in der Gruppe über diese Erfahrung: „Mein Baum war ein Kastanienbaum mit roten und mit weißen Kerzen.“ — „Die haben nur weiße *oder* rote Kerzen.“ — „Ist doch egal, ich hatte einen Lindenbaum.“ — „Und ich eine Weide, einen ganz großen Weidenbaum, Trauerweide. Ich saß unter einem ganz großen Weidenbaum, eine Trauerweide.“ — Die Patientin beginnt ein wenig zu perseverieren und wird freundlich unterbrochen. T.: „Das waren ja ganz verschiedene Bäume. Jeder hat sich wohl den Baum gesucht, den er am liebsten hat. Frau H., können Sie etwas mehr über Ihre Kastanie sagen?“ — „Ich habe Kastanienbäume sehr gern. Schon in der Schule, auf unserem Schulhof. Besonders, wenn sie blühen.“ — Es folgt eine Schilderung des Schulhofes und der Schulzeit. Die Teilnehmer der Gruppe werden aufgefordert, die Form ihres Baumes mit den Händen zu zeichnen und dabei zu sagen: „Ich bin eine Kastanie, ich bin eine Weide, ich bin eine Eiche usw.“ Die Stunde wird mit dem Vorschlag beschlossen, daß jeder, der möchte, etwas über seinen Baum schreibt und es in der nächsten Stunde mitbringt. Die Altenpflegerin, die als Co-Therapeutin an der Gruppe teilnimmt, wird die einzelnen Mitglieder an diese Aufgabe erinnern. Zur nächsten Sitzung haben wir zwei Texte, die selbst geschrieben wurden, ein dritter, der mit Hilfe unserer Kollegin zustande kam.

Kastanien

Die Kastanienbäume stehen vor unserer Schule,

Kinder werden sie nie vergessen.

Die weißen und roten Kerzen

bleiben im Gedächtnis und im Herzen.

Grüne stachelige Kugeln bringen die schönsten Kindergeschenke,
glänzende, braune Kastanien.

Man kann die schönsten Sachen
zum Spielen daraus machen.
(Hedwig, 91 Jahre).

Eiche¹
Die deutsche Eiche ist ein herrlicher Baum.
Mein Lieblingsbaum.
Sie ist stark wie das deutsche Volk.
Wenn ich an sie denke, bin ich stolz,
fühle ich noch Kraft in den alten Knochen.
Man soll die Bäume lieben und schützen.
(Hartmut, 88 Jahre).

Wir lesen in dieser Sitzung Waldgedichte vor und spielen Tonbandaufnahmen von Waldliedern aus „der guten alten Zeit“. Manche Lieder werden von einigen Teilnehmern oder der ganzen Gruppe mitgesungen oder mitgesummt. Wir sprechen über Walderlebnisse, Reisen und Ausflüge. Besonderen Anklang findet:

Wo lind des Waldes Lüfte wehn,
in hundertjährigen Bäumen,
da muß auch eine Schänke stehen,
zum Zechen und zum Träumen ...*

Die Kombination von Text, Musik, Medien hatte für die Gruppe einen ausgesprochen auflockernden Effekt. Die Teilnehmer vermochten zunehmend miteinander zu sprechen. Personenbezogene Herzlichkeit entwickelte sich. Die „*restauration of moral*“ (Sweeny 1978) zeigt sich in einer positiveren Einstellung zum Lebensalltag, einer größeren „Wachheit“ und einer besseren Kooperation und Kommunikation mit dem Personal.

5. Biblio- und poesietherapeutische Arbeit in der Heim-situation

Im Unterschied zu gerontopsychiatrischen bzw. geriatrischen Stationen und Pflegeheimen für Sieche und Hochbetagte haben wir es in Altersheimen und Altenwohnheimen in der Regel nicht mit *Patienten* zu tun. Einschränkungen und Altersgebrechen rechtfertigen nicht die Zuweisung eines festschreibenden Patientenstatus. Lebensspezifische Einschränkungen müßten entsprechend aufgenommen und integriert werden, und erst beim Mißlingen der notwendigen Integrationsleistung kann es zur Ausbildung eines Patientenstatus kommen. Je größer

*) „In der Waldschänke“. Text: Hugo Kegel, Musik: Rudolf Simon, Intercord/Platten-Nr. 155031.

die Ressourcen sind, die ein alter Mensch zur Verfügung hat (Schneider 1979), je besser seine Supportsysteme funktionieren, desto größer sind seine Chancen, lebensalterspezifische Probleme zu bewältigen. Poesie- und bibliothераapeutische Arbeit vermag sowohl im Hinblick auf erforderliche Adaptionsleistungen (*coping*) als auch im Hinblick auf die Entwicklung alternativer, neuer Möglichkeiten vielfältige Hilfen anzubieten. Der alte Mensch in der Heimsituation, der sich in eine neue Umgebung eingewöhnen muß, von Verlusten vorgängiger Lebensräume betroffen ist, also Diskontinuität in seinem sozialen und ökologischen Feld auffangen und neue Lebensformen entwickeln muß, kann durch poesie- und bibliothераapeutische Arbeit Entlastung und Hilfe erhalten. Außerdem können die generellen Altersthemen: Kräfteabbau, Verlust wichtiger Bezugspersonen, Altersgebrechen und Infirmität, das Heranrücken des eigenen Todes über die Medien Text und Gedicht in konstruktiver Weise angegangen werden.

In der Heimsituation ist die rezeptive bibliothераapeutische Arbeit (vgl. Rubin 1978) ein Desiderat im Gesamt geragogischer und psychosozialer Interventionen. Es sollte durch die Heimbibliothek oder durch Außendienste örtlicher Bibliotheken gewährleistet sein, daß ausreichend Literatur für die alten Menschen zur Verfügung steht, die den Bedürfnissen nach Entspannung und Freizeitbeschäftigung gerecht wird, nach Information zu Fragen des Alters bis hin zur Lektüre über spezifische Fragestellungen und Probleme (Diät, Hygiene, Umgang mit Erkrankungen und Leiden), und die damit für die Bewältigung emotionaler Probleme Hilfen bietet, z. B. für Kommunikationsschwierigkeiten, Familienprobleme, Verlust, Trauer usw. Das Angebot an Büchern, Zeitschriften und Broschüren muß spezifiziert sein im Hinblick auf Komplexität, Differenziertheit und Umfang der Darstellung, abhängig von der jeweiligen Ziel-Gruppe. Wesentlich ist das Vorhandensein altersgerechter Bücher, was die Typographie (Schriftgröße!) anbelangt.

Die bibliothераapeutische Arbeit beginnt demnach bei der Auswahl des Schrifttums für eine entsprechende, zielgruppen-orientierte Heimbibliothek bzw. Abteilung einer öffentlichen Bücherei. Das aber bedeutet, daß der Zusammensteller über die Erfordernisse der Zielpopulation informiert ist, also über gerontologische Kenntnisse einerseits, Erfahrungen mit alten Menschen andererseits, und daß er schließlich eine Übersicht über das entsprechende Bücherangebot hat. Dies kann gewährleistet werden durch Fachbibliotherapeuten, die sich auf der Grundlage einer Bibliothekarsausbildung therapeutisch und gerontologisch orientiert haben oder die sich andererseits auf der

Grundlage eines psychosozialen Berufes mit gerontotherapeutischer Spezialisierung im Bereich des Bücherangebotes informiert haben; oder es kann geschehen durch die Zusammenarbeit von Bibliothekaren und Gerontotherapeuten.

Der rein bibliothераapeutische Ansatz ist darauf gerichtet, im Gespräch mit dem alten Menschen einen Eindruck von seinen Wünschen, Bedürfnissen, Schwierigkeiten und Problemen zu gewinnen, um ihm bei der Auswahl förderlicher Lektüre angemessen beraten zu können. Es kommt zu einer Beratungssituation, die, wenn sie optimal verlaufen soll, nicht mehr mit der üblichen bibliothekarischen Beratung des Lesers bewältigt werden kann (Teirich 1962). Sie erfordert eine spezifische Diagnostik und besondere Beratungsskills. Hier liegt eine der wesentlichen Aufgaben des Bibliothераuten. Er muß mit dem Klienten eine kommunikative Situation herstellen können, in der er einen Eindruck von der Lebenswirklichkeit und der Persönlichkeit seines Gegenübers gewinnt. Er muß seine unausgesprochenen Wünsche oder Nöte erfassen und ins Gespräch bringen können. Ihm muß es möglich sein, zu erfassen und zu entscheiden, welche Lektüre für den Klienten verstehbar ist (z. B. im Hinblick auf emotionale Probleme), welche ihn belastet oder gar gefährdet (im Hinblick auf aktuelle Belastungssituationen im Lebenskontext oder aufgrund psychopathologischer Veränderungen). Er muß schließlich entscheiden, ob es sinnvoll ist, die bibliothераapeutische Intervention auf die Beratung bei der Textauswahl zu begrenzen, oder ob es angezeigt ist, mit dem Klienten das empfohlene Buch nachzubespochen, ihn zu einer Bibliothераpiegruppe mit geragogischer, auf die Entwicklung der Persönlichkeit gerichteten Akzentuierung oder mit klinischer Orientierung zu motivieren. In derartigen Gruppen wird dann, je nach Akzentsetzung, immer über einen rein rezeptiven Ansatz hinausgegangen, zu produktiv-dynamischer Arbeit.

Auf die Methodik bibliothераapeutischer Einzelberatung mit alten Menschen in der Heimsituation soll hier nicht näher eingegangen werden. Auch die Frage der Textauswahl, des Gebrauchs der „Arznei Buch“, wird an dieser Stelle nicht aufgegriffen (vgl. Rubin 1978a, b; Engelmann 1956); vielmehr soll der Schwerpunkt der Darstellung bei Erfahrungen in der Arbeit mit Gruppen liegen.

Je nach Zielgruppe, d. h. nach Motiviertheit zur Gruppenarbeit und Selbsterfahrung, Flexibilität und geistiger Lebendigkeit, wird der Einstieg in die Arbeit unterschiedlich zu wählen sein. In der Regel empfiehlt sich zunächst einmal ein bibliothераapeutischer bzw. *rezeptiv-posesietherapeutischer* Ansatz: Die Therapeuten bzw. Gruppenmitglie-

der wählen Texte aus, die in der Gruppe vorgelesen und diskutiert werden. Das Vorlesen findet bei den alten Menschen meist guten Anklang, zumal einige von ihnen mit dem Lesen Mühe haben. Allerdings wird auch damit eine passiv-rezeptive Haltung gefördert, die der Zielsetzung der Aktivierung und Mobilisierung entgegensteht. Vermeiden kann man das dadurch, daß die Texte möglichst kurz sind und den Gesprächsphasen Bedeutung beigemessen wird.

Als Übergangsschritt zur *aktiven* poesietherapeutischen Arbeit bietet sich das *Weitererzählen* von Geschichten an. Dabei ist es empfehlenswert, Geschichten zu wählen, die von ihrer Handlungsdynamik zum Weiterspinnen einladen und von den Teilnehmern gut vervollständig werden können. Die Charakteristik des heiteren Gesellschaftsspiels, die diese Form der Gruppenarbeit oftmals kennzeichnet, ist weiterführenden Zielsetzungen durchaus nicht abträglich. Der ludische Aspekt fördert kommunikatives Verhalten; gemeinsames Lachen, gemeinsame Freude bricht das Eis eingefrorener Kommunikation oder resignativer Isolation. Der Schritt zum Erfinden eigener Geschichten wird leicht vollzogen, vielleicht, weil es zu einer der habituellen Eigenschaften der Großeltern-Rolle gehört, Geschichten zu erzählen. Eine gewisse Barriere bildet noch die Vorstellung, daß sich „erwachsene Leute“ Geschichten erzählen. Die Zuhörer sind eben keine Kinder, und so kommen Ängste auf vor Kritik und Bewertung, werden Hemmungen wirksam oder Profilierungszwänge, die für die Handhabung der Gruppendynamik Schwierigkeiten aufwerfen können. Verbalisationsstarke Teilnehmer dominieren und behindern andere Gruppenmitglieder in ihrer Entfaltung.

Durch Regelspiele wie das der „*rotierenden Geschichte*“ kann dem gegengesteuert werden. Jeder Teilnehmer muß eine Geschichte oder ein Stück einer Geschichte vortragen, dabei ist es möglich, sich eine Geschichte zwischen den Sitzungen zu überlegen, so daß für Teilnehmer, denen zunächst die freie Improvisation noch nicht gelingt, über die Vorbereitung die Angschwelle gemildert wird. Ist auf diese Weise erst einmal ein Einstieg gefunden, so wird der Übergang in aktiv-produktives sowie therapeutisches Arbeiten nicht mehr als Schwierigkeit empfunden. Die Orientierung wird jeweils von den Erfordernissen der Gruppe her gewonnen. Ist nur ein schwaches Kommunikationsverhalten vorhanden, so wird der Akzent der Arbeit zunächst auf Förderung von Gespräch und Austausch liegen. Stehen aber — etwa ausgelöst durch äußere Ereignisse — Themen wie Erkrankung, Altersleiden, Verlust oder Tod an, so wird der Ansatzpunkt in diesem Bereich zu suchen sein.

5.1 Der alte Mensch und die Institution

Häufig beginnen wir mit sehr generellen Themen, z. B.: „Was heißt das, ‚Altwerden?‘“ oder: „Der alte Mensch und seine Rolle im Alltagsleben und in der Gesellschaft“ oder: „Das Lebensgefühl alter Menschen“. Ausgewählte Texte zu den Themen geben Anstöße und Diskussionsgrundlage. Dabei können die Materialien von Passagen aus Ciceros Schrift „Über das Greisenalter“ bis hin zu Hemingways „Der alte Mann und das Meer“ oder zu Tagesmeldungen und Zeitungsartikeln zu Altersfragen reichen. Zielsetzung ist, alten Menschen Hilfen bei der Selbstfindung, bei der Definierung ihrer Rollen zu geben, Altersstereotype, negative gesellschaftliche Altersklischees zu reflektieren und aktiv anzugehen. Diese Arbeit kann durch Auswertung von Illustrierten, insbesondere vermittelt durch Collagen, gefördert werden, indem untersucht wird, in welcher Art und Weise das Alter und der alte Mensch in den öffentlichen Medien dargestellt wird. Auf diese Weise werden Abgrenzungen, Proteste, positive Selbstattributionen möglich. Dabei bietet die Wandzeitung eine hervorragende Ausdrucksmöglichkeit. Es empfiehlt sich auch, das Erarbeiten von Gruppentexten, gemeinsamen Gedichten, Resolutionen zu fördern und auf diese Weise Außenwirksamkeit der Gruppe möglich zu machen, was besonders für die Heimsituation bedeutsam ist (Hummel 1982).

Die Förderung des positiven Selbstwertgefühls ist oftmals mit der *Einsicht* in eigene Passivität und Resignation verbunden und führt in der Folge zu Reaktionen von Selbstbehauptung oder Auflehnung. Für den Gruppenleiter können sich daraus problematische Situationen gegenüber der Verwaltung oder dem Träger ergeben. Er kann in Rollen- oder Interessenkonflikte kommen. In einer von uns geleiteten Heimgruppe wurde mehrfach Beschwerde über das schlechte Essen und die zu knapp bemessenen Essenszeiten geführt. Die Rückspiegelung durch den Therapeuten: „Was hat das Essen mit den Heimbewohnern zu tun?“ führte zu einer intensiven, selbstkritischen Reflexion der eigenen Passivität und Mutlosigkeit. Die Gruppe, die schon längere Zeit mit poesie- und bibliothераapeutischen Mitteln arbeitete, verfaßte folgendes Gedicht:

Wir werden von allen abgeschoben,
wir lassen das mit uns machen,
die Herren von der Verwaltung da oben,
die können über uns lachen.
Als zahlende Gäste sind wir gut,
ansonsten unnütze Esser,
wir ballen die Fäuste in heimlicher Wut

und machen es leider nie besser.
Damit ist jetzt Schluß.
damit ist's jetzt aus,
wir kommen aus unseren Löchern heraus,
mit uns kann man's nicht mehr machen.
Euch Herren vergeht noch das Lachen.

Ein Beschwerdebrief an die Verwaltung und dieses Gedicht als Wandzeitung sorgten für einigen Ärger, der, als Ignorieren der Beschwerde oder repressive Repliken nicht mehr verfangen, von der Verwaltung an die Gruppenleiter delegiert wurde, die nur mit großen Schwierigkeiten deutlich machen konnten, daß die alten Menschen eigenständig ihre Rechte vertraten und wahrnahmen. Der Druck wurde schließlich so massiv, daß die Verwaltung nachgeben mußte. Den Gruppenleitern blieb allerdings das Omen der „Verhetzung der Heimbewohner“, zumindest bei der Verwaltung, noch lange anhaften. In der ganzen Auseinandersetzung war es wichtig, daß die Gruppenleiter von der Heimleitung unterstützt wurden.

Das emanzipatorische Potential poesie- und bibliothераpeutischer Arbeit kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Das geschriebene Wort oder gar das gedruckte ist gerade für ältere Menschen häufig mit einem Autoritätsmythos versehen, der gehorsame Anpassung an schriftliche Verordnungen zur Folge hat. Wenn sich diese Menschen das Medium Schrift verfügbar machen, führt das zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls und der Durchsetzungsfähigkeit. Die „Veröffentlichung“ der eigenen Kundgebung von Wünschen, Bedürfnissen, Ansprüchen verleiht den Teilnehmern einen großen Elan, für ihre Rechte einzutreten, zumal, wenn eine derartige Deklaration oder Wandzeitung als Gruppenprodukt entsteht, d. h., von der Solidarität aller getragen wird.

5.2 *Der alte Mensch und die Gebrechlichkeit*

Auf der Grundlage eines durch Poesie- und Bibliothераpie aufgebauten positiven Selbstwert- und Gruppengefühls wird es dann auch möglich, belastendere Themen anzugehen. Zu diesen gehören die Auseinandersetzung mit dem Tod, mit Infirmität, Leiden und Verlust. Das Altersheim fordert durch die Konzentration alter Menschen auf engem Raum beständige Verdrängungsleistungen oder Bewältigungsversuche, zu denen allerdings Hilfestellungen wesentlich sind. In der Heimsituation besteht die Tendenz der Abwehr durch *Verleugnung*, „Totschweigen“. Das Sterben von Mitbewohnern wird kaum zur Kenntnis genommen. Trauerreaktionen sind selten. Im Hinblick auf Leiden und Infirm

mität erfolgt die Abwehr häufig durch eine relativ oberflächliche „quengelnde“ Klagsamkeit. Das Essen, die Medikamente, die Arztbesuche bilden ein zentrales Gesprächsthema, ohne daß dabei die wirkliche Betroffenheit, der Schmerz, die Angst und die Trauer zugelassen werden könnten. Auch hier sind Hilfen angezeigt.

In die Gruppenarbeit werden derartige Themen zuweilen durch aktuelle Ereignisse eingebracht. Die mehr besinnliche oder heitere Atmosphäre, die das engagierte Problemgespräch über die poesie- und bibliothераapeutische Gruppenarbeit kennzeichnet, wird durchbrochen, und eine andere Qualität gewinnt Raum. So wurde durch den Oberschenkelhalsbruch eines Mitgliedes mit anschließendem längeren Krankenhausaufenthalt das Thema „Vom Körper in Stich gelassen sein“ von der Gruppe behandelt. Die Therapeuten geben die Anregung, Texte zu diesen Themen zu schreiben.

Mein Bein

Mein Bein, das will nicht mehr so recht.
Ja, ja, die Knochen werden lahm.
Das Material wird langsam schlecht,
man ist halt nicht mehr auf dem Damm.
Hab' genug gelaufen im Leben,
hab' geeilt und gehastet,
hab' mein Bestes gegeben,
und selten gerastet.
Und mein liebes Bein ...
ich habe es nicht geschont
und der Schmerz fragt bohrend ...
hat sich's gelohnt?
Ich sollte mein Bein mal streicheln,
ihm schmeicheln,
vielleicht vergibt's mir dann.
(Friedrich, 72 Jahre)

Das Gedicht setzt sich mit einer schmerzhaften Arthrose des Kniegelenks auseinander. Das Bein wird nicht nur gescholten. Friedrich setzt den „Verschleiß“ zu seiner Lebensgeschichte, seinem schweren Leben in Beziehung. Er sieht, welche „Dienste“ ihm sein Bein geleistet hat, wie er es überbeansprucht hat, und er gewinnt eine neue Beziehung zu ihm, obwohl es ihn peinigt. „Ich sollte mein Bein mal streicheln, ihm schmeicheln.“ Friedrich war Vermessungsingenieur. Er war viel in Auslandseinsätzen. Seine Familie hatte er im Krieg verloren. Er schreibt gerne Gedichte, benutzt sie, um „das Leben zusammenzufassen“.

In der Gruppe findet das Gedicht gute Resonanz. Es eröffnet für viele eine wichtige Perspektive: Zu seinem Körper gut sein, ihn nicht

ablehnen, ihn nicht hassen, auch wenn er alt wird und nicht mehr bedingungslos alles leistet oder gar wenn er Schmerzen bereitet. Eine Teilnehmerin mit einem Glaucom, durch das sie kaum noch sehen kann, bringt folgendes Gedicht:

Alte Augen werden matt,
junge Augen sehen klar.
Die Klarsichtigkeit ist eine dritte Sache.
Auch matte Augen können ins Herz sehen,
alte Augen wollen nicht alles sehen müssen.
Trübe Augen sind schon von den Nebeln umhangen,
die die Unendlichkeit umhüllen.
Ich vermisse die Klarheit junger Augen nicht,
denn meine Augen sind sanft.
(Liese, 82 Jahre)

Diese alte Lehrerin hatte schon verschiedentlich über ihre Augen gearbeitet, den Verlust des Augenlichtes betrauert, ihren Zorn über die „Unzuverlässigkeit“ der Augen zum Ausdruck gebracht, aber doch eine versöhnliche, versöhnte Haltung gefunden (vgl. *Bäumges, Petzold* 1982). Die Gruppe spricht über den Verlust der Sehfähigkeit. Es können Ängste geäußert werden, die einige Teilnehmer wegen der Abnahme ihrer Sehfähigkeit haben. Die Dunkelheit des Todes wird assoziiert, die „ewige Nacht“, und es erfolgt ein Übergang zum Todesthema, das durch ein weiteres Gedicht einer hochgradig schwerhörigen Teilnehmerin, die meistens relativ passiv in der Gruppe sitzt, noch akzentuiert wird.

Ich kann nicht mehr hören.
Die Welt ist stumm,
die Stille tut mir weh.
Ich kann mich nicht vor ihr wehren.
Der Tod muß wortlos sein,
die Stille ist der Tod,
das Schweigen ist eine Gewalt,
der ich ausgeliefert bin.
Was hat noch Sinn?
Die Welt ist stumm,
denn ich kann nicht mehr hören.
(Hedwig, 78 Jahre)

Die Teilnehmerin weint, als sie ihr Gedicht vorträgt. Den anderen Gruppenmitgliedern wird ihre Isolation zum ersten Mal richtig klar. Zuvor war ihre Schwerhörigkeit oftmals ärgerlich aufgenommen worden. Nicht nur das Fehlen von Augenlicht ist ein Tod, auch die Stille kann als Tod erlebt werden. Die Gruppe beschließt, auf die Teilnehmerin vermehrt und intensiver einzugehen, die Schreibtafel häufiger zu

benutzen und so wenigstens den geschriebenen Dialog zu ermöglichen und lebendig zu erhalten.

Das Thema Gebrechen, Gebrechlichkeit wird noch unter verschiedenen Gesichtspunkten diskutiert: Wie wird man als alter, gebrechlicher Mensch angesehen? Wie wird man mit Gebrechlichkeit fertig? Wie reagieren Angehörige auf das Gebrechlicherwerden? Wie beeinflusst es mich selbst, über die körperliche Behinderung hinaus? Die Gruppenarbeit macht es einfacher, darüber zu reden. Es kommen zum Teil heftige emotionale Regungen auf, bei denen Trauer und Ärger vorherrschen. Besonders die Ungeduld der Umgebung wird thematisiert und das Erleben, „wie man abgeschrieben wird, einfach nichts mehr wert ist. Dann wird man links liegengelassen oder betüfelt. Das eine ist so schlecht wie das andere“ (vgl. *Petzold-Heinz*, dieses Buch).

Wenn man nicht mehr kann,
ist man nichts mehr wert,
ein lahmer Gaul, ein altes Pferd,
es will nicht mehr traben,
soll's Gnadenbrot haben,
beschämend ist das,
beschämend.

(*Friedrich*, 72 Jahre)

In der Diskussion über diesen Text wird aber auch deutlich, wie sehr man sich die Würde nehmen läßt und daß eine verbitterte, griesgrämige Haltung dazu beiträgt, von der Umgebung negativ behandelt zu werden. Die Teilnehmer stimmen darin überein, daß es sehr schwer ist, körperliche Einschränkungen mit Würde zu tragen und den Humor nicht zu verlieren, jedoch nicht nach der Devise: „Humor ist, wenn man trotzdem lacht ...“, da kommt man leicht an den Galgenhumor ...; vielleicht eher Humor ist, wenn man das Lächeln nicht verliert. Man soll noch lächeln können. Mir wird das besonders schwer, weil ich weiß, daß mein Lächeln so schief wirkt, aber ich habe es nicht verloren“ (*Irmtraud*, 72 Jahre, mit Gesichtslähmungen nach einem Apoplex). Insgesamt wird bei der Bearbeitung dieser Themen die Stimmung in der Gruppe zuversichtlich. Man beginnt an einem Gruppengedicht zu arbeiten und reimt gemeinsam, diskutiert und verwirft die verschiedenen Zeilen und kommt schließlich zu folgendem Text:

Gebrechen habe ich viele,
doch treibe ich meine Spiele
und werde nicht verzagen,
im Alter was zu wagen,
wenn man den Mut verliert,
ist man schon halb krepirt,
die Krücke hindert nicht

das Lachen im Gesicht,
der Teufel hol' das Jammern,
das Nörgeln und das Klammern,
ich halte mich in Schwung,
mein altes Herz ist jung.

5.3 *Altwerden*

In geragogischen Gruppen, in denen das Thema Altern, Altwerden im Zusammenhang allgemeinerer Auseinandersetzungen mit der Altersproblematik aufkommt, können poesietherapeutische Elemente Diskussionen und Reflexionen aktivieren und vertiefen. Es soll ja nicht nur über das Altwerden *geredet* werden, sondern es soll als Erfahrung konkret werden, damit aufkommende Probleme unmittelbarer und effektiver angegangen werden können. Es kommen dabei häufig die Themen „Gebrechlichkeit“, „Leben und Tod“, „Krankheit“ auf und auch das „Überraschtwerden“ vom Alter. Viele Teilnehmer berichten, daß sie sich subjektiv bis ins hohe Alter jung gefühlt haben, jedenfalls in der Regel jünger, als sie tatsächlich waren.

Als ich alt wurde,
hat mich das Alter überrascht,
an einem Regennachmittag schaute es vorbei.
So selbstverständlich, so unmerklich,
so plötzlich war ich alt geworden.
Das Erschrecken darüber habe ich schnell vergessen.
Den Eiseshauch in meinen Knochen
habe ich weggedrängt,
doch blieb ein Rauhreif auf meinem Scheitel,
mein Haar ist weiß geworden.
(Heinrich, 68 Jahre)

In der gestalttherapeutischen Arbeit wird das Gedicht als ganzes vorgelesen: „Vielleicht kann jeder in der Gruppe einmal schauen, welche innere Resonanz dieses Gedicht in ihm auslöst, welche innere Stimmung es aufkommen läßt!“ Viele Gruppenteilnehmer berichten von ähnlichen Erfahrungen, Momenten plötzlichen Erkennens: „Ich bin alt geworden.“ Es werden Situationen berichtet, scheinbar belanglose Szenen, an die sich die Teilnehmer jedoch detailliert erinnern: Ein Blick in den Spiegel nach einem anstrengenden Tag, sehen, wie viele graue Haare man doch hat, ein Anhalten beim Treppensteigen, ein Treffen mit Leuten, die man lange nicht gesehen hat und die „alt geworden“ sind, Geburt des Enkelkinds (Oma-Erfahrung), das Wachsen der eigenen Kinder usw. Immer wieder wird die Veränderung der Umwelt als konfrontierendes Element der eigenen Alterserfahrung deutlich.

Heute wurde ich zum ersten Mal Oma genannt,
ich war empört, wütend.
Ich, gutaussehend, Mitte fünfzig,
ein unverschämter Flegel.
Bin ich wirklich so alt?
Sehe ich schon so aus?
Ich verspüre ein Erschrecken.
Zum ersten Mal, heute, hat man mich Oma genannt.
Ich denke an ein Gebiß und an eine Schnabeltasse.
(Waltraut, 62 Jahre)

Es wird immer wieder thematisiert, wie schwer es fiel, die Bezeichnungen „Oma“ oder „Opa“ anzunehmen, aber nach einer anfänglichen Phase des Wehrens verlor sich das kränkende Element. Die Rolle wurde angenommen, von allen Beteiligten vollzogen. Erst in der Reflexion dieser Thematik fällt einigen Teilnehmern auf, daß sie sogar von ihren Kindern nicht mehr Vater und Mutter, sondern „Oma und Opa“ genannt werden. Der Sprachgebrauch der Enkel wurde generalisiert. „Man wird dann noch älter gemacht, als man ist.“ — „Die Kinder machen sich damit auch noch jünger, vielleicht wehren sie so das eigene Altwerden ab?“ — „Ich habe mir das nie so überlegt. Wenn ich’s recht bedenke, möchte ich von meiner Schwiegertochter nicht mehr mit ‚Oma‘ angeredet werden.“ Es werden Kränkungen bewußt, die man „weggesteckt“ hat, Kleinigkeiten des Alltags, die man hingenommen hatte, die „eingerissen sind“, weil man sich nicht richtig und rechtzeitig abgegrenzt hatte. Es wird auch die Zwiespältigkeit bestimmter sozialer Klischees, bestimmter sprachlicher Formulierungen deutlich.

Meine Enkel werden groß,
ich werde kleiner.
Die liebe kleine Omi, sagen sie.
Meine Enkel werden klug,
sie meinen, ich würde dümmer.
Langsamer werde ich vielleicht,
noch sehe ich viel,
noch weiß ich viel,
noch kann ich vieles verstehen,
das *noch* erschreckt mich,
noch wieviel,
noch wie lange,
noch ...
(Herta, 70 Jahre)

Wir arbeiten mit der *inneren Resonanz* auf diesen Text:

T.: „Welche Zeile dieses Gedichtes spricht Sie am meisten an?“

M.: „Zuerst diese vielen ‚nochs‘, aber dann ‚die liebe kleine Omi, sagen sie‘. Da ist noch mehr. So lieb meinen die das ja oft gar nicht.“

Das ist oft auch mitleidig. Sie sind halt so. Mal lieb, und mal ziemliche Flegel. An ihnen merke ich, wie ich alt geworden bin. Ich bin denen einfach nicht mehr gewachsen. Ich lasse sie vieles auch einfach nicht mehr merken. Was soll ich machen?"

In diesem wie auch in vielen anderen Texten kommt das Thema Alter und Unterdrückung, Alter und Ausgeliefertsein auf. Die Teilnehmer der Gruppe stellen fest, daß mit zunehmendem Alter und zunehmender Hilflosigkeit auch Abhängigkeit und Unterdrückung wachsen, daß aber auch die Verdrängung bei den Betroffenen zunimmt. Eine gewisse Verbitterung kommt in der Gruppe auf. Es ist dies ein Punkt, der in der Gruppenarbeit mit alten Menschen häufig auftaucht. Das Schwanken zwischen Resignation und Verbitterung, Verzweiflung und einer würdevollen Haltung bzw. einem Gefühl der Integrität. Mag diese von *Erikson* (1974, 114ff) gekennzeichnete Konfliktkonstellation auch nicht nur für das Alter kennzeichnend sein und sich auch in anderen Lebensperioden (insbesondere in der Adoleszenz, *Muuss* 1971) finden (vgl. *Peck* 1968), so müssen wir uns doch in der gerontotherapeutischen Gruppenarbeit häufig mit dieser Thematik auseinandersetzen. Die Gedichte, die in diesen Phasen geschrieben werden, machen die Spannung deutlich, der der alte Mensch ausgesetzt ist.

Altwerden in Würde ist nicht leicht,
es sei denn, man hat sehr viel erreicht,
selbst das wiegt nicht sehr viel,
es bleibt einem nur der Tod als Ziel,
weil ich alt geworden bin,
bleibt meinem Leben nicht viel Sinn.
(Josef, 71 Jahre)

Zwei Gruppensitzungen später folgendes Gedicht des gleichen Teilnehmers:

Ich habe schöne Stunden so viele gehabt,
sie haben mir die Seele gelabt,
sie haben mir das Herz erquickt,
in Zeiten geholfen, wo ich bedrückt,
sie helfen mir jetzt, wenn ich ende den Lauf,
das Gute und Böse, es rechnet sich auf.
(Josef, 71 Jahre)

Diese „versöhnliche Wende“, die dem Teilnehmer zumindest eine „ausgeglichene Bilanz“ möglich macht, wurde durch die intensive Auseinandersetzung mit den Themen „Leben und Tod“ möglich, die in der Zwischenzeit in der Gruppe stattgefunden hatte. Auch in der einzeltherapeutischen Arbeit sind diese Themen von Bedeutung, wie Beispiele aus *Bubolz* (1979, 373f) zeigen:

Das Leben war ein schweres Leben.
Das Leben war ein schönes Leben.
Das Leben war ein langes Leben.
Ich danke Gott, der's mir gegeben.
(*Johannes*, 73 Jahre)

Auf altem Holz schimmert der Tau im Moos,
duftet die Rinde — morsch.
Sie ist der Erde schon so nah.
Der hohe Stamm, auf dem einst Vögel sangen,
jetzt huschen goldne Käfer über ihn.
(*Johanna*, 81 Jahre)

Das Haus für mein Herz ist alt geworden.
Das Herz für mein Haus ist alt geworden.
Ich bin alt geworden.
Mein Herz ist alt geworden.
Die Sonne scheint durch die Spinnweben.
Der Wind streicht durch die Fugen
warm, frisch, kalt.
Hüte dich, mein Herz, vor dem Frost!
(*Kläre*, 73 Jahre)

Die Texte werden nach dem integrativen Verfahren der Gestalttherapie aufgearbeitet: mit Identifikationstechnik, Dialog, Phantasie etc. (vgl. *Petzold* 1977d).

„*Therapeut*: Johanna, können Sie einmal die Rolle des Taus auf dem Stamm übernehmen?

Johanna (Tautropfen): Ich bin ein Tautropfen. Ich schmücke dich, wie ein Diamant auf grünem Samt. Die Sonne spiegelt sich in mir. Aber ich weiche dich auch auf, dringe in dein morsches Inneres.

Therapeut: Was sagt der Stamm dazu?

Johanna (Stamm): Ich habe viele Jahre Regen und Wind getrotzt. Jetzt bin ich alt und morsch. Ich gebe Nahrung für neue Bäume und Pflanzen. Für das Moos. Ich habe Zeit, das Moos anzuschauen und den Tau darauf.

Therapeut: Was sagt das Moos?

Johanna (Moos): Ich bin ein grüner Teppich, eine weiche Decke, unter mir vergißt der Stamm die rauhen Winde ... und die Vögel (wird traurig).

Therapeut: Spielen Sie die Vögel! Was sagen die?

Johanna (Vögel): (lacht) Wir suchen uns neue Bäume.“ (Aus *Bubolz* 1979, 379)

Im dynamisch-poesitherapeutischen Vorgehen wird die kreative Produktivität des Klienten stimuliert. Es ist in diesem Sinne „aktivierend“. Es gilt, den Klienten zu vermitteln, daß es nicht darauf

ankommt, ein „Kunstwerk“ herzustellen, sondern das auszudrücken, was man fühlt. So können auch sehr einfache alte Menschen ermutigt werden, Gedichte und Prosatexte zu schreiben. In der Gruppenarbeit können die Teilnehmer kollektiv ein Gedicht oder ein Stück schreiben wie im „therapeutischen Theater“ (vgl. *Petzold 1979*). Sie können zu Gedichten Phantasien bilden, wenn die Texte in der Gruppe vorgelesen und im Gruppengespräch oder mit Gestaltmethoden aufgearbeitet werden.

5.4 *Leben und Tod*

Das Thema „Leben und Tod“ stellt im Verlauf gerontotherapeutischer und geragogischer Gruppenarbeit immer wieder einen Schwerpunkt dar, der nach Phasen der Vermeidung, des Umgehens, der Verleugnung eine solche Prägnanz gewinnt, daß die Auseinandersetzung unumgänglich wird. Eine Teilnehmerin bringt das Thema „Leben“ als Stundenthema für die Poesietherapiegruppe ein. Es wird aufgegriffen. Es findet bei allen Teilnehmern Resonanz. Noch zwei Sitzungen vorher war ein ähnliches Thema übergangen worden. Am Anfang der Gruppenarbeit hatte es sogar direkte Ablehnung erfahren. Die Gruppe macht sich an die Arbeit. Jeder sucht sich einen Platz zum Schreiben. Einige setzen sich an die Fenster, mit dem Blick hinaus in den Garten, andere setzen sich an die Tische, einige gehen hinaus. Es ist eine halbe Stunde als „Produktionsphase“ angesetzt, so daß jeder genügend Zeit hat, über das Thema nachzudenken, es zu „meditieren“ (*Petzold 1983a*). Als die Gruppe wieder zusammenkommt, herrscht eine ernste Stimmung. Die Auseinandersetzung mit dem Thema, das Herstellen der Texte hat die einzelnen verändert. Das Thema zeigt sich in den Gesichtern. Josef, 71 Jahre, beginnt:

Mein Leben war nicht schön.
Es war zu hart mit mir,
ich habe zuviel Böses gesehen,
ich habe zuviel gelitten
und gehungert
ich war viel allein.
Das Leben geht zuende,
es geht endlich zu ENDE.
(Josef, 71 Jahre)

Die Stimmung in der Gruppe ist gedrückt. Die Resonanz ergibt, daß viele Teilnehmer gleichfalls sehr schlimme Erfahrungen gemacht haben, daß sie aber eine so negative Sicht nicht teilen können. Es kommt ein Gespräch über die „Einstellung zum Leben“ auf, in dem verschiedene Gedichte kontrastierend nebeneinandergestellt werden.

Leben ist
Anfang
ist Strecke
ist Leben
ist Ende
ist Sterben
ist Werden
Vergehen
ist Gruß
ist Abschied
ist Höhe
ist Tiefe
ist rund.

(Hermann, 75 Jahre)

Vögel sind das Leben
Wasser
Wind
Feuer ist das Leben
mein Herz
mein Atem
meine Sinne sind Leben
ich bin alt
und ich bin voller Leben.
(Lina, 82 Jahre)

Zwei Gruppenmitglieder wenden sich gegen diese „zu positiven“ Darstellungen. Die übrigen stimmen zu. Die Lebendigkeit des Lebens wird betont, das Freudige, Satte, Runde, das in seiner Fülle nur erfahren werden kann, weil auch Schmerzliches da ist, weil nicht „alles glatt ging“.

Freude und Schmerz
bedrücktes Herz
Auge, das lacht
Sorge, die wacht
Schönheit und Grau'n
beides zu schau'n
das ist das Leben
holprig und eben.

(Gertrud, 70 Jahre)

Immer wieder wird der Ausgleich, die Ausgewogenheit angestrebt, „Man muß irgendwie zu einer Balance kommen, sonst kann man das Alter nicht aushalten. Wenn man vor dem Tod steht, muß man ausgeglichen sein. Nur das kann einem helfen“ (Lina, 82 Jahre). Das Thema Tod wird zum Thema Leben in Beziehung gesetzt. „Den Tod kann man wohl nur verstehen, wenn man wirklich gelebt hat“ (Claus, 82 Jahre).

Tod

Mit dem Tod ist alles aus,
sagte mein Vater,
mit dem Tod fängt alles an,
sagte meine Mutter,
was wirklich mit dem Tod ist,
weiß *ich* nicht.

Ich werde es sehen.

(Claus, 82 Jahre)

Die innere Haltung zum Tod, das wird aus den Texten poesitherapeutischer Gruppen immer wieder deutlich, wird von zwei Faktoren nachhaltig bestimmt: 1. von der gegenwärtigen Lebenssituation, 2.

vom Lebensverlauf und der durch ihn gewonnenen Haltung und Einstellung zu Leben und Tod. Diese müssen keinen expliziten Ausdruck gefunden haben; vielfach sind sie den alten Menschen selbst „nicht klar“. Sie kommen in den Texten spontan zum Ausdruck und werden zum größten Teil mit Selbstverständlichkeit, zuweilen aber auch mit Verwunderung aufgenommen. Oftmals findet sich ein Erstaunen darüber; derartiger Gedanken fähig zu sein, oder zumindest darüber, daß man sie in gestalteten Texten auszudrücken vermag.

Auch der Bezug zur gegenwärtigen Lebenssituation wird häufig erkannt: „Ich hätte mir das nicht träumen lassen, einmal so negativ zum Alter und zum Sterben zu stehen. Ich habe früher darüber immer positiv gedacht. Mir ein schönes Alter vorgestellt. Ich hätte mir aber auch nicht träumen lassen, in einem so miesen Heim meine letzten Tage verbringen zu müssen“ (Karl, 74 Jahre, Handelsvertreter, alleinstehend). Vom gleichen Klienten stammt das nachstehende Gedicht:

Über allen Wipfeln ist Ruh,
dieser Trost macht mir Angst,
über allen Wipfeln,
dieser Frieden macht mich bange,
ist Ruh,
die letzte Ruhe läßt mich frieren.
Das ist alles zu schön.
Ich hasse den goldenen Lebensabend,
den erbärmlichen.
(Karl, 74 Jahre)

In der gestalttherapeutischen Verarbeitung des Gedichtes wird deutlich, daß vor allen Dingen der Begriff „Ruh“ den Klienten mit Angst erfüllt. „Da ist noch was, es ist irgendwie ein Schmerz. Diese Ruhe tut weh.“ — T.: „Woher kennen Sie einen solchen Schmerz?“ — K.: „Es ist nicht wie Abschiedsschmerz ..., mehr ... wie Verlassensein, (traurig) ich fühle mich so gottverdammmt verlassen. Das macht mir Angst. Das ist nicht der Tod. Aber ich möchte im Tod nicht alleine sein. Aber wenn man sieht, wie die hier sterben.“

In dem Altersheim machen Mitglieder einer christlichen Jugendgruppe regelmäßig Besuche. Darauf angesprochen, kommt folgende Antwort. K.: „Was sollen die jungen Menschen mit uns Alten? Jeden Tag eine gute Tat? Nicht bei mir!“ Im Gespräch kann deutlich gemacht werden, wie stark die verbitterte, zum Teil zynische Haltung Kontakt verhindert und neben der äußeren Einsamkeit auch zu einer inneren führt. Ich schlage Karl vor, daß er sich bei anderen Heimbewohnern einmal über die Erfahrungen erkundigt, die sie mit den jungen Leuten machen. T.: „Mein Eindruck ist, daß diese Jugendlichen sehr viel über

das Altern lernen können, daß es durchaus nicht nur eine gute Tat ist. Aber sie können natürlich mit Recht einwenden: „Ich bin kein Studienobjekt für das Lernen des Altwerdens.“ K.: „Nun übertreiben Sie nicht gleich. Ich will mir das ganze noch einmal überlegen.“

Aus dem gleichen Altersheim stammt das folgende Gedicht von *Joseph*, 82 Jahre, der unter ähnlichen unbefriedigenden Bedingungen leben muß:

Wenn der Abend fällt,
wenn die Müdigkeit groß wird,
wenn alle Arbeit ruht,
ist der Schlaf ein willkommener Gast.
Das Erwachen — es ist unwichtig geworden.
(*Joseph*, 82 Jahre)

Joseph hat eine sehr gelassene Haltung. „Ich habe ein sehr arbeitsreiches Leben hinter mich gebracht. Ich war Schriftsetzer. Mein Beruf hat mir immer Freude gemacht. Ich bin auch jetzt noch ganz rege, aber das Leben ist vorüber. — Angst vor dem Tod? — habe ich nicht. Das hat seine Richtigkeit, daß der Mensch sterben muß.“

6. Poesietherapie mit Sterbenden

Die poesietherapeutische Arbeit mit Alten und Hochbetagten, in der die Themen Leben, Sterben, Tod immer wieder auftauchen, hat viele Gemeinsamkeiten mit der Poesietherapie in der Begleitung Sterbender. Es finden sich aber auch deutliche Differenzen. Die wesentlichste ist die Gewißheit, daß „der Tod unmittelbar vor der Tür steht“. — Ich rede hier von Sterbenden, die um ihren Zustand wissen, die sich mit ihrem Sterben auseinandersetzen. In dieser Situation bietet das Schreiben von Texten Entlastung, Integrationshilfe, Kommunikationsmöglichkeiten. Das Moment der Entlastung darf nicht unterschätzt werden, Entlastung von Schmerz, von Angst, von der Ungewißheit, im Hinblick auf den „Augenblick“ des Sterbens (*Canetti* 1978).

Ich habe in vielen Häusern gewohnt,
ich mache mich auf für das letzte Haus,
bin viele Wege gegangen
und gehe auf dem letzten Weg.
hab' viele Worte geredet
und warte auf mein letztes Wort,
der letzte Atemzug kommt
unerwartet.
(*Paul*, 73 Jahre)

Paul, an einem Prostatakarzinom erkrankt, wird durch die Unge-
wißheit gequält. „Die setzt mir so zu wie die Schmerzen. Wann ist das
endlich vorbei? Wenn es mir dann gut geht, denke ich, den Tag nehme
ich noch mit. Ein Tag kann so schön sein und auch eine solche Hölle.“
Paul schreibt sich seine Gedanken „von der Seele“. „Wenn ich so alles
niedergeschrieben habe, ist mir leichter. Die Schmerzen werden dann
auch weniger. Es ist, wie wenn ein Druck weggeht.“ Paul „arbeitet“ an
seinen Gedichten, schreibt sie um, wechselt Worte und Zeilen aus, bis
sie die Form haben, die ihm gefällt, und es ist diese intensive Auseinan-
dersetzung, die ihn ablenkt, ihn zentriert und ihm hilft, mit seiner
Situation umzugehen.

Der Schmerz ist wie ein rotes Tuch,
der mich durchbohrt,
er ist ein Fluch,
er ist so drängend,
dringt er ein,
Schmerz, Schmerz, Schmerz
Schmerz.
(Paul, 73 Jahre)

Das Gedicht ist für Paul mehr als eine Selbstäußerung. Das Gedicht
hat einen Adressaten: mich, der zweimal in der Woche kommt und
zwischen durch einmal anruft, dann noch die Stationsschwester und
den Zimmernachbarn. Mit allen diesen Mitmenschen spricht Paul über
seine Gedichte. Es macht ihm Freude, sie vorzulesen, zu zeigen, Lob,
Kritik und Anregung zu erhalten. Auch das ist ihm wichtig. Die
Gedichte aber dienen noch zu mehr. Sie ermöglichen eine Zusammen-
schau des Lebens, *Lebensbilanz*. Die Ereignisse der Vergangenheit wer-
den noch einmal angeschaut, werden lebendig (Petzold, Lückel 1985).

Die Wolken zwischen den Ästen
meines Baumes zuhause
waren meine Welt.
Für mich allein bauten sie Schlösser, Fabeltiere,
die Wolken in meinem Baum.
Sie haben mich begleitet
durchs Leben.
Heute morgen sah ich —
Wolken durchs Fenster ziehn.
(Paul, 73 Jahre)

Gedichte dieser Art sind Verdichtung. Sie kondensieren Lebensge-
fühl, Lebensthemen. Sie schaffen Synthesen, die in der Alltagssprache
nicht möglich sind. Der „Trost“ von Gedichten liegt nicht zuletzt in
ihrer synoptischen Kraft, die Ereignisse noch einmal zusammenzufas-
sen, zu runden. Für Paul, der am Niederrhein aufgewachsen war und

gelebt hat, waren die Wolken, die über der flachen Weite des Landes Türme und Schlösser bauten (*Petzold* 1969), ein begleitendes Motiv. Sie vermittelten ihm das Gefühl von Heimat, von Getragensein. Das letzte Gedicht, geschrieben an einem ruhigen Abend vor einer unruhigen Nacht, auf die für Paul kein Morgen folgen sollte, bringt dies zum Ausdruck.

Der Abend fällt so still.
Die Wolke trägt den Himmel
in die Dämmerung
schweigend und sacht.
(*Paul*, 73 Jahre)

Es ist immer wieder beeindruckend und berührend, die antizipatorische und zugleich integrierende Kraft der „letzten Gedichte“ zu erleben. Sie sind oftmals eine Zusammenfassung des Lebens oder der Gewinn einer letzten, klaren Position dem Tod gegenüber. Es finden sich in derartigen Gedichten immer wieder bestimmte Topoi: das Bild vom Traum, vom Strom, vom Baum, von der untergehenden Sonne, von der Mutter Erde.

Wie ein Traum ist das Leben
vorbegegangen.
So fern ist das alles und so nah
bunt und reich und verwunderlich
wie eine Erinnerung
wie eine Träne an meiner Wimper
ehe sie fällt.
(*Iris*, 65 Jahre, letztes Gedicht)

Durch viele Länder wie ein breiter Strom
ist mein Leben dahingeflossen.
Der Weg war lang,
das Meer, vor mir, ist unendlich.
(*Gerhard*, 62 Jahre, letztes Gedicht)

Es findet sich oft in diesen Bildern, Sinnbildern des menschlichen Lebens, eine Gelassenheit, ein Abstand zum Vergangenen, in dem die lebensgeschichtlichen Ereignisse nicht verlorengegangen sind. Sie sind fern und doch „so nah“. Aber das „Klammern ans Leben“, das für bestimmte Stadien des Sterbens kennzeichnend ist, hat aufgehört. Ein Loslassen ist möglich geworden, indem eine Öffnung in das „Unendliche“ geschehen kann. Es wird immer wieder von Sterbenden diese Erfahrung des „Loslassens“, des Sich-Hingebens, des Sich-Öffnens, berichtet — häufig nach harten inneren Kämpfen —, und daß dann ein „Friede einkehrt“. Dieser Prozeß findet sich bei jungen und alten Menschen, die auf den Tod zugehen, gleichermaßen (*Petzold* 1981).

Es widerstrebt mir aus vielfältigen Gründen, von den „Phasen des Sterbeprozesses“ zu sprechen. Das Sterben ist kein technischer Ablauf, kein wohl geregelter Prozeß, der sich in chronologischer Folge vollzieht. Die von Kübler-Ross (1969) beschriebene Verlaufsdynamik läßt sich zwar immer wieder einmal beobachten, sie läßt sich aber weder verallgemeinern, noch findet sich eine lineare Folge. Vielfach finden sich bestimmte Phasen bei Patienten überhaupt nicht (Karasu, Waltzmann 1976). Ich möchte lieber von Themen sprechen, die sich bei Sterbenden häufig finden. Allenfalls von Stadien, die recht undeterminiert und wechselnd im Geschehen des Sterbens eintreten können. Hervorgehoben werden muß dabei noch, daß es sich meistens um Beobachtungen des Begleiters und nicht um die subjektiv erlebte Realität des Sterbenden handelt (Spiegel-Rösing, Petzold 1984).

Durch die poesietherapeutische Arbeit wird ein sehr reiches Material zu derartigen Themen bereitgestellt. Auf einige dieser Themen soll kurz eingegangen werden.

6.1 Verleugnung

Ich bin noch sehr erschöpft
die Krankheit hat mich schlimm gepackt
ich muß viel Kraft aufwenden
um wieder gesund zu werden.
Es ist viel Arbeit liegengeblieben
es warten viele Aufgaben auf mich
ich bin ungeduldig
ich warte
ich freue mich, das alles wieder anpacken zu können.
(Franz, 57 Jahre)

Das Gedicht dieses 57jährigen Leukämie-Patienten wurde zwei Wochen vor seinem Tod geschrieben. Der Patient kannte seine Krankheit. Es war ihm von seiten der Ärzte und seiner Angehörigen gesagt worden, daß er „nicht mehr sehr lange zu leben habe“. Er hatte während seines letzten Krankenhausaufenthaltes miterlebt, wie zwei Patienten mit der gleichen Krankheit und gleicher Symptomatik, die seine Zimmernachbarn waren, verstorben waren. Die Verleugnung aber ist so stark, daß in den Gesprächen oder in dem mitgeteilten Gedicht affirmiert wird: „Ich komme ja bald schon wieder aus dem Krankenhaus und werde alles, was liegengeblieben ist, aufarbeiten.“ Der Patient war selbständiger Unternehmer und mit seinem Beruf sehr identifiziert.

Das Phänomen der Verleugnung tritt sehr häufig in dieser massiven Form auf. Man muß sich davor hüten, es negativ zu bewerten, wie die

semantische Konnotation des Begriffes dies gerade für den Psychotherapeuten nahelegt. Vielmehr muß beim Sterbenden und Schwerkranken die Verleugnung als „*Schutzstrategie*“ gesehen werden, die im Moment nicht aushaltbare Realitäten dem Bewußtsein fernhält. Es wird nicht darum gehen, der Verleugnung die „Wahrheit“ entgegenzuhalten, sondern durch Präsenz und Gespräch, durch Bewältigungshilfen, wie sie die Formen kreativer Therapie bieten, durch Mobilisierung des sozialen Netzwerks und der inneren psychischen Ressourcen den Patienten so zu stärken, daß er die anwesende, aber verleugnete Wahrheit aushalten und annehmen kann.

Zuweilen steht hinter der Verleugnung nicht nur die Abwehr, die Realität des unvermeidbaren Todes anzunehmen, sondern auch eine Angst vor der Auseinandersetzung mit dem bisherigen Leben und mit den Lebenden, den Angehörigen.

Wenn ich wieder auf die Beine komme,
will ich intensiver leben.
Ich will das Leben genießen.
Meiner Frau und mir mehr gönnen.
Wir werden Reisen machen.
Ich habe einfach zu viel gearbeitet.
Ich habe ganz vergessen dabei, wie schön die Welt ist.
Wir werden zuerst nach Italien fahren.
Zur Hochzeitsreise sind wir auch nach Italien gefahren ...
(Horst, 55 Jahre)

Dieser 55jährige Patient mit einem Pankreaskarzinom und infauster Prognose führt, von uns angeregt, ein „Krankentagebuch“. Die Konfrontation mit der Krankheit läßt ihn erkennen, wie schlecht er mit sich und seiner Familie umgegangen ist. Die Realität des bevorstehenden Todes bedeutet zugleich die Konfrontation mit unwiederbringlich Versäumtem. Dies wiegt schwerer als die Todesbedrohung selbst, denn in der Eintragung vor der Operation lesen wir: „Bei so einer Operation muß man mit dem Schlimmsten rechnen. Ich habe mich gefragt, ob ich vor dem Tod Angst habe. Vor der Operation habe ich Angst, vor dem Tod nicht. Ich habe dem Tod schon mehrfach ins Auge geschaut. Bei der Operation habe ich Angst vor den Schmerzen danach. Auch die gehen vorbei.“

Das Krankentagebuch von Horst läßt erkennen, wie im Schreiben die Barriere der Verleugnung allmählich perforiert wird, sich die Erkenntnis durchsetzt: „Ich bin unheilbar krank. Die Ärzte haben gesagt, daß es nicht gut aussieht, daß man nicht viel tun kann. Ich werde auch immer schwächer. Heute habe ich zum ersten Mal das Gefühl, daß ich hier nicht mehr rauskomme ...“

6.2 Auflehnung

Zwei Tage später finden wir im Krankentagebuch folgenden Text:

Ich will nicht sterben
ich will nicht sterben
ich WILL NICHT STERBEN.
(Horst, 55 Jahre)

Ein Stadium der Auflehnung findet sich bei vielen Patienten. Im Verlauf längerer Sterbeprozesse erleben wir immer wieder ein solches Aufbäumen. Wir haben oft gesehen, daß Angehörige und medizinisches Personal den Kranken in einer solchen Phase zu beruhigen versuchen, indem sie die Realität gegen die Verzweiflung setzen. Zumeist, weil ihnen der Ausdruck der Verzweiflung schwer ertragbar ist. Für den Kranken selbst aber ist es wichtig, daß er Auflehnung, Zorn, Verzweiflung zeigen kann, daß seine Gefühle sich ausdrücken können. Durch kreative Medien gewinnen sie Gestalt, eine Form, die sich schließt und nach dem „vollendeten Ausdruck“ einen qualitativen Umschwung möglich macht. Dieser kommt nicht zuletzt dadurch zustande, daß man sich zu dem, was man im Medium ausgedrückt hat, in Beziehung setzen kann.

Im Leben darf nur das Leben siegen
der Tod soll mich nicht kriegen.
Verdammt, nein!
Ich will laut schreien
ich will beten
ich will Gott zertreten
ich werde mein Leben
nicht kampflös aufgeben.
(Thea, 67 Jahre, Melanom)

Die Patientin, eine ehemalige Krankenschwester, kennt ihre Prognose, sie weiß, was ihr bevorsteht, und sie kämpft, obgleich die Erkrankung rapide fortschreitet.

Ich bin ein einziger Schrei
die Empörung
brennt
lichterloh.
(Thea, 67 Jahre)

Thea schreibt eine ganze Serie von Gedichten der Auflehnung. Im Gespräch sagt sie darüber: „Ich will so nicht sterben, so nicht. Ich habe zu viele Leute so sterben sehen, jämmerlich verrecken!“ — T.: „Nach meinen Erfahrungen, und Ihre werden wohl ähnlich sein, gehen die Patienten mit ihrer Krankheit doch recht verschieden um.“ — Thea: „Die meisten gehen nicht gut damit um.“ — T.: „Was heißt für Sie ‚gut

damit umgehen', können Sie mir das sagen?" — Thea: „In Würde sterben, meine ich. Das können nicht viele. Ich will das in Würde hinter mich bringen!" — T.: „Sie schreiben sehr viel über Empörung und Auflehnung." — Thea: „Ich finde das unwürdig. Krebs, Hautkrebs, Metastasen. Ausgerechnet das. Ich finde das unwürdig, so innerlich zu zerfallen. Ich will wenigstens seelisch nicht zerfallen."

6.3 Loslassen

Die Krankheit wird als Kränkung erlebt, als Entwürdigung, als Zerfall, und es wird das Bestreben dagegengesetzt, die persönliche Würde und Integrität zu bewahren. Empörung und Auflehnung sind hierzu wesentliche Elemente. Das Ich wehrt sich gegen den Zerfall, oft bis an die Grenzen der Kräfte, worauf dann ein Zusammenbruch eintritt, in dem die Integrität, um die so hart gerungen wurde, zerfällt. Aus einem solchen Zusammenbruch in eine akzeptierende Haltung zu gelangen, ist schwierig. Oft bleiben Verbitterung, Resignation oder Apathie. Die poesie- und bibliothераpeutische Arbeit will Zusammenbrüche verhindern, ohne daß damit die Schärfe der Auflehnung gebrochen würde. Das Niederschreiben der Gedanken und Gefühle ermöglicht eine Kanalisierung. Das Lesen des Geschriebenen bietet die Chance zu einer inneren Distanz in der Nähe. In dieser Mittelposition von Betroffenheit und Danebenstehen können sich Integrationsleistungen vollziehen. Die Auseinandersetzung mit der Massivität ihrer Empörung, wie sie in den Gedichten zum Ausdruck kam, die Gespräche mit dem Therapeuten, die Erinnerung an Menschen, die sie hat sterben sehen, führen Thea zu einem Loslassen, einer akzeptierenden Haltung der Krankheit und dem eigenen Sterben gegenüber, das nicht durch den Zusammenbruch der psychischen Ressourcen eine resignative Anpassung ist (Lückel 1981).

Daß ein jeder sterben muß,
ist leicht zu sagen.
Der persönliche Schluß
ist schwer zu ertragen.
Wirklich bei mir zu sein,
fiel mir nie leicht.
Durch all diese Pein
hab ich's erreicht.
Ich bin ein Mensch,
und Menschen müssen sterben.
Und doch —
es ist gut, ein Mensch zu sein.
(Thea, 67 Jahre)

Das Akzeptieren des Sterbens führt meistens zu einem Nachlassen von Todesangst. Der Tod verliert seine Schrecken, wenn deutlich wird: *der Tod ist Teil meines Lebens*. Er ist nicht Schlußstrich, sondern Rundung. Der Topos der Rundung ist charakteristisch für das Stadium der Akzeptanz. Die scharfen Kanten sind gebrochen. Das Runde ist weich, fügt keine Verletzungen zu. Eines der letzten Gedichte von Thea drückt diese Erfahrung aus:

Wie ein Bogen spannte sich mein Leben
der Sonne, dem Tag, der Zukunft entgegen.
Der Tag neigt sich zur Nacht.
Der Anfang zum Ende,
der Tod nimmt sacht
mein Leben in die Hände.
(Thea, 67 Jahre)

Das Moment der Geschlossenheit, die Erfahrung, daß sich das Leben gerundet hat, ist von Tod und Sterben nicht zu trennen. Anfang und Ende grenzen das individuelle Leben zu einer Einheit ab, die als eine intensive Bekräftigung von Identität erlebt wird und nicht als Zerfall.

Mein Leben kommt zu Ende
ich hatte meinen Anfang vergessen.
Mein Ende führt mich zum Anfang.
Ich habe mich selbst gefunden
ein letztes Mal
ganz.
(Thea, 67 Jahre)

Poesietherapeutische Arbeit ermöglicht ein „aktives Sterben“. Aktives Sterben meint nicht Aktivität bis zum letzten Atemzug im Sinne eines Tun-Müssens. Annehmen, Akzeptieren darf nicht mit Passivität gleichgesetzt werden. Sich überlassen, sich offenhalten für Erfahrungen ist nichts Passives. Die Einwilligung wird konstitutiv für die Synergie (Petzold 1972); und Sterben ist ein synergetischer Prozeß, in dem Leib und Bewußtsein *miteinander* wirken, nicht *gegeneinander*. Das schmerzliche, das kämpfende Sterben begegnet uns häufig, wo diese Synergie nicht gelingt. Wenn ein Einklang zwischen den Strebungen des Organismus und den Strebungen des Bewußtseins erreicht werden kann, wenn die Bedingungen der Krankheit, des Settings, der Medikation diese Synergie nicht stören, zerstören, kann ein fließendes, strömendes Sterben erreicht werden, wie es gerade in Gedichten, die unter derartigen Erfahrungen entstanden sind, zum Ausdruck kommt.

Wie der Oleander verströmt sich
mein Leben
in den Abend.
(Hilde, 64 Jahre, letzte Lebenswoche)

Die Hand des Tods
ist wie ein Flaum
ein sanfter Traum
am Saum des Boots
gleitet sie
wie eine Welle.
(Johanna, 81 Jahre, letzte Lebenswoche)

6.4 Poesietherapeutische Sterbebegleitung als dialogische Erfahrung

Das Gedicht des Sterbenden ist eine Selbstäußerung. Er teilt sich der Welt mit, den Begleitenden, seinen Angehörigen und nicht zuletzt sich selbst. Der geschriebene Text bietet eine Möglichkeit, mit sich selbst intensiver in Kontakt zu kommen, in Dialog zu treten. Eine derartige Autokommunikation (Petzold 1977c, 102f; 1983, 16) hat eine bedeutende Funktion für das Ich, das im Verlöschen begriffen ist. Ich spreche im Text zu mir selbst, ich erkenne mich im Text, mir werden Dimensionen meiner Persönlichkeit bewußt, die mir über die Ebene der reinen Reflexion verborgen geblieben waren. Der geschriebene Text wird ein Medium, das mit bewußten und unbewußten Inhalten *geladen* ist (ibid. 103). Die Diskurse des Unbewußten werden durch das Geschriebene dechiffrierbar.

Der Wald

Mir ist, als hätte ich einen Wald durchschritten
die Dunkelheit der Bäume läßt von mir ab
die Schatten sind wie abgefallen
vor mir liegt die Weite der Ebene.
(Else, 50 Jahre, Lungenkrebs, infaust)

Die Patientin, die einen sehr schweren, von Schicksalsschlägen gezeichneten Lebensweg hinter sich hatte, war über ihre Krankheit und ihren Zustand in Unkenntnis gehalten worden. Zum Schreiben von Gedichten wurde sie durch eine Stationsschwester, die poesietherapeutisch arbeitete, angehalten. Die Patientin selbst hatte ihrer Krankheit gegenüber eine massive Verleugnungstendenz. Den Angehörigen, den Schwestern und Ärzten gegenüber hatte sie immer wieder die Zuversicht bekundet, bald gesund zu werden, und sie war auch in dieser Auffassung bestärkt worden. Gedichte schreiben machte ihr Spaß, und sie entwickelte eine große Produktivität. Die Gedichte werden den Schwestern und Mitpatienten gezeigt und vorgelesen. Zum Gedicht „Der Wald“ überrascht sie die Schwester mit folgenden Sätzen:

„Schwester M., ich weiß, daß ich nicht mehr lange zu leben habe. Ich muß sogar schon bald sterben.“ M.: „Wieso das denn, Frau F.?“ P.: „Ich hab das Gedicht da vor ein paar Tagen geschrieben. Gestern abend habe ich es dann nochmal gelesen, und da wußte ich es plötzlich. Der dunkle Wald, das ist mein Leben, die Ebene, das ist der Tod, die Unendlichkeit. Ich hab auch gar keine Angst. Ich bin ganz gefaßt. Wie ich das Gedicht geschrieben hab', wußte ich gar nicht, was war. Das ist mir erst später klar geworden, als ich es nochmal gelesen habe.“

Die Patientin hatte die Botschaft ihres Unbewußten entziffert. Die Bilder des Gedichtes waren eine Verdichtung ihres Lebensgefühls, das bedrückt, düster war, eine Bedrängnis, die jetzt, im Sterben, von ihr abfiel. Sie verstarb 14 Tage später. In ihren letzten beiden Lebenswochen arbeitete sie intensiv an neuen Gedichten und stellte etwa 40 fertig. Die Endfassungen wurden von ihr in ein Album eingetragen als „Vermächtnis für ihre Tochter“. Frau F. hatte ihre Tochter kurz nach der Geburt in ein Heim gegeben und sie erst mit acht Jahren, nach einer erneuten Heirat, wieder zu sich geholt. Das Verhältnis blieb gestört. „Ich bin nie mehr an mein Kind herangekommen. Ich hab ihr viel Liebe gezeigt. Ich konnte das erst zu spät. Sie hat mich total abgelehnt. Erst in den letzten beiden Jahren und jetzt, während der Krankheit, ist es ein bißchen besser geworden. Richtig reden können wir nicht miteinander.“ Das „Vermächtnis“ sollte der Tochter nach ihrem Ableben übergeben werden. Der erste Text des Bandes lautet:

Vermächtnis

Was kann ich dir hinterlassen?
Eine letzte Berührung,
einen Wunsch für dein Leben?
Von Herzen, mit aller Liebe
wünsche ich dir,
im Leben geborgen zu sein.
Das hab ich gefunden, Geborgenheit,
ich.
Glaube mir, es gibt sie.
Ich, selbst ich, habe sie gefunden.
Nimm, was ich schreibe,
wie ein letztes Streicheln deines Gesichts.
Zart,
wie ich es vielleicht nie vermochte.
Es gibt diese Zartheit!
Ich fühle sie
für dich.

Der Gedichtband ist eine letzte Kommunikation, und mehr noch, er steht für einen Dialog, der nie stattfinden konnte, ist eine Mitteilung, die in der Intensität und Innigkeit weder der Tochter entgegengebracht

werden noch von dieser angenommen werden konnte. Die Gedichte des Bandes über „Die Blume“, „Die Tränen“, „Nachtstunden“, „Verlorene Zeit“, „Meiner Hände Arbeit“, „Meine Mutter“, „Mein Vater“, „Meine Kindheit“, „Ich hatte eine Puppe“ usw. waren autobiographische Zeugnisse, Erlebnisse und Erfahrungen, mit der die Mutter sich ihrer Tochter verständlich machen wollte, ihr vermitteln wollte, was für ein Mensch sie geworden war, wodurch sie so geworden war. Keine Entschuldigung, keine Appelle, kein Werben um Verständnis war in diesen Texten.

Du sollst mich kennen,
ich kannte meine Mutter nicht!
Du sollst mich kennen,
weil auch ich dir unbekannt blieb.
Du sollst mich kennen, denn ich möchte dir —
in letzter Stunde noch —
den Spiegel geben, der mir fehlte:
das Herz der Mutter,
die Liebe der Mutter,
die Hände der Mutter.
Glaube mir — es ist so schwer,
sich zu lieben, ohne das alles.
Erst jetzt — in letzter Stunde noch —
beginne ich
mich zu lieben.

Für die Tochter war das „Vermächtnis“ eine Konfrontation, die lebensverändernd wirkte. Das Büchlein wurde ihr von der Schwester/Poesietherapeutin mit einem konkreten Gesprächsangebot übergeben: „Ich habe das Entstehen dieser Gedichte miterlebt. Ihre Mutter hat mit mir über viele dieser Texte gesprochen. Wenn Sie sich mit mir über den Inhalt dieses Bändchens unterhalten möchten, werde ich das gerne tun. Vielleicht hilft es Ihnen, das eine oder andere besser zu verstehen.“

In der poesietherapeutischen Arbeit mit Sterbenden regen wir des öfteren Patienten, die sich gerne in Gedichten ausdrücken, dazu an, ihre Texte für Menschen zu sammeln, denen sie etwas ganz Persönliches von sich hinterlassen möchten. Derartige Hinterlassenschaften sind für die Autoren selbst und mehr noch für die, denen sie zgedacht sind, kostbare Geschenke. Wir bieten dabei verschiedene Formen an: die des Krankentagebuches, die der Gedichtsammlung, oft auch die Form des Briefes. Hinterlassene Briefe an wichtige Bezugspersonen geben dem Kranken die Möglichkeit einer letzten Aussprache, einer Entlastung, einer gesammelten Mitteilung. Natürlich dürfen derartige Anregungen nicht dazu führen, den tatsächlichen Dialog zwischen den

Angehörigen und dem Sterbenden zu ersetzen oder gar zu verhindern. Es kommt vielmehr in der Regel durch das Schreiben der „nicht abgesandten“ Briefe oder der „Vermächtnis-Gedichte“ zu einer Intensivierung der Kommunikationsmöglichkeiten, zu einer Vorbereitung des Gesprächs durch den Text. Die Autokommunikation, die Zwiesprache mit sich selbst, ermöglicht die dialogische Situation.

Dies gilt nicht nur für den Kontakt mit den Angehörigen, sondern auch für die Beziehung zu Personen, die das Sterben begleiten: Schwestern, Ärzte, Seelsorger o. a. Der Brief bietet hier eine hervorragende Zugangsmöglichkeit bei Patienten, die schwer anzusprechen sind. Er ermöglicht besonders dem von außen kommenden Begleiter, auch Kontakt zu halten, wenn er nur ein- oder zweimal in der Woche kommen kann. Manche Dinge lassen sich in einem Brief leichter sagen oder in einem Gedicht, wobei das Geschriebene zum Ausgangspunkt für nachfolgende Gespräche genommen werden kann. Wir finden immer wieder Situationen, wo der Text die einzig mögliche Form der Kommunikation ist. Der Patient hat die Rede verloren, aber nicht die Worte. Zumindest gelingt es ihm nicht, bedeutungsvolle, gefühlsbesetzte Inhalte mitzuteilen. Sie bleiben dem Gedicht vorbehalten. „Ich kann Ihnen das im Gedicht viel besser sagen, was mich bewegt. Es ist so schwer, über diese starken Gefühle zu sprechen, die die Krankheit in mir auslöst, und daß ich sterben muß. Das Gedicht macht mir da vieles leichter. Ich glaube auch, Sie verstehen mich da besser.“

Poesietherapeutische Arbeit kann auch durch Gedichte initiiert werden, die für einen alten, kranken oder sterbenden Menschen geschrieben werden, um ihn in seiner Situation zu erreichen. Gedichte vermögen zu berühren, wo alle Zugänge verschüttet scheinen. Derjenige, der ein Gedicht erhält, fühlt sich in ganz besonderer Weise gemeint. Er erhält etwas Einzigartiges, das nur ihm gilt. *Irma Petzold-Heinz* (1938) hat in den dreißiger und vierziger Jahren als Krankenschwester in dieser Weise Patienten begleitet, indem sie für sie Gedichte oder Gedichtzyklen schrieb, die Trost gaben, Dialog und Auseinandersetzung mit der Krankheit ermöglichten. Dem poesietherapeutisch erfahrenen Begleiter sollte das Gedicht als Medium des Ausdrucks und der Problemverarbeitung selbst vertraut sein. Er vermag dann Patienten durch Gedichte anzusprechen oder auf die Texte der Patienten, wo es angezeigt und stimmig ist, mit einem Gedicht zu antworten. So können sich dialogische Gedichtzyklen ergeben, eine sehr intime, innige Form des Dialogs, der Qualitäten gewinnen kann wie zwischen Liebenden, die sich Gedichte oder Briefe schreiben. Derartige Dialoge erfordern nicht nur die Fähigkeit, sich berühren zu lassen und Resonanz zu geben,

sondern die Möglichkeit, eigene intensive Regungen im Text auszudrücken. Diese Fähigkeiten sind in uns oft verschüttet oder verlorengegangen. Die Sterbenden können uns helfen, sie wiederzufinden.

*Das Land ist sanft von Dämmerungen,
Der Horizont ist silbergrau.
Mit schweren Tropfen sinkt der Tau,
Das letzte Vogellied verklungen.*

*Jetzt singt mein Herz dir neue Lieder,
Die mir der Tag, die Nacht zusang.
Der Wind nimmt meiner Harfe Klang,
Legt ihn vor deinem Fenster nieder.*

*Dort spielt er fort, mit dunklem Klingen
Sagt er dir Trost mit warmem Ton.
Dann fliegt er durch die Nacht davon,
In meinem Herzen fortzusingen.*

Irma Petzold-Heinz (1938)

Literatur

- Bäumges, U., Petzold, H., Integrative Gruppenarbeit mit älteren Glaucom-Patienten, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1982, in: *Petzold* (1985).
- Bellak, L., Karasu, T. B., Geriatric Psychiatry. A handbook for psychiatrists and primary care physicians, Grune & Stratton, New York 1976.
- Berry, M. F., Contemporary bibliotherapy: systemizing the field, in: *Rubin* 1978a (185-190).
- Bubolz, E., Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz*, Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979 (343-382).
- , Bildung im Alter, Lambertus, Freiburg 1983.
- Canetti, E., Drei Dramen, Fischer, Frankfurt 1964.
- Engelsmann, F., Das Buch und der Kranke, Prag 1957.
- Erikson, E., Identität und Lebenszyklus, Suhrkamp, Frankfurt 1974.
- Frohne, I., Musiktherapie mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz*, Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979 (383-396).
- Hummel, K., Öffnet die Altenheime, Beltz, Weinheim 1982.
- Karasu, T. B., Waltzmann, W., Dying, death and funerals, in: *Bellak, Karasu* (1976) 247-278.
- Kübler-Ross, E., On death and dying, Macmillan, New York 1972.
- Leedy, J. J., Poetry Therapy, Lippincott, Philadelphia, 1969.
- , Poetry the healer, Lippincott, Philadelphia, 1973.
- Lerner, A., Poetry in the therapeutic experience, Pergamon Press, Oxford 1978.
- Lehr, U., Psychologie des Alterns, Quelle & Meyer, Heidelberg 1979a, 4. Aufl.
- , Interventionsgerontologie, Steinkopff, Darmstadt 1979.

- Lückel, K., *Begegnung mit Sterbenden*, Kaiser, München 1981
- Marcel, G., Petzold, H., Anthropologische Vorbemerkungen zur Bildungsarbeit mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz* (1976), 9-18.
- Moody, M. T., *Bibliotherapy for chronic illness*, Hospital Congress, January 1964, in: *Rubin*, 1978a, 276-280.
- Muuss, R. E., *Adoleszenz*, Klett, Stuttgart 1971.
- Oesterreich, K., *Psychiatrie des Alterns*, Quelle & Meyer, Heidelberg 1975.
- Peck, R., *Psychologische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*, in: *Thomae, H., Lehr, U., Altern, Probleme und Tatsachen*, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt 1972, 530-544.
- Perls, F. S., *Gestalt, Wachstum, Integration*, Junfermann, Paderborn 1980.
- Petzold, H., *Leben und Werk von Otto Marx — Gedanken zum niederrheinischen Pleinairismus*, *Das Tor* 10 (1969), 203-213.
- , Die eschatologische Dimension der Liturgie, *Kyrios* 1/2 (1972), 67-95.
- , Integrative Geragogik — Die Gestaltmethode in der Bildungsarbeit mit alten Menschen, in: *Petzold, Brown* (1977a), 214-246 und in *Petzold* (1985).
- , Thymopraktik als Verfahren integrativer Therapie, in: *H. Petzold, Die neuen Körpertherapien*, Junfermann, Paderborn 1977b, 252-312.
- , Theorie und Praxis der Traumarbeit in der integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 3/4 (1977c), 147-175.
- , Das therapeutische Theater Iljines in der Arbeit mit alten Menschen, *Zeitschrift für humanistische Psychologie* 2 (1979), 105-119.
- , Der Schrei in der Psychotherapie, 1982, in: *H. Petzold, Leiblichkeit*, Junfermann, Paderborn 1985.
- , Puppenspiel in der therapeutischen und geragogischen Arbeit mit alten Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1982b), 74-112, in: *Petzold* (1985).
- , Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie, Pfeiffer, München 1983.
- , Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn 1983a.
- , Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985.
- Petzold, H., *Bubolz, E., Bildungsarbeit mit alten Menschen*, Klett, Stuttgart 1976.
- Petzold, H., *Brown, G., Gestaltpädagogik*, Pfeiffer, München 1977.
- Petzold, H., *Bubolz, E., Psychotherapie mit alten Menschen*, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H., *Berger, A., Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen*, in: *Petzold, Bubolz, Psychotherapie mit alten Menschen*, Junfermann, Paderborn 1979, 397-426.
- Petzold, H., *Orth, I., Dynamische Poesietherapie*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1979.
- Petzold, A., *Lückel, K.: Lebensbilanz und Lebenspanorama*, in: *Petzold* (1985)
- Petzold-Heinz, I., *Abendgrüße an eine Kranke*, Düsseldorf 1938; Hessischer Heimatverlag, C. Rinck, Darmstadt 1956².
- , *Literarische Werkstätten im Altenheim*, dieses Buch, S. 377-386.
- Rosenmayr, L., *Altersvorbereitung — ein Weg zu sich selbst*, in: *Pro Senectute, Schneider, H. D. (Hrsg.), Vorbereitung auf das Alter im Lebenslauf*, Schöningh, Paderborn 1981, 17-38.
- Rojas-Bermúdez, J., *Nucleo del Yo, Genitor*, Buenos Aires 1979.
- , Die Puppe und Medien als Intermediär-Objekte, *Integrative Therapie* 1/2 (1982), 38-57.
- Rubin, J. R., *Using bibliotherapy, a guide to theory and practice*, Oryx Press, London 1978b.
- , *Bibliotherapy source book*, Oryx Press, London 1978a.

- Schneider, H. D., Ressourcen im Alter, *Zeitschrift für Gerontologie* 12 (1979), 476-538.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H., Die Begleitung Sterbender, Junfermann, Paderborn 1984.
- Spitz, R., Vom Dialog, Klett, Stuttgart 1978.
- Sweeney, D., Bibliotherapy and the elderly, in: Rubin (1978a), 179-184.
- Teirich, H. R., „Gezieltes“ und „ungezieltes“ Verleihen von Büchern als psychotherapeutische bzw. psychohygienische Maßnahme (ein Beitrag zur sog. „Bibliotherapie“), *Psychotherapie und medizinische Psychologie* 12 (1962) 21-30.
- Zimmermann, D., Soziale Isolation und Einsamkeit bei psychiatrischen Langzeitpatienten, Beltz, Weinheim 1982.