

Dr. Karl-Heinz Reger

Gruppenpsychotherapie mit älteren Menschen

Seminar in der Akademie für Medizinische Fortbildung
der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bad Segeberg
19. August 1995

„Wann kommen denn nun die schönen Jahre?“

Ambulante Gruppenpsychotherapie mit älteren Patienten

In unserem zweiten Seminarteil, der praktische Erfahrungen und Anregungen vermitteln soll, will ich von einer tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie mit älteren Patienten in meiner eigenen Praxis berichten.

Diese Therapie dauerte vom Januar 1994 bis Januar 1995. Sie fand statt in meinem wahlweise als Gruppenraum und Wartezimmer nutzbaren, größten raum in meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis.

Diese Praxis befindet sich in der Stadtmitte Schleswigs. Zur kurzen Orientierung: Schleswig hat ca. 30.000 Einwohner, ist als Kreisstadt aber auch Zentrum für ca. 100.000 Einwohner der umliegenden, stark landwirtschaftlich geprägten Gegend. Ich betreibe die Praxis seit dreieinhalb Jahren. Vor meiner Niederlassung waren bereits vier Nervenärzte in der Stadt Schleswig in zwei Praxen tätig.

Die Teilnehmer der Gruppe waren Patienten aus meiner Sprechstunde, alle seit einigen Monaten in unterschiedlich strukturierten Einzelgesprächen, zum Teil auch psychopharmakologisch vorbehandelt oder aktuell in Behandlung.

Ich will kurz darstellen, wie sich meine Praxisklientel zusammensetzt. Es ist eine eher junge Klientel:

- ca. 15 % sind unter 30 Jahre alt,
- ca. 20 % zwischen 30 und 40 Jahren,
- ca. 35 % zwischen 40 und 50 Jahren,
- ca. 20 % zwischen 50 und 60 Jahren,
- ca. 10 % über 60 Jahre.

Auf 30 Männer kommen 70 Frauen.

Es kommen ca. 55 % aus der Stadt Schleswig selbst und ca. 45 % aus den umliegenden Dörfern.

Die Diagnosen verteilen sich so:

(Diagnosen nach ICD-10-Kriterien)

alle „depressive Störungen“	22 %
davon die Hälfte „Dysthymia“ (neurotische Depression)	
depressive „Belastungsreaktionen“	32 %
alle „Angst- und phobische Störungen“	28 %
„schizophrene (und ähnliche) Störungen“	10 %
Suchterkrankungen	10 %
„somatoforme und Funktionsstörungen“	15 %

(Mehrfachnennungen; nicht alle Diagnosen sind aufgezählt)

Nun zu den Patienten der zu beschreibenden Gruppe.

Nach folgenden Eingangsbedingungen hatte ich ausgewählt: Alter ab ca. 50 Jahren, keine klinisch relevante hirnorganische Veränderung, keine manifeste Suchterkrankung, wobei ein Mann ursprünglich mit dem Anliegen, einen Rückfall bei einem anamnestisch bekanntem Alkoholabusus zu verhindern, zu mir überwiesen worden war.

Ich hatte mich um ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis bemüht, so waren es fünf Frauen und vier Männer.

Diagnostiziert hatte ich siebenmal eine „längere depressive Reaktion“ nach ICD-10 (dies entspricht in der ICD-9 am ehesten einer depressiven Entwicklung, einem reaktiven, depressiven Syndrom). Einmal war im engeren Sinne eine depressive Episode, einmal eine häufig rezidivierende depressive Störung festzustellen. Hinzu kamen bei den meisten der Patienten verschiedene Somatisierungsstörungen (Kopfschmerz, Störungen des Verdauungstraktes, dermatologische und rheumatische Beschwerden, Übergewicht und anderes).

Ich hatte nach längerer Vorbereitung und nach Überwindung so mancher Zweifel und Ängste (Es war die erste Gruppe in der gut zwei Jahre bestehenden Praxis) und nach entsprechenden Erläuterungen in den Einzelgesprächen schließlich mit dem Motto „Lebensmitte – was liegt hinter mir, was liegt vor mir“ eingeladen. Ich hatte noch mal ausdrücklich auf die von vornherein festgelegte Dauer von einem Jahr hingewiesen. Irgendeine schriftliche Therapievereinbarung mit den Patienten machte ich nicht.

Vor Beginn der Gruppe wurden die jeweiligen Hausärzte schriftliche informiert, (und es folgten im Verlaufe des Jahres weitere zwei Verlaufsberichte) und für alle Patienten ein Langzeit-Therapieantrag bei der zuständigen Krankenkasse (zur Hälfte RVO- und Ersatzkassen, keine Privatversicherung) gestellt, ein leider recht großer zeitlicher Aufwand für das im ersten Schritt erhältliche erste Kontingent von 40 Gruppensitzungen.

Bei allen Patienten hatte ich vor Therapiebeginn das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) zur Erfassung des Persönlichkeitsprofils und die „Eigenschaftswörter-Liste“ (EWL-K) zur Darstellung der momentanen Befindlichkeit, eine typische Verlaufsdiagnostik, ausgewertet.

Ich will nun den Verlauf der einjährigen Gruppentherapie so konkret wie möglich darstellen und anhand meines eigenen Erlebens einige Reflexionen zur Diskussion stellen.

Wie kann man ein so komplexes geschehen wie eine Gruppenpsychotherapie überhaupt in Worten vermitteln? Mir dient dazu ein einfaches Verfahren, welches ich vor vielen Jahren bei einem Seminar der Lübecker Psychotherapiewochen bei Prof. Jörg Fengler kennengelernt hatte: das sogenannte Gruppenbild. Nach jeder Gruppensitzung stellte ich ein Protokoll mit Stichworten zu Aktivität, Dynamik und den besprochenen Inhalten der einzelnen Teilnehmer. (Mit diesem inzwischen abgewandelten Protokoll haben übrigens Peter Delius und ich vor Jahren eine neu eingeführte Gruppensitzung auf einer psychiatrischen Station dokumentiert.)

Fenglers Anregung ist nun, für jede Sitzung ein sogenanntes Gruppenbild zu suchen: Das heißt, ich überlege im Anschluss, welches Wort, welcher Satz, sei es ein wörtliches Zitat eines Gruppenmitglieds, sei es ein nachformulierter Satz, welches Bild oder welche Phantasie das Geschehen und die Inhalte der gesamten Sitzung am besten wiedergeben könnte. Diese Suche nach einem passenden und innerhalb der Therapiestunden wechselnden Gruppenbild ist auch während der ganzen Sitzung ein Instrument für mich, um den Gruppenablauf zu verfolgen und immer neue, mögliche Interventionen zum Gruppenganzem zu erfinden.

Da es in dem einen Jahr insgesamt 47 Therapiesitzungen gab, gibt es entsprechend viele „Gruppenbilder“ (mit der Einschränkung zweier Sitzungen,

wo ich nur ein „Thema“ abstrakt benennen konnte, da sich mir einfach kein Bild einstellen wollte).

Was lässt sich aus dieser Liste ablesen?

Zunächst vielleicht, dass es, ganz im Sinne Hartmut Radebolds, die zeitüberdauernden „lebenslangen“ Themen aller Gruppen sind: Eltern-Kinder-Beziehung, Abhängigkeit und Autonomie, Partnerschaft, Verantwortung und Schuld ...

Wenn ich die Gruppenbilder aller 47 Sitzungen diesen großen Themenbereichen zuordne, findet sich am häufigsten (14 mal) als Thema das Gruppengeschehen im „Hier und Jetzt“, sowie (12 mal) fragen zum Selbstbild der Teilnehmer. Vereinsamung und Verlust, Beziehung zu Eltern, Kindern und in der Partnerschaft bildeten je vier- bis fünfmal, Erinnerungen an „die früheren Zeiten“ und ausdrücklich das eigene Altern drei- bzw. zweimal das Gruppenbild.

Während im ersten halben Jahr alle Themen in buntem Wechsel auftauchten, ging es im mittleren Teil intensiver um das aktuelle Gruppengeschehen. Durchgehend während des ganzen Jahres tauchten Beziehungsprobleme mit Eltern wie mit den Kindern (und deren Umgang mit den Enkelkindern!) gleich häufig nebeneinander auf. Spiegelt die etwa gleiche Häufigkeit eine Gleichwertigkeit wider? Mir schienen alle Teilnehmer im Laufe des Prozesses immer häufiger ihren eigenen Standort in einer Art Balance zwischen diesen beiden Beziehungsrichtungen „Kinder – Eltern“ bewusst wahrzunehmen.

Eindrucksvoll fand ich die zunehmend offene Thematisierung der eigenen „Endlichkeit“ hinter aller Verlustthematik und parallel zu all den „unendlichen“ regressiven Themen, wenn z. B. der Gruppenverlauf („Was, schon die Hälfte der Zeit ist vorbei?“) und das Gruppenende in den Blick kamen.

Noch eine kleine technische Anmerkung zum Therapiestart: Den Beginn der ersten drei Sitzungen strukturierte ich über jeweils eine Übung: Je zwei bis drei Mitglieder sollten sich, in verschiedene Praxisräume verteilt, gegenseitig berichten, nicht nur wie, sondern auch warum sie mit Vornamen so heißen, d. h. welche Familiengeschichte ihnen dazu bekannt ist; in der zweiten Stunde sollten sich die (jetzt anders zusammengesetzten) Kleingruppen über wichtige und typische Sprüche und Motti aus der Herkunftsfamilie austauschen; in der dritten

Stunde wurden Familienstammbäume (Genogramme) gezeichnet; dann folgte jeweils gegenseitiger Bericht in der gesamten Runde, dann ließ ich die Gruppe zu selbst gewählten Themen übergehen. Diese aus der systemischen Therapie stammenden Aufgaben erwiesen sich als gute Katalysatoren für den Gruppenstart. Ich habe die Vornamens- und die Motto-Übung inzwischen auch in anderen Gruppen verwendet. Die Stammbäume lasse ich jedoch weg, da sie zu zeitaufwendig und zu schwierig sind.

Ich will nicht unerwähnt lassen, dass ich jede Sitzung mit ca. fünf Minuten dauerndem Musikhören einleitete. Ich hatte die Vorstellung, es würde eine Art „Einschwingen, Ankommen“ fördern, stellte jedoch bald einen eher hemmenden als öffnenden Effekt fest, in dem es entweder zu Diskussionen über den Musikgeschmack ohne Annäherung kam oder aber ein mir persönlich übermäßig erscheinender „Harmoniesog“ entstand. Die Gruppe wehrte sich zunächst gegen meinen in der zwanzigsten Sitzung gemachten Vorschlag, die Musik abzuschaffen, ließ sich dann aber auf einen Versuch ein und fand es schließlich besser, die Musik fortzulassen.

Wie erging es mir während des Jahres? Welche Eindrücke blieben mir besonders in Erinnerung?

Zur Anfangsphase:

Hinter aller Gesprächsaktivität stand die depressiv-regressive Wunschhaltung, versorgt zu werden mit dem „Wissen“ des allmächtig phantasierten Gruppenleiters. Ich sollte z. B. die Ergebnisse meiner Einzelgespräche erläutern, nach einer ersten Problemschilderung konkrete Lösungsvorschläge machen oder Persönlichkeitsbeschreibungen abliefern. Diese auf mich gerichteten Erwartungen belasteten mich immer wieder, ich spürte ein kindlich-ungeduldiges Drängen, und es dauerte eindeutig bis in die zweite Therapiehälfte, ehe ich die darin enthaltenen Übertragungsvorgänge deutend-interpretierend nutzen konnte. Dann jedoch konnten alle Teilnehmer sehr produktiv damit umgehen.

Radebold (1983) nimmt an, dass die Anfangsphase mit dieser Erwartungshaltung bei Gruppen im Altersbereich länger und intensiver ist als bei jungen Teilnehmern.

Ebenfalls zu Beginn spürte ich ein ausgeprägte Rivalitätsverhalten der Männer mir gegenüber, teilweise ein regelrechte „Komplott“ gegen den „jungen Mann“ (damit war ich gemeint), der sich mangels praktisch-technischer Berufserfahrung „erstmal beweisen“ sollte. Dies wird der typischen, umgekehrten Übertragungssituation mit latenter oder offener Ablehnung von „unbrauchbaren, die Eltern nicht verstehenden Kindern“ (Radebold, 1976) entsprechen. Andererseits stellte sich auch oft das umgekehrte Gefühl ein, von diesen „alten Männern“ wie ein vervielfältigter Schwiegersohn den angstvoll auf Abstand gehaltenen Frauen der Gruppe halb angeboten, halb als Opfer in den Rachen geworfen zu werden.

Aus dem ganzen Therapieverlauf blieb am deutlichsten die Erinnerung an zum Teil erhebliche Traurigkeit in Anerkenntnis der wirklich allgegenwärtigen Verlust- und Abschiedsthematik, die durch vielfältige reale Problematik ständig genährt wurde und mich als Leiter in Form von Vorwurfs- und Enttäuschungsreaktionen auf Übertragungsebene erreichte.

Sehr positiv erlebte ich die ausgeprägte, oft sehr lebendig und fruchtbar wirkende hohe Gruppenkohäsion. Dieses starke Zusammengehörigkeitsgefühl wird von vielen Autoren bestätigt und mit der eben erwähnten Verlustthematik in Zusammenhang gebracht, die ein Gefühl von „Schulterschluss“ angesichts der gemeinsamen Bedrohung erzeugt.

Schwer fiel mir der Umgang mit einer Patientin, die sich in ihrer ausgeprägten Tendenz, ein Co-Therapeuten-Stellung einzunehmen, nicht bremsen ließ. Immer wieder scheute ich mich, sie stärker zu konfrontieren. Hier waren sicher meine eigenen primären Übertragungsreaktionen einer „Mutter-Person“ gegenüber im Spiel. Diese Patientin hatte insgesamt eine dominante, kontrollierende Position in der Gruppe und vermochte die darin verborgene Abwehr, sich ihre eigene Schwäche einzugestehen, bis zum Ende nur wenig und punktuell zu erkennen.

Problematisch zeigte sich die Abschlussphase. Durch das von vornherein festgelegte Therapieende provozierte ich nochmals heftige vorwurfsvolle Reaktionen im Sinne von Im-Stich-Lassen. Ich erlebte mich geizig und übermäßig streng, als ich das näher rückende Therapieende bestätigen und

verteidigen musste. Gegen den Impuls, mich doch zu einer Verlängerung überreden zu lassen, half mir nicht zuletzt die Tatsache, dass nach einer zweiwöchigen Pause die nächste Gruppenrunde auf „ihre Zeit“ wartete. Mir wurde dabei auch noch stärker bewusst, dass neben der absichtlichen, inhaltlichen Begrenzung auf einen Focus der Versorgungsdruck in einer Praxis meine Arbeitsweise mitbestimmt.

Insgesamt strukturierte ich den jeweiligen Gesprächsablauf mit Ausnahme der schon dargestellten „Anfangstechniken“ nicht, und meine, dass diesbezüglich auch keine grundsätzliche Abänderung in der Technik für Gruppen mit Älteren erforderlich ist. Allerdings interveniere ich beim Schweigen eher früh, z. B. mit Gruppenbildern, wie ich es oben dargestellt habe. Direkte Fragen versuchte ich zu beantworten, wenn mir eine konkrete Antwort möglich war, z. B. gab ich dem großen Informationsbedürfnis nach Krankheitsbegriffen aus dem somatischen Bereich oder Therapieverfahren öfters nach und erkundigte mich aktiv, ob meine Erläuterungen verstanden wurden.

Intensiv wurde immer wieder über abwesende Mitglieder (Kur, Krankenhaus, Reisen) gesprochen, und hier ließ sich oft besonders gut der latente Wunsch nach Zusammenhalt, Treue und Beständigkeit verdeutlichen und die entsprechenden Ängste vor den real drohenden Verlusten thematisieren.

Wie sahen die Erwartungen der Teilnehmer aus, was glaubten sie am Ende erreicht zu haben?

Vorweg müssen hier zwei Therapieabbrüche genannt werden:

Die mit 76 Jahren älteste Teilnehmerin war von Anfang an sehr ambivalent bezüglich der Gruppe und brach nach sieben Sitzungen die Behandlung ab. Sie fühlte sich nach dem Tod ihres Mannes und ihres Hundes (der Auslöser einer depressiven Krise) vom bisherigen Leben abgeschnitten („Meine Zukunft sind die alten Leute.“)

Sie wünschte sich trotz paralleler Einzelgespräche in der Gruppe eine exklusive Beziehung zum Leiter und versuchte in der Gruppe, demonstrativ „wegzuhören“.

Ein 60jähriger Mann kam nach Herzinfarkt unter fortbestehenden Herzbeschwerden, Ängsten und Überforderungsgefühlen leidend zu mir. (Der Patient: „Man strengt sich an, und was hat man davon?“) Nach der siebzehnten Stunde brach er ab. („Alle Ratschläge helfen nichts, warum nur?“) Die Gruppe erfuhr neben seinem vordergründigen Wunsch, in Frührente gehen zu können, wenig von den tiefgreifenden Beziehungsproblemen in seiner Ehe.

Diejenigen Teilnehmer, die das ganze Therapiejahr dabeiblieben, äußerten neben dem Wunsch der Fortsetzung oft auch direkt ihre Freude und ihre positive Bewertung der Gruppe. Drei Beispiele für das „Erreichte“ will ich anführen:

Ein 52jähriger Mann kommt angesichts mehrerer Partnerschaftsanstrengungen und in Angst, wieder zu trinken anzufangen, mit der Frage: „Kommt denn nie Ruhe in mein Leben?“ Am Ende ist sein Fazit einerseits skeptisch wie seine Grundhaltung: „Ich gehe so raus, wie ich reingegangen bin“, andererseits jedoch auch: „Ich will mir die alten Fehler verzeihen“ und „Ich suche keine Frau mehr auf Krampf.“

Eine 55jährige Frau mit jahrelangen Magenbeschwerden, nach mehrjähriger Trennung wieder bei ihrem Ehemann und nun schon lange wieder zwiespältig in dieser Beziehung, wirkt extrem unsicher, voll negativer Selbstbilder und kann kaum einen Satz ohne zu stottern sagen. Sie kam mit der Frage: „Kann ich mir jetzt noch einen Bekanntenkreis aufbauen?“ Gegen Ende, nachdem sie in der Gruppe schon viele Wochen überhaupt nicht mehr gestottert hatte: „Ich bin ruhiger geworden. Ich denke darüber nach, ob ich so viel krank bin, weil ich mich seelisch nicht wohl fühle.“ Und, vor der Gruppe: „Ich liebe meinen Mann gar nicht.“

Schließlich eine 62jährige Frau zu Beginn: „Ist ja doch noch einiges, was man leben will.“ Und in der 39. Sitzung: „Ich merke: auch mal den anderen wehtun, wenn ich etwas will.“

Zum Abschluss will ich noch eine Bemerkung zum „Männermangel“ in Gruppen mit älteren Patienten machen.

Mittlerweile ist eine zweite ganz ähnliche wie die beschriebene Gruppe in der Abschlussphase. In der Vorbereitung für diese Gruppe hatte ich nur einen Mann

gefunden, trotz Anfragen und Benachrichtigungen an überweisende Kollegen. Ich hatte natürlich anfänglich Zweifel, wie ich wohl als männlicher Therapeut eine reine Frauengruppe leiten könne, diese Zweifel haben sich jedoch bald gelegt, in der Gruppe herrscht große Offenheit, ebenfalls eine große Gruppenzusammengehörigkeit, die ich oft als „Geschwistersolidarität“ empfinde, Beziehungsfragen zur Mutter wie zum Vater können gleichermaßen bearbeitet werden, am ehesten wird das Thema der eigenen Söhne ausgespart. Dieser Punkt wäre wohl bei einer weiblichen Gruppenleiterin anders.

Für eine nächste Gruppe werde ich wieder in gleicher Zahl Männer wie Frauen dabeihaben. Insofern bin ich nicht der (pessimistischen) Meinung wie J. Kemper (1994) es formuliert, wenn er sagt, Gruppentherapie sei eine Therapie der Frauen!

Mit Kemper (1994) stimme ich aber nach meinen bisherigen Erfahrungen darin überein, dass die prognostisch oft besonders schlecht eingeschätzten Über-60-Jährigen eher die besseren Therapieresultate haben als die ein Jahrzehnt Jüngeren. Auch glaube ich wie er, dass sozialer Statusverlust, Berufsausstieg durch frühe Berentung und erste, schockierende Verluste naher Bezugspersonen in der Gruppe 50- bis 60-Jähriger eine noch größere Rolle für die psychische Vulnerabilität spielen als in späteren Jahren.

In meinem Kopf sind erste Pläne am Reifen, einmal mit einer Gruppe „die Alten und die Jungen“ mit je zur Hälfte alten und jungen Patienten zu arbeiten.