Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1993-1994)

Heft: 42

Artikel: Gruppengespräche im Krankenheim

Autor: Schreiter-Gasser, U.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790121

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 07.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Gruppengespräche im Krankenheim

U. Schreiter Gasser*

Die Idee zu den Gruppengesprächen entwickelte sich bei der Beschäftigung mit der Situation der Dauerpatienten im Krankenheim: die Patienten verbringen den Rest ihres Lebens dort, zusammen mit dem Betreuungs- und Pflegeteam, und bilden eine Schicksals- und Lebensgemeinschaft im Sinne einer (letzten) Familie. Die Frage stellt sich, wie es dem Patienten geht, wie er mit dem Verlust von Privatheit, eigenem Raum und Intimsphäre zurecht kommt, wie mit dem Verlust von Beziehungen, Rolle, Arbeit und Bestätigung, mit Krankheit und Immobilität? Wie kommt er mit einem vorgegebenen Tagesablauf, mit vorgegebenem Essens- und Freizeitangebot zurecht?

Es ist bekannt, dass alte Menschen, die ihre Wohnung aufgeben und in Pflegeheimen aufgenommen werden, relativ häufig kurze Zeit danach versterben. Das spricht an sich nicht gegen die Heime, denn oft ist die schwere, zum Tode führende Krankheit der Aufnahmegrund. Mit der drastischen Aenderung der äusseren Umgebung sinkt aber auch der Lebensmut vieler alter Menschen. Sie verlieren ihre gewohnten Oertlichkeiten und Kontakte. Der Heimalltag verlangt extrem hohe Anpassungsleistungen an Essens- und Ruhezeiten, an eine ungewohnte Küche und oft genug an unliebsame Zimmergenossen. Viele Menschen haben ihr Leben lang eine solche Einschränkung nie erfahren. Wie sollen sie sie jetzt tolerieren, nachdem sie Jahrzehnte nach ihren individuellen Bedürfnissen leben konnten. Psychische, insbesondere aber auch somatische Symptombildungen als Reaktion auf eine veränderte Umgebung drücken oft das Unwohlsein der Patienten aus. Sie sind im Zusammenhang mit der Patientenaufnahme in ein Krankenheim an der Tagesordnung, treten aber auch bei sonstigen Konflikten auf.

Aus solchen Ueberlegungen, aber auch aus Neugier, entstand die Idee, in einem Krankenheim Gruppengespräche anzubieten.
Es wurden zwei Gruppen gebildet von jeweils sieben und acht Patienten, die sich in vierzehntägigem Abstand für ca. 45 Minuten treffen; leider sind aus zeitlichen Gründen nicht wöchentliche Tref

---

Frau Dr. U. Schreiter-Gasser, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist Heimärztin im Krankenheim Seeblick und fachärztlich tätig im Stadtärztlichen Dienst

fen möglich. Praktische Voraussetzungen zu Gruppenteilnahme sind Kommunikationsfähigkeit im Sinne von Hören- und Sprechenkönnen sowie eine grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme. Alle Patienten sind Dauerpatienten, bei denen eine befriedigende Integration im Krankenheim angestrebt wird. 8 Patienten leiden an der Alzheimer'schen Krankheit und haben eine mittelgradig ausgeprägte Demenz. Andere Diagnosen sind: Schizophrenie, Depressionen, Parkinson'sche Krankheit, Apoplexie, internistische Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Arteriosklerose. Der Altersdurchschnitt der beiden Gruppen liegt bei 83 Jahren, das Geschlechterverhältnis beträgt - wie zu erwarten - 3 Männer zu 12 Frauen.
Die Gruppen werden halboffen geführt, das heisst, es treffen sich immer wieder die gleichen Personen, es werden aber bei Bedarf auch neue Patienten aufgenommen.
Die Thematik innerhalb der Gruppen ist offen, aber zentriert auf die emotionale-, kognitive- und Verhaltensebene. Die medizinische Klärung somatischer Beschwerden wird in der Regel auf die Krankenheimvisite verschoben.
Die Gruppensituation ist ein von den Patienten mitzubestimmender und auszufüllender Raum. Die Funktion der Gruppenleiterin ist es, gemeinsame Gespräche anzuregen, wobei häufig gerade am Anfang einer Sitzung aktives Zugehen auf Patienten und Ermunterung wichtig sind. Thematischer Schwerpunkt ist die Realität im Heim/in der Gruppe, unter Einbeziehung auch biografischer Daten. Meist entwickelt die Gruppe in der Sitzung ein zentrales Thema. Die Gruppenleiterin spricht direkt an, wenn jemand fehlt, sei es weil er krank ist, oder nicht kommen möchte. Auch der Tod eines Mitpatienten wird von der Gruppenleiterin direkt angesprochen. Die Patienten selbst äussern sich spontan meist nicht zu diesen Ereignissen, sie sind aber entlastet, wenn es theoretisiert wird. Sterblichkeit und Tod sind wichtige Themen und das Sprechen darüber wird in der Gruppe gut toleriert. Der Tod eines Mitpatienten löst bei den verschiedenen Patienten natürlich unterschiedliche Reaktionen und Gefühle aus: Gleichgültigkeit, nicht Hören- und Wissen wollen, Wut, verlassen worden zu sein, aber auch Niedergeschlagenheit und Traurigkeit. In jedem Fall werden ein Erinnern, ein Nachdenken über verlorene Beziehungen und über den eigenen Tod, Gedanken zu Wert und Sinn des Lebens, angeregt. Die Therapeutin kann so Krisensituationen besser erkennen, der Patient kann seine Bedürfnisse und Rechte artikulieren - etwa was das eigene Sterben betrifft (Einsatz lebenserhaltender Massnahmen, Einweisung ins Spital etc.).
In der Gruppe wird natürlich nicht nur über Verluste und Tod gesprochen, sondern auch über Beziehungen der Patienten zueinander, über Liebe, Sexualität und körperlichen Kontakt. Das sind oft sehr lebendige Sitzungen, bei denen sich sämtliche Patienten an-

gesprochen fühlen und Erinnerungen, Wünsche und Aengste hervorgerufen werden.
Andere Themen in der Gruppe sind: Kränkungen, seien es lebenslang erfahrene Kränkungen, wie etwa arm sein, oder Ausländer sein, oder Kränkungen im Rahmen des Alterungsprozesses durch zunehmende, auch finanzielle Abhängigkeit von anderen; Aufgabe von Selbstbestimmung; frühe Traumata, etwa eine schwere Jugend, Verluste von Vater, Mutter oder Geschwistern, oder Verluste von Partnern oder Kindern, Arbeit, Gesundheit und Geld im Alter. Die Beziehung des Patienten zu seiner Familie kann häufig nur wenig problematisiert werden. Vorwürfe und Groll den Angehörigen gegenüber werden nur vorsichtig geäussert, obwohl viele Patienten sich abgeschoben, überflüssig, nutzlos und vergessen fühlen.
Welches sind nun typische Probleme in der Begegnung mit alten Menschen? Der Therapeut ist meist deutlich jünger, oft liegen zwischen ihm und dem Patienten ein- bis zwei Generationen Altersdifferenz. So kann es kommen, dass der Therapeut unbewusst wie ein Kind erlebt und behandelt wird. Kindlich-Jugendliches wird abgewertet, sei es als Bedrohung oder aus Neid, was sich in Form von abwertenden Bemerkungen äussern kann: ("Das können Sie sich doch gar nicht vorstellen, Sie sind ja noch so jung!") oder aber auch als Somatisierung, dann ist der Körperarzt gefragt und der Gesprächspartner entwertet. Oder man wird als wie das typisch letzte Kind behandelt, das alle enttäuschten Hoffnungen erfüllen soll. Etwa: "so wie mit Ihnen konnte ich noch mit niemandem sprechen". Je grösser der Therapeut dabei gemacht wird, umso stärker dürfte die zu erwartende Enttäuschung sein.
Gleichzeitig sind jedoch die Alten nicht nur "die Alten", sondern sie leben mit ihren aus der Kindheit stammenden Konflikten. Oft ist es das Kind in ihnen, unerfüllte kindliche Bedürfnisse, oder aus der kindlichen Position heraus nicht zu bewältigende Konflikte, die ihren Leidensdruck verursachen. Der ältere Mensch nimmt dann die kindliche Position ein und schreibt dem Therapeuten die Elternrolle zu. Daraus resultieren Abhängigkeit, Unterordnung, sowie kindliches Hoffen auf einen magischen Schutz. Oder der Therapeut wird abgelehnt, sei es als unerwünschter Helfer, aufdringlicher Voyeur oder strenger Richter. Medikamente werden verweigert, Gespräche abgelehnt, aus Scham oder Verlegenheit werden bestimmte Probleme - etwa der Sexualität - nicht angesprochen. Hier muss sich der Therapeut klar werden über seine eigenen Vorstellungen etwa zu Sexualität und libidinösen Wünschem im Alter.
Auf der Seite des Therapeuten können alte Menschen auf den ersten Blick unattraktiv und unergiebig erscheinen, da sie nah dem Tod stehen, einer therapeutischen Anstrengung nicht wert. Dies kann dazu führen, dass sich der Therapeut aus der Behandlung zurückzieht oder übereifrig glaubt, Patienten am Leben erhalten zu

können. Chronischkranke und Sterbende können dem Therapeuten ein Gefühl schwindenden Selbstvertrauens und nachlassender Kompetenz vermitteln. Der ältere Patient kann im Therapeuten Aengste vor eigener Krankheit, Regression, Sterblichkeit und Tod hervorrufen. Häufig werden auch unaufgelöste Schuldgefühle gegenüber den eigenen Eltern deutlich. Angst vor möglichem Neid und aggressiven Attacken, Angst, vereinnahmt zu werden, kann beim Therapeuten zu Ablehnungsverhalten führen. Möglich ist auch eine Ueberidentifikation mit dem Patienten; Mitleid und Traurigkeit blockieren dann ein realistisches Erforschen der Möglichkeiten. Diese besonderen Probleme in der Beziehung mit dem älteren Menschen seien hier nur angedeutet.

Zur praktischen Durchführung der Gruppengespräche: Wichtig ist eine grundlegende Unterstützung des Patienten, sei es im Sinne eines mütterlichen oder auch väterlichen Haltens, einer "spiegelnden" Bestärkung sinnvoller Verteidigungsmechanismen oder im Sinne einer ärztlichen Kompetenz. Aktives Zugehen auf die Patienten und direktes Ansprechen von Problemen - etwa Abwesenheit von Gruppenmitgliedern, Krankheit oder Tod - haben sich bewährt. Gemeinsames Nachdenken fördert Erinnerungen, besonders von Konfliktsituationen. Damit eröffnen sich Möglichkeiten nachträglicher besserer Integration und Linderung von Schuldgefühlen und Ressentiments, etwa wenn jemand über das Scheitern seiner Ehe spricht oder über ein Zukurzgekommensein im Leben. Allerdings muss beim Eingehen auf frühere Konflikte die Toleranzschwelle der Patienten und die Belastbarkeit der Gruppe bedacht werden. Eine Konfliktlösung im eigentlichen Sinn würde den Rahmen einer solchen Gruppe sprengen.
Uebungen, wie geleitetes Phantasieren, zeigen dem Patienten eigene Ressourcen und Möglichkeiten der Regeneration und verstärken die Beziehungen untereinander. Etwa, wenn gemeinsam in Ferienerinnerungen oder Phantasiereisen geschwelgt wird.
Nicht zu vergessen ist auch der Humor, der - wie sonst auch im Leben - Verbindendes und Befreiendes hat.
Jeder soll sich in der Gruppe geborgen fühlen, Konfrontationen sind zu meiden, etwa indem den kränkenden Aspekten eines Konflikts eine stärkere Beachtung zukommt, als den aggressiven. Besondere Aufmerksamkeit verdienen Empfindlichkeiten einzelner Patienten und Aengste vor Abqualizierung und Ausschluss.
Wenn es gelingt, die Patienten miteinander ins Gespräch zu bringen, kann ein Austausch und auch eine gegenseitige Unterstützung möglich werden.
In einer so gemischten Gruppe, wie im Krankenheim, besteht natürlich die Gefahr, dass sich eine Hierarchie bildet mit den Kognitiv-Kompetenten an der Spitze, die dann Thema und Stil in der Gruppe bestimmen. Andere Probleme in der Gruppe sind: Vorur-

teile über das Alter (Veränderungen seien nicht mehr möglich, Unglücklichsein, Depressionen und Aengste gehörten zum Alterungsprozess), negative Haltung Gesprächen gegenüber, das Bedürfnis, ein idealisiertes Bild von sich abzugeben, Scham und Verlegenheit, Passivität und auch Paarbildungen in der Gruppe.
Die Grenzen der Gruppengespräche: Sie bieten keine Konfliktlösungen, keine Einsicht oder ein Selbstverstehen und natürlich auch keine kognitiven Verbesserungen oder Steigerung von Lernfähigkeit.
Was kann eine Gruppe im Krankenheim leisten?
Wünschenswert wären mehr Wohlbefinden und mehr Lebensqualität für die Patienten im Heim, weniger psychosomatische Symptombildungen und pathologisches Verhalten; stärkere Bindungen und mehr Hilfestellungen zwischen den Patienten, bessere Anpassung der Umgebung an die Bedürfnisse der Patienten und damit auch mehr Befriedigung für Patienten und Pflegende.
Die Patienten kommen gerne in die Gruppen, obwohl viele von ihnen Gesprächen gegenüber eine ablehnende Haltung haben und vieles auch schnell vergessen wird. So haben die Erfahrungen gezeigt, dass es selbst unruhigen, dementen Patienten gelingt, sitzen zu bleiben und verständliche Sätze zum Thema zu äussern. Psychotische, zurückhaltende Patienten tauen auf, zeigen Spontaneität, Depressive "dürfen klagen". Gruppengespräche sind ökonomischer als Einzelgespräche. Sie aktivieren auch stärker das Selbsthilfepotential der Patienten.

Es ist befriedigend, am Ende einer Gruppensitzung das Gefühl zu haben, dass sich alle ein Stück näher gekommen sind.