

Vom Scheitern lernen – Integration von Gruppenpsychotherapie in der stationären Altenpflege aus personenzentrierter Perspektive

Inhalt

Abstract	1
Vorbemerkung	2
Vorgeschichte	2
Einleitung	4
Methoden und Fragestellung	6
Methode und Setting der untersuchten Gruppenpsychotherapie im Alten- Pflegeheim	6
Fragestellung und Forschungsdesign	8
Ergebnisse	9
Diskussion	18
Ausblick	19
Resümee	21
Literatur	22

Abstract

Die Erforschung der Hintergründe eines misslungenen Versuches, ein gruppenpsychotherapeutisches Angebot in einem österreichischen Alten-Pflegeheim¹ methodisch zu integrieren, macht verschiedene Erfahrungen aus der Perspektive einer personenzentrierten Psychotherapeutin erlebbar. Diese Erfahrungen werden mit theoretischen personenzentrierten Aspekten und mit gruppendynamischen Überlegungen aus der Organisationsbeobachtung verbunden. Dabei werden künftige

¹ Personenbezogene Daten und Daten, die Rückschlüsse auf die Institution zuließen, wurden in dieser Arbeit vollständig anonymisiert.

Konzepte auf eine erfahrungsorientierte Basis gestellt. Vergleiche mit einem österreichischen Projekt, um Nachhaltigkeit auf der Führungsebene im Kontext qualitativ hochwertiger gerontologischer Arbeit zu leisten, inspirieren dazu, therapeutische Gemeinschaft wirksam werden zu lassen und bedürfnisorientierte Wege zu gehen. Gewaltfreie Kommunikation, die vor allem Empathiefähigkeit fördert und Selbsterfahrung unterstützt, fließt methodisch in Konzeptionen ein. Sinnstiftende Formen der Zusammenarbeit geben der Arbeit außerdem eine holistische, zeitgemäße Perspektive.

Vorbemerkung

Das Scheitern eines Projektes in einem österreichischen Alten-Pflegeheim, welches eine nachhaltige methodische Integration von Gruppenpsychotherapie zum Ziel hatte, brachte mich dazu, die Hintergründe dieses Scheiterns genauer zu untersuchen. Dem Thema näherte ich mich, ganz im Sinne einer personzentrierten Tradition (Morten, 1999/2002; Pörtner, 2010; Rogers, 2012;). Ich gehe meinen Resonanzen nach, die mir durch die Begegnungen in der Arbeit dort erlebbar wurden, und stelle unterschiedliche Situationen mit verschiedenen Personen in Vignetten dar. Hermeneutische Empathie (Keil, 2012) und psychodynamische Aspekte der Organisationsbeobachtung (Hinshelwood und Skogstad, 2006) sind dabei die wesentlichen Zugänge meiner Forschungsarbeit. Dort, wo Bedrohliches abgewehrt wird, weil Angst groß ist, entwickelt sich Kultur auch unbewusst, bleibt dadurch oftmals intransparent und wird daher nicht hinterfragt. Mit Methoden gewaltfreier Kommunikation (Rosenberg, 2003) und sinnstiftenden Organisationsideen (Laloux, 2015) lassen sich auf Grundlage des Ansatzes der therapeutischen Gemeinschaft (Jones, 1976) Visionen entwickeln und auch mit einem bereits bestehenden Modell vergleichen (Bahr, 2006), damit Altenheime zukünftig vermehrt Orte der Lebendigkeit und des Austausches sein dürfen.

Vorgeschichte

Verhandlungen eines österreichischen Sozialversicherungsträgers mit privaten Einrichtungen und Dienstleistern im Bereich der Psychotherapie führten im Sommer 2016 zu Veränderungen und in der Folge zur Erhöhung des Kontingentes der Gruppenpsychotherapiestunden in einem österreichischen Bundesland. Mein damaliger Dienstgeber, eine psychosoziale Einrichtung, trat mit einem Rundschreiben an die angestellten Psychotherapeutinnen heran, um diese zur

Umsetzung von Gruppentherapieangeboten zu motivieren. Ich bewertete diese Möglichkeit als idealen Rahmen, um sinnvolle und bedürfnisorientierte Angebote entwickeln zu können. Dabei nutzte ich, für weitere Überlegungen und eine mögliche Umsetzung, meine langjährige Erfahrung und Kontakte zu einem Alten-Pflegeheim, in dem ich mir die Integration eines Gruppentherapieangebotes gut vorstellen konnte.

Konkret hieß das, dass ich über meine Anstellung bei einem externen Dienstgeber einer stationären Gruppe in einer Organisation, nämlich im oben angeführten Alten-Pflegeheim, methodisch integrieren wollte. Ich führte Gespräche mit meinem damaligen Dienstgeber und mit dem zuständigen Pflegedirektor des Alten-Pflegeheimes. Alle Gespräche verliefen konstruktiv und die Stimmung in der Institution nahm ich vorerst als offen und interessiert an der Umsetzung dieses Vorhabens wahr. Kurze Zeit darauf konnte die Detailplanung zur Gruppenentstehung starten. Das Alten-Pflegeheim ist traditionell hierarchisch strukturiert. Die gesamte Abwicklung der Gruppe war auf die Unterstützung des Pflegepersonales: den Altenbetreuerinnen², den Diplomschwestern, -pflegern und den Helfern angewiesen. Eine intensive Zusammenarbeit war daher notwendig.

Ich verfasste, in Ab- und Rücksprache mit dem Pflegedirektor, einen Brief an die Stationen, der im Vorfeld ausgesendet wurde, um die Idee rund um das Vorhaben transparent zu machen. Dabei wurden verschiedene Aspekte berücksichtigt, unter anderem die Einbeziehung aller Pflegepersonen (Altenfachbetreuerinnen, Diplompfleger und Diplomschwestern und die Helfer), um sich darüber Gedanken zu machen, wer von den Bewohnern im Haus Bedarf an gruppenpsychotherapeutischer Behandlung haben könnte. Die Personen sollten sich in einer Konstitution befinden, die sie zu Gesprächspsychotherapierunden über 1 ½ Stunden befähigt. Ich thematisierte, dass die Gespräche als Möglichkeit zur Aufarbeitung persönlicher Themen genutzt werden können, zur Verbesserung der Kontaktfähigkeit und auch zur Stärkung des Gruppen- und Zugehörigkeitsgefühls innerhalb des Hauses beitragen könnten. Auf krankheitswertige Aspekte bin ich in diesem Brief ebenfalls eingegangen, was ich in späterer Folge in diesem Artikel, im Abschnitt: Methoden und Setting der untersuchten Gruppenpsychotherapie im Alten-Pflegeheim, noch näher ausführe.

Am Ende des Briefes erging an alle mit der Pflege betrauten Personen im Haus eine für das Projekt wichtige Kooperationsbitte. Dabei stand die Unterstützung der

² In der vorliegenden Arbeit verwende ich abwechselnd die weibliche und die männliche Form und spreche damit die Geschlechter gleichermaßen an.

Personen im Vordergrund, denen es nicht möglich war, die Gruppe alleine aufzusuchen, wie Personen im Rollstuhl oder auch an Demenz Erkrankte, dadurch unter Umständen auf Begleitung angewiesene, verwirrte Personen. Ein Bring- und Abholmechanismus vonseiten der Station wurde im Brief erbeten, um die Gruppenteilnehmerinnen und uns bei der Durchführung des Gruppentreffens zu unterstützen. Die Kooperationsbitte hatte zum Inhalt, diese Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen zu gewährleisten. Rosenberg geht davon aus, dass sich, wenn der oder die Adressaten der Bitte mit einem oder mehreren Bedürfnissen des Absenders der Bitte in Kontakt kommen, die Bereitschaft zur Kooperation erhöht (Rosenberg, 2003/2004, 99).

Einleitung

Der Bedarf an Gruppenpsychotherapie im Alten- bzw. Pflegeheim erscheint österreichweit als nicht erhoben. Recherchen, um diesbezüglich Zahlenmaterial und aussagekräftige Untersuchungen zu finden, blieben erfolglos. Die im Lebensverlauf steigende Suizidrate, der Anstieg depressiver Patientinnen und auch die Entwicklung bei den Demenzerkrankungen untermauern den Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung bei alten Menschen. Die Suizidrate im Alter ist bei beiden Geschlechtern progressiv mit zunehmendem Lebensalter (Wolfersdorf et al., 2002, 145). Die Ursachen für Suizidalität können unterschiedlich sein. Neben Depression und Suchtmittelabhängigkeit kann das Alter an sich als Gefährdungskriterium für den Suizid gesehen werden. Suizidalität kann als narzisstische Krise verstanden werden und somit können kränkende Verluste der körperlichen, geistigen und psychischen Fähigkeiten zur Selbstaufgabe führen (Hirsch, Bruder, Radebold; 2002, 5 - 6). Im Rahmen einer umfassenden Behandlungsplanung bei Depression und angesichts der Tatsachen, dass Menschen immer älter werden und auch die Demenzerkrankungen zunehmen, sind psychotherapeutische Angebote dringend ratsam. Zur Darstellung der weltweiten Entwicklung von Demenzerkrankung steht im Alzheimer Report 2013 (Prince et al., 2013, 20):

„Demenz ist einem aktuellen Bericht zufolge stärker verbreitet als bisher angenommen - und die Zahl der Betroffenen soll bis zum Jahr 2050 weiter drastisch steigen. Zurzeit leben weltweit 44 Millionen Menschen mit der Krankheit. Weiters heißt es, diese Zahlen werden bis 2030 auf 76 Millionen und bis 2050 auf 135 Millionen Menschen steigen.“

Je älter die Menschen werden, desto mehr wächst die professionelle Zuwendung zu alten Menschen. Ihre Not kann auch öffentlich und somit zu einer gesellschaftlichen Not werden (Dörner, 2012, 425). Die Gefahr des Abschiebens in ein soziales und psychisches Ghetto ist derzeit von allen Bevölkerungsgruppen für die Alten am größten (ebd.).

Im Gespräch mit einem langjährigen, erfahrenen Mitgestalter in der Ausbildungsszene im Alten-Pflegebereich bleibt mir eindrücklich der Begriff Gerontophobie - als allgemeine Angst vor dem Alter, dem Älterwerden und Ageism – als Begriff, der die Phänomene von Ausgrenzung der Gesellschaft von Alten und die Themen rund ums Älterwerden aufzeigt, in Erinnerung.

Dabei stellt die Abwehr (Rogers, 1959/2007, 36) ein theoretisches Fundament für die Verortung, Symbolisierung und Deutung dahinterliegender Ängste dar. Das Abwehrverhalten wird als die Antwort auf Bedrohung mit dem Ziel, die gegenwärtige Struktur aufrechtzuerhalten, definiert (ebd.).

Ich verorte Abwehrmechanismen, derer ich in der Reflexion über das Protokoll des Scheiterns des dargestellten Projektes gewahr wurde (Scheuringer, 2017). Bei den im Text ausgeführten Vignetten beginne ich als personenzentrierte Psychotherapeutin meiner ersten Resonanz nachzugehen und versuche durch eine Formel hermeneutischer Empathie (Keil, 2012) einen Verstehensprozess einzuleiten, der sich in der Folge in eine Verstehenshypothese ableitet. Diese Hypothese dient vorerst als Grundlage für meine Reflexion. Yaloms Expertisen in der Arbeit mit Gruppen im sozialpsychiatrischen Kontext finden Eingang in meine Ausführungen (Yalom, 1983/2005). Hinshelwoods und Skogstads psychodynamische Aspekte der Organisationbeobachtung ergänzen die Theoriebildung aus tiefenpsychologischer Sicht (2006). Laloux' Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit (2015) gibt abschließend eine Idee zu einer Vision, die sich aus tradierten, bereits etablierten Modellen, wie der therapeutischen Gemeinschaft (Jones, 1968/1976), weiterentwickeln lässt.

Das sich diese Aufarbeitung als Grundlage für die Konzeption künftiger Projekte eignet, sind in diesem Zusammenhang Grundlagen personenzentrierter Pflege (Rogers, 2012; Morten, 1999/2002; Pörtner, 2010), verknüpft mit der Methode und Grundhaltung der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg (2003/2004), als konzeptuelle Vorgangsweise angedacht.

Was sich in den Gesprächen zur Vorbereitung mit den zuständigen Personen im Alten-Pflegeheim und meinem Dienstgeber stimmig und konstruktiv anfühlte, wurde

im Verlauf des Gruppenprozesses hart auf die Probe gestellt. Aus heutiger Sicht sind Veränderungen in der Institution des Alten-Pflegeheimes und Veränderungen in Bezug auf mein Anstellungsverhältnis, die zum Projektstart noch nicht absehbar waren, als Gründe für das Scheitern mit verantwortlich.

Methoden und Fragestellung

Methoden und Setting der untersuchten Gruppenpsychotherapie im Alten-Pflegeheim

Für die Gruppenpsychotherapie wurden 12 Personen vom Pflegedirektor als potenzielle Gruppenteilnehmerinnen genannt. Diese wurden von den Stationsleiterinnen, in Absprache mit ihren Mitarbeiterinnen, befragt, ob sie an einer Teilnahme interessiert seien. Es wurden Therapievereinbarungen mit den Gruppenteilnehmerinnen abgeschlossen. Da sich die Befindlichkeit hochbetagter Menschen sehr an der Tagesverfassung orientiert, setzte man die Ausfallshaftung für fehlende Stunden, die im Normalfall der Klient trägt, bei dieser Gruppe aus. Eine zusätzliche betriebswirtschaftliche Forderung (im Hinblick auf die Kostendeckung) war für meinen damaligen Dienstgeber mit einer Mindestbesetzung von 5 Personen pro Gruppe erfüllt. Diagnosen wurden von mir im Bereich der Depression, somatoformer Störungsbilder und unterschiedlicher Demenzen gestellt und im Einzel- bzw. Zweifelsfall mit der Station rückbesprochen. Jede Sitzung wurde von mir dokumentiert. Der Austausch mit dem Pflegedirektor über besondere Vorkommnisse wurde vereinbart, ebenso wie meine Verschwiegenheitspflicht. Eine Kollegin, die sich zu dieser Zeit in der Ausbildung zur Hospiz- und Palliativpflege befand, wurde als Co-Leiterin für die Gruppe verfügbar. Wir machten nach jeder Gruppensitzung eine kurze Reflexion, um uns über Vorgänge auszutauschen, die uns wichtig schienen für das Verstehen der Gruppenprozesse. Zusätzlich war durch die Unterstützung dieser Co-Leiterin, z.B. bei einem Toilettenbesuch oder bei akuter Übermüdung einer Teilnehmerin, ein frühzeitiges Verlassen der Gruppe für die betreffende Teilnehmerin möglich, ohne die Gruppensitzung unterbrechen zu müssen. Die Gruppe startete Mitte August 2016. Es konnte jede Gruppensitzung durchgeführt werden. Insgesamt wurden 13 Gruppensitzungen, zweiwöchentlich abgehalten. Durchschnittlich waren 7 Teilnehmerinnen in der Gruppe, die Ende Februar 2017 beendet wurde.

Methodisch orientierte ich mich bei der Durchführung der Gruppensitzungen an den Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes (Snijders, Lietaer; 2014, 187 – 199; Rogers, 1980/2012). Hierbei geht es darum, den Klienten durch die Gruppenleitung

und Therapeutin ein klar definierbares, förderliches psychologisches Klima zur Verfügung zu stellen, damit ihre verfügbaren Möglichkeiten, sich selbst zu begreifen und ihr Verhalten zu verändern bzw. zu entwickeln, bestmöglich erschlossen werden können. Dazu sind die hinreichenden Bedingungen in der Echtheit bzw. Unverfälschtheit der Therapeutin, in der Offenheit gegenüber den Gefühlen der Klienten, dem empathischen Verstehen gewissermaßen, und die unbedingt positive Beachtung der Äußerungen der Klienten durch die Therapeutin notwendig (Rogers, 1980/2012, 67 – 68). Im folgenden Abschnitt führe ich acht Prinzipien an, die im Rahmen personenzentrierter Pflege als Erweiterung der Grundprinzipien von Rogers und im Hinblick auf die speziellen Bedürfnisse hochbetagter, oftmals bereits verwirrter und zurückgezogener Personen, zur Förderung der Kommunikations- und Kontaktfähigkeit dienen und Einfluss auf meine Grundhaltung nahmen (Morten, 1999/2002; Pörtner, 2010). Mir erscheinen diese Überlegungen vor allem relevant, um eine gemeinsame Basis im stationären Kontext herzustellen, unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Bewohnerinnen:

- Tiefer Respekt für das subjektive Erleben, die Wahrnehmung und die innere Welt des Einzelnen. Dieser Respekt gründet darauf, dass man einen Menschen nur verstehen kann, wenn man durch Empathie mit seiner inneren Welt vertraut ist bzw. sich in seinen Bezugsrahmen einfühlt.
- Vorbehaltlose Akzeptanz der einzigartigen Eigenschaften jedes Menschen.
- Achtsamer Blick auf die Ganzheit des Menschen.
- Eine positive Sichtweise der menschlichen Natur und ihrer Tendenz zur Entfaltung des ihr innewohnenden Potenzials.
- Die Bedeutung von Gefühlen und Emotionen – insbesondere das Bedürfnis nach positiver Wertschätzung – wird stärker betont als kognitive Merkmale.
- Die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen wird hervorgehoben, ebenso der Einfluss, den diese Beziehungen auf die Fähigkeit des Einzelnen haben, sein Potenzial zu entfalten.
- Die Authentizität solcher Beziehungen wird anerkannt.
- Die Nicht-Direktivität wird betont: Die Fachkraft hat in erster Linie eine helfende und unterstützende Rolle und erkennt an, dass Macht, Kontrolle und Verantwortung beim Einzelnen liegen.

Fragestellung und Forschungsdesign

Das Projekt endete Februar 2017, ich fasste meine Dokumentation zusammen, reflektierte gründlich darüber und protokollierte die Konzeption und den Verlauf dieses Behandlungsprojektes (Scheuringer, 2017). Daraus entstand meine Fragestellung für diese Arbeit: Was benötigt Gruppenpsychotherapie für die institutionelle Integration in der Organisation eines Alten- und Pflegeheimes?

Christiane Behr (2015, 160 – 168) untersuchte in einem österreichischen Seniorenheim Wege zum nachhaltigen Führen. In dieser langjährigen Untersuchung unter supervisorischer Begleitung wird der wertschätzende Umgang von Führungspersonen in einem österreichischen Seniorenheim mit Bewohnerinnen, Angehörigen und Mitarbeitern hervorgehoben und eine qualitativ hochwertige Dienstleistungsqualität aufgezeigt. Dies inspirierte mich, Visionen zu entwickeln, Möglichkeiten zu denken, die, wie nachfolgend erörtert, auf ein gemeinschaftliches Wesen aufbauen (Jones, 1976; Rosenberg, 2003/2004).

So ambitioniert und engagiert ich mich in diesem Projekt beim Start erlebte, ging ich auch mit einem gewissen Ehrgeiz daran, herauszufinden, was letztlich dazu geführt hatte, dass dieses Projekt scheiterte. Dabei greife ich unterschiedliche, besonders herausfordernde, auch ungewöhnliche Vorfälle auf, die ich zum ersten Zeitpunkt der Reflexion noch nicht gänzlich verstanden hatte. Diese Vorfälle hatten bei mir während der Umsetzung des Projektes vielfältige Gefühle ausgelöst. Sie zu erforschen wurde mir wesentlich, um sie einer umfassenderen Verstehenshypothese zuführen zu können. Dabei war die Formel von Wolfgang Keils hermeneutischer Empathie sehr hilfreich (Keil, 2012, 11), die von mir in eine Frage umgewandelt wurde:

Wie müsste die Person, die in mir auslöst, nicht mehr bedingungslos wertschätzend sein zu können, handeln, damit meine Resonanz positiv wertschätzend ist? Dazu kommen Überlegungen, die sich mit Nöten oder unerfüllten Bedürfnissen dieser Personen befassen.

Ich bin ermutigt, auch Gefühle am Rande des Bewusstseins (Rogers, 1959/2009, 29) zuzulassen und im weiteren Unbewussten, vom Individuum ausgehend als Übertragung gewissermaßen, zu berücksichtigen und folglich die Organisationsebene und ihre psychodynamischen Aspekte miteinzubeziehen (Hinshelwood und Skogstads, 2006). Beide Autoren definieren Gesundheitseinrichtungen als soziale Abwehrsysteme und sehen unter anderem die Nähe zu Leid und Sterben im Pflegedienst, auch körperliche Kontakte, die zudem mit der Last der

Verantwortung verbunden sind, als Hintergründe für vielfältige Ängste. Sie zitieren klassische Studien, vor allem in Bezug auf die Möglichkeiten zur Verarbeitung dieser Ängste (Menzies 1959/1988; Miller und Gwynne 1972; Roberts 1994a), mit ähnlichen Ergebnissen, die aufzeigen, dass dort, wo es massive Einschränkungen gibt, viele Gefühle unbewusst bleiben (ebd.).

Den unterschiedlichen Ängsten, wie sie sich mir als personenzentrierter Therapeutin in der Resonanz zeigen, zu begegnen, sie zu benennen, aufzugreifen und in der Zusammenarbeit zu berücksichtigen, ist ein wichtiger Teil der Auseinandersetzung in dieser Arbeit, die auf Basis der umfassenden Dokumentation (Scheuringer, 2017) reflektiert und ausgewertet wird. Die Einzelfalldarstellung, wurde als exemplarische Darstellung des Projektverlaufs für die vorliegende Arbeit ausgewählt, die Verstehensprozesse, im Sinne reflektierter Subjektivität, transparent machen sollen.

Ergebnisse

Vignette 1

Auf meine briefliche Bitte an die zuständigen Pflegepersonen, uns beim Holen und Bringen derer zu helfen, die Unterstützung nötig haben, wurde mir vom Pflegedirektor zugesichert, dass wir uns darum nicht kümmern müssten. Das hätte einen pünktlichen Start der Gruppe gewährleistet. Nach der dritten Sitzung kamen 3 Personen selbständig zur Gruppentherapie, 2 Personen von einem Personenkreis der restlichen 9 wurden gebracht. Wir erlebten gleich zu Beginn keine Verlässlichkeit dieser Zusicherung uns gegenüber. Wir begannen die Teilnehmerinnen selbst zu holen und bemerkten dabei einen großen Vorteil, denn einige Pflegerinnen waren nicht gut in der Lage, sie so zu motivieren, wie wir das taten, da wir ja sehr überzeugt waren von der Sinnhaftigkeit unseres Vorhabens und vom Wunsch beseelt, diese Gruppe wirksam werden zu lassen. Wir merkten, dass wenn wir die Klientinnen selbst holten, die Gruppensitzung besser besucht war (mind. 5 Personen, meistens 7 – 8 Personen) und dadurch konnten wir auch eine verlässliche Durchführung sicherstellen.

Hier entstand eine Kluft zwischen der Erwartungshaltung in Bezug auf die Kooperationsbereitschaft und dem tatsächlich Erlebten. Zuerst war ich traurig über den erlebten Mangel an Kooperation, dennoch enthusiastisch, mein Vorhaben umzusetzen, damit die gruppentherapeutische Arbeit gelingen möge. Nach Rücksprache mit dem Pflegedirektor meinte dieser, man werde schon Unterstützung vom Pflegepersonal bekommen. Seine Argumentation richtete sich ausschließlich auf

die Effektivität der Gruppentherapie. Er meinte, dass die Personen, die die Gruppe besuchen, 1 ½ Stunden gut aufgehoben wären und, dass sie zu dieser Zeit keinen Aufwand für die Pflegepersonen darstellten und daraus leitete er ab, dass aus diesem Grund Unterstützung folgen würde. Ich konnte seine Argumentation verstehen und hoffte auf seine konsequente Unterstützung in der Führung seiner Mitarbeiterinnen. Meine Überlegungen hinsichtlich Sinn und Nutzen von Psychotherapie als anerkanntes Behandlungsverfahren zur Leidenslinderung und Verbesserung der Lebensbewältigung brachte ich nochmals zum Ausdruck.

Für die Gruppenteilnehmerinnen hatte dieser Umstand, dass wir die Teilnehmerinnen vorerst zusammenholten, außer einer kleinen Verzögerung der Beginnzeiten, keine weiteren Auswirkungen zur Folge.

Ich fragte mich, wie für mich eine Situation aussieht, damit ich diese positiv beachten kann, um folglich Schlüsse aus der Perspektive prozessualer Diagnostik zu ziehen, die sich in eine Verstehenshypothese ableiten lassen (vgl. dazu Keil, 2012).

Die Kommunikation über die Notwendigkeit der auf Hilfe angewiesenen Gruppenteilnehmerinnen, diese beim Bringen und Holen zur Gruppe durch zuständige Pflegepersonen zu unterstützen, hätte mehr Klarheit und Nachdruck von Seiten des Pflegedirektors benötigt. Wenn jemand aus nachvollziehbaren Gründen nicht kommen kann, ist eine Information an die Gruppenleitung im Vorfeld wichtig, das erfordert die Gruppenkohäsion und für die Kontinuität der Gruppe ist diese Information auch wesentlich. Eine Abwicklung wäre per Telefonanruf möglich. Es bräuchte fixe Zuständigkeiten und Kommunikationspartner, damit Klarheit und Überblick über den Besuch und den Bedarf an der laufenden Gruppentherapie entstehen kann. Ich verstehe jedes Stockwerk der Pflegeeinrichtung im Hinblick auf die Handlungsfreiheit der Bewohnerinnen und der Pflegepersonen als eigenständig und wurde in dieser Auffassung von den Mitarbeiterinnen und der Stationsleiterin bestätigt. Beispielsweise sind die Kaffee- und Schlafenszeiten unterschiedlich eingeteilt. Das Angebot einer Psychotherapiegruppe, die stockübergreifend ausgerichtet ist, kann sich leider nicht auf die Bedürfnisse aller so abstimmen, dass die Beginnzeiten für alle 100%ig passen. Diesbezüglich gibt es Veränderungspotenzial und es wäre sinnvoll, Angebote und Zeiten besser aufeinander einzustellen. Das gilt besonders für Gruppen, die von den Bewohnerinnen gerne besucht werden und parallel angeboten sind. Die fehlende Kommunikation über die Bedürfnisse der Klientinnen, über meine Bedürfnisse als Gruppenleiterin und auch die der Pflegepersonen in Bezug auf das Bringen und Holen der Gruppenteilnehmerinnen, ist hier maßgeblich für die erlebte Inkongruenz

und es entsteht widersprüchliches Verhalten (Rogers, 1959/2009). Ich erlebte das in einer gewissen Beliebigkeit der Pflegepersonen, die Gruppenteilnehmerinnen zu bringen oder auch nicht.

Für die Gruppentherapie ist ein verbindlicher Rahmen unabdingbar. Es gibt neben der schriftlichen Vereinbarung auch noch von den Sozialversicherungsträgern Bedingungen, die erfüllt werden müssen, damit die Stunden finanziert werden. Jede Stunde wird genau dokumentiert und muss von den Teilnehmerinnen zur Bestätigung der Anwesenheit mit einer Unterschrift gezeichnet werden, damit die Abrechnung mit den Kassen erfolgen kann.

Verbindlichkeit, im Hinblick auf einen zuverlässigen Besuch, ist für gruppentherapeutische Prozesse vonnöten. Yalom würde diese Gruppe als Lower-Level Gruppe bezeichnen (Yalom, 1983/2005, 101 - 102) und untermauert eine verbindliche Abwicklung. Er spricht sogar von Verpflichtung, wiewohl er auch einer guten Leitung und dem Beimesen eines hohen Stellenwertes des Gruppenangebotes durch die zuständigen Pflegepersonen Erfolg zuspricht. Die Klienten sollten bestenfalls aus eigenem Interesse zur Gruppe kommen und es vor sich selbst nicht rechtfertigen können, der Gruppensitzung fernzubleiben (ebd.). Kein anderes therapeutisches Angebot im Haus hat diesen Charakter. In diesem Sinne wurde möglicherweise die Gefahr eines Kulturwandels erkannt und von den Mitarbeiterinnen abgewehrt. Hinshelwood und Skogstad unterscheiden in ihren Ausführungen Unternehmenskultur und Managementsystem. Ihr Augenmerk ist vordergründig auf die vorrangige Bedeutung von Angst und die Veränderungen der ursprünglichen Aufgabenstellung bei der Organisationsveränderung gerichtet (2006, 37). Daher bekommt die Angst-Abwehr im Zusammenhang mit der mangelnden Kooperationsbereitschaft und Kommunikationsdefiziten Relevanz.

„Psychotherapeuten, die ambulante Therapiegruppen leiten, handeln autonom: Ihre Fähigkeiten und ihre Entscheidungen bestimmen den Verlauf, die Vorgehensweise und die Resultate der Therapie. Für den Leiter der stationären Gruppe sieht das ganz anders aus“ (Yalom, 1983/2005, 11).

Ich fühle mich dadurch verstärkt in der Verantwortung, die Auswirkungen meines Tuns auch im Kontext der Institution besser zu verstehen. Ebenso wie die Rollenwidersprüche, die sich durch mangelnde Handlungsmöglichkeiten in der bestehenden Organisationsstruktur des Behandlungsangebots nicht aufheben oder zufriedenstellend balancieren ließen. Ich bin Leiterin einer stationären Gruppe, jedoch als extern angestellte Therapeutin nicht in die interne Dienstanweisungskette

eingebunden. In dieser Situation war mir Ansprechen zwar möglich, direkter einzuwirken leider nicht.

Ich suchte den Kontakt mit den Pflegerinnen der jeweiligen Stöcke, indem ich eine E-Mail an den Pflegedirektor mit verschiedenen Inhaltspunkten verfasste. Mir war besonders wichtig, in dieser Nachricht den Missstand des Holens und Bringens durch die zuständigen Pflegepersonen zu thematisieren. Weitere Anliegen waren: Eine Warteliste von an der Gruppe interessierten Personen anzulegen, da immer wieder Anfragen an mich von unterschiedlichen Pflegepersonen kamen. Wichtig erschien mir auch, das Gruppentherapieangebot in den Teamsitzungen genauer vorzustellen. Ich erhoffte mir dadurch mehr Transparenz und durch die direkte Kontaktaufnahme mehr Unterstützung. Eine Antwort darauf bekam ich nicht. Ich blieb trotzdem zuversichtlich und dachte, die Lage würde sich schon noch zum Besseren wenden.

Vignette 2

Im ersten direkten Gespräch mit einer Altenfachbetreuerin nach der 4. oder 5. Sitzung, nachdem ich eine Klientin in ihren Stock zurückgebracht hatte, kam es zu folgendem Dialog: Sie sagte: „Eine andere Klientin hatte heute keine gute Verfassung und außerdem dachte ich mir, es wäre nicht gut für sie gewesen, schon wieder reden zu müssen!“ Daraufhin entgegnete ich ihr, dass es in dieser Gruppe keinen Zwang zum Reden gäbe. Es stehe jedem frei, sich einzubringen und abzuschätzen, was und wieviel gerade notwendig bzw. hilfreich sei. Ich spürte Ärger (wobei ich schon ungehalten war wegen des Mangels an Unterstützung der Gruppe gegenüber) und drückte ihn aus, indem ich sagte: „Es wäre hilfreich für mich, Unterstützung dafür zu bekommen, die Leute zu motivieren und zu bringen. Es wäre fair, dem neuen Projekt, mir, und vor allem angemeldeten Personen in der Gruppe gegenüber, im Haus eine Chance zu bekommen. Sich dagegen zu stellen, finde ich schade.“ Worauf sich die Altenbetreuerin zu verteidigen begann und meinte, sie habe nichts dagegen, aber sie werde ohnehin nicht gefragt, was sie für gut befände und was nicht!

Ich war getroffen. Mir war nicht klar, wie sehr die Kolleginnen der Pflege die Gruppe und die entstehenden Beziehungen in der Gruppe (mit mir als Leiterin, mit der Co-Leiterin und den Gruppenmitgliedern untereinander) als Bedrohung (für sich selbst und auch für die Klientin) erleben, was ich ihrer Aussage entnahm, sie denke, dass es nicht gut für die Klientin sei, schon wieder reden zu müssen. Mein Ärger in Bezug auf die Unzuverlässigkeit, was die ursprüngliche Vereinbarung bezüglich der

Unterstützung betraf, wurde sicherlich auch für sie als Vorwurf spürbar. Konflikte werden ebenso wie Ängste abgewehrt, vor allem wegen der Veränderungen, die im Haus rund um die Gruppe entstehen könnten. Eine grundlegende Missstimmung wird erlebbar, Kommunikationsdefizite entstehen.

Ich erlebte die Abläufe innerhalb der hierarchischen Struktur, der zufolge die Dienstanweisungskette in Bezug auf den Hol- und Bringdienst zur Gruppe funktionieren sollte, und den Versuch des Pflegedirektors, die Mitarbeiterinnen der Institution miteinzubinden und einen kollegialen, offenen und transparenten Führungsstil unter den Betreuerinnen und Stationsschwestern und -pflegern zu etablieren, eher irritierend und unklar. Die mangelnde Kommunikation spiegelt sich in der oben angeführten Vignette wieder. Ich komme erstmals in Kontakt mit einem Dilemma, das durch die Diskrepanzen im Managementsystem und der Unternehmenskultur spürbar wird. Und: „Oft spiegelt die Leitungsfrage Konflikte der Mitarbeiter wieder“ (Yalom, 1983/2005, 32). Ich bin zu diesem Zeitpunkt frustriert und ein Stück geknickt.

„Es ist nicht nur so, dass bestimmte Arbeiten spezifische Ängste und Konflikte implizieren, sondern unterschiedliche Tätigkeiten ziehen auch unterschiedliche Persönlichkeiten mit ihren ganz spezifischen Ängsten, Konflikten und Abwehrmechanismen an. Dies mag zwar für die Arbeit recht hilfreich sein, kann aber auch das Containment von inhärenten Ängsten verhindern und untergraben“ (Hinshelwood und Skogstad, zit. nach Dartington 1994, Roberts 1994b, 2006, 40).

Leider war eine Auseinandersetzung mit der Altenbetreuerin über diese Ängste nicht möglich. In einem entwicklungsfördernden Klima wäre es wünschenswert, dass die Altenbetreuerin eine Ressource in der Gruppenpsychotherapie sähe, gerade weil sich die besagte Klientin so schlecht fühlte. Dafür ist die Gruppentherapie eine optimale Möglichkeit, es finden sich Raum, Zeit und Menschen, die bereit sind für ein Gespräch.

„Betrachten die Stationsleiter das Gruppenprogramm als unwichtig oder gar therapieschädlich, kann man nicht davon ausgehen, dass die Gruppe eine effektive Therapieform darstellt“ (Yalom, 1983/2005, 26).

In der Aussage der Altenbetreuerin ist die Abwehrhaltung zur Gruppenpsychotherapie erkennbar. Yalom schreibt beispielsweise auch über den Frust mancher Pflegepersonen, dass trotz ihrer Fähigkeiten nur wenig vom Prestige

und den finanziellen Vorteilen der eigentlichen psychotherapeutischen Berufe für sie abfällt (1983/2005, 37).

„Die Mythen, die die unbewussten Aspekte von Kultur ausmachen, können als spezifische Einstellungen gegenüber der Arbeit verstanden werden“ (Hinshelwood und Skogstad, 2005, 38).

Die Gruppe ist neu im Haus. Es könnten spezifische Ängste der Mitarbeiterinnen mit bestimmten Formen der Arbeit zusammenhängen oder unterschiedliche Arten des Umganges mit Ängsten innerhalb der Unternehmenskultur zu unterschiedlichen Ausprägungen führen. Wie bereits erläutert, scheint es nicht unerheblich, was die Mitarbeiterinnen selbst, die sich zum Pflegeberuf hingezogen fühlen, an persönlichen Ängsten zu bearbeiten haben (ebd.). Ich gehe der Frage nach, welche Gründe noch relevant sein könnten, dass ich so viel Ablehnung, die sich mir durch den Mangel an Kooperation zeigt, erlebe und mir fällt ein, dass Therapie oftmals noch mit Verrücktheit in Verbindung gebracht wird. Assoziationen mit Psychiatrie aus vergangenen Zeiten lösen womöglich in ländlichen Gebieten noch immer tradierte, irrationale Ängste aus. Was sich hier auftut an Unbewusstem, und um mögliche Ängste zu containen und zu erlösen, wäre Kommunikation und Austausch im sicheren Rahmen, einer Supervision beispielsweise, sinnvoll.

Vignette 3

Der zweiwöchentliche Rhythmus der Gruppe half dabei, dass sie sich ein Stück weit zu etablieren begann. Die Hol- und Bringsituation blieb jedoch unverändert. Wir bekamen ein Schild an unsere Tür gehängt, worauf stand: „Hier findet gerade eine Gruppensitzung mit Frau Scheuringer statt.“ Es schien so, als würde sich etwas verändern und wir Platz und Raum erhalten, der der Gruppensituation angemessen war. Während einer Gruppensitzung im November ging die Tür auf (nach vorausgegangenem Klopfen), ein Angehöriger einer Gruppenteilnehmerin wollte seine Mutter aus der Gruppensitzung herausholen. Ich reagierte mit einem Nein und sagte, das sei jetzt während der laufenden Gruppe nicht möglich. Meine Reaktion zielte auf die Sicherung des Rahmens, den ich für einen ungestörten Ablauf der Gruppentherapie notwendig hielt. Der Sohn wollte nicht gehen, bestärkt durch eine Altenbetreuerin aus dem zuständigen Stock. Dies veranlasste mich, die Sitzung kurz zu unterbrechen, auf den Sohn zuzugehen und ein klärendes Gespräch am Gang außerhalb des Gruppenraumes zu beginnen. Ich erörterte beiden gegenüber nochmals, dass wir uns gerade in einem Gruppenprozess befänden, der nicht gestört

werden solle. Der Sohn entgegnete, dass er nur jetzt Zeit hätte seine Mutter zu besuchen und es bisher immer möglich gewesen wäre, die Mutter (auch aus anderen Gruppen) abzuholen. Der Angehörige und die Altenbetreuerin nahmen meine Einwände auf und meinten, sie würden das beim nächsten Mal berücksichtigen. Seine Mutter kam aus der Gruppe heraus und ging mit ihrem Sohn weg. Ich thematisierte diese Störung im Anschluss in der Gruppe.

Ich konnte zu diesem Zeitpunkt die Störung des Angehörigen und der Pflegekraft: „Wir holen jetzt die Mutter aus der Gruppe“ nicht positiv beachten (Keil, 2012). Ich war mir des Drucks, den die Mutter, ihr Angehöriger und auch die Pflegebedienstete hatten, zwar bewusst, reagierte vordergründig aber aus meinem Zwiespalt heraus, den Gruppenprozess zu sichern und die Gruppenkohäsion zu halten.

Ich war entrüstet und auch damit konfrontiert, dass es in dieser Kultur möglich ist, Leute aus der Gruppe „einfach“ herauszuholen. Es ist mir im Gespräch am Gang mit dem Angehörigen und der Pflegerin gelungen, klarzulegen, dass sich künftige Besuche nach dem Gruppenangebot orientieren sollten, bzw. falls es nicht anders möglich ist, der Gruppenbesuch von vornherein ausfällt, was bereits bisher auch so gehandhabt wurde.

Ich empfand die Vorgangsweise beliebig und unangebracht, gar übergriffig, auch im Sinne einer moralischen, ethischen Überlegung. Meiner Einschätzung nach bedarf es hierbei der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, wie Selbstbestimmung, Intimität, Individualität und Integrität.

Immer wieder werden wir im Umgang mit alten Menschen an die Grenzen des Handelns geführt, vor allem ist die Gruppentherapie ein wichtiger Versuch, die Menschen aus sich heraus zu verstehen. Es ist auch ein mutiger Versuch, gegen mögliche Erwartungen von Angehörigen und Kolleginnen zu verstoßen (Dörner, 2012, 442). Selbst wenn die Familie eine wichtige Ressource darstellt, sehe ich persönliche Prozesse wesentlich. Hier werden Persönlichkeitsrechte übergangen. Wenn ich davon ausgehe, dass ältere Menschen nicht als Betreuungsfall, sondern als kompetente Bürger betrachtet werden wollen, brauchen sie dazu eine Vielzahl von Angeboten zur Aktivität, die ihnen dabei helfen, zu wählen und gebotene Chancen zu nutzen (Schützendorf, 2008, 49). Die Vorgangsweise, Angehörige aus diesem autonom gewählten Angebot einfach herauszuholen, kommt gewaltvollen Erziehungsmitteln gleich. Auf der Kommunikationsebene zeigt sich, dass der Sohn und die Pflegerin, einer etablierten Kultur entsprechend, die Mutter aus der Gruppe holen. Sie wollen ihr Verhalten, ohne Rücksprache mit ihr, in eine gewisse Richtung lenken, um ihre eigenen Bedürfnisse (der Sohn hat nur jetzt Zeit, und es war bisher

immer so) durchzusetzen. Die Bedürfnisse der alten Menschen werden dabei nicht hinterfragt, mehr noch, sie werden missachtet (Schützendorf, 2008, 63).

Vignette 4

Kurz vor Weihnachten betrat ich den Raum wieder, der seit Monaten der Raum für die Gruppensitzung war. Alle Stühle waren weg! Ich erschrak, in 10 Minuten sollte die Gruppensitzung starten, die Assistentin war krank und so stand ich mit dieser Situation allein da. Eine Pflegebedienstete aus dem Stock, in dem sich auch der Gruppenraum befindet, teilte mir mit, dass alle Stühle des Hauses im Festsaal aufgebaut seien, wo heute die große Weihnachtsfeier (mit den Angehörigen, Freunden und Dorfbewohnern) stattfinden würde. Sie empfahl mir, im Haus noch vereinzelt übrige Stühle zusammensuchen. Sie habe keine Zeit mir zu helfen, denn sie sei alleine im Tagdienst, alle anderen Kolleginnen wären mit der Vorbereitung der Weihnachtsfeier beschäftigt.

Mein erster Schrecken wandelte sich nach dem Gespräch mit der Pflegebediensteten und ich erkannte, dass jetzt Handeln angesagt war. Bevor ich vom 1. bis zum 3. Stock die Stühle und die Gruppenteilnehmerinnen zusammensuchte, wollte ich dem Pflegedirektor diese Situation unmittelbar zur Kenntnis bringen. Ich fand ihn im Haus im großen Saal bei den Weihnachtsfest-Vorbereitungen und konfrontierte ihn direkt mit den Vorfällen. Er reagierte ausweichend und entgegnete mit einem Vorwurf. Er bezog sich auf eine Schilderung eines Gruppenmitglieds, demzufolge in der Gruppentherapie immer nur einer spräche und ich mich auch immer nur auf diese Person einließ. Ich war irritiert und deutete das als eine erneute Abwehr. Ich begegnete ihm in Bezug auf seinen Vorwurf ebenso mit Abwehr. Ich erkannte auch, dass es ihm im Moment egal war, ob die Gruppensitzung stattfand oder nicht, was mich zusätzlich irritierte, und ich ging. Ich nutzte die restliche Zeit zum Zusammentragen der Stühle und zum Abholen der Gruppenteilnehmerinnen, löste mich aus der Irritation und begann danach mit der Gruppensitzung.

Unbewusste Kultur zeichnet sich dadurch aus, dass Aspekte unbewusster Annahmen, Einstellungen und Meinungen hinsichtlich der Durchführung von Arbeitsaufgaben bestehen (Hinshelwood und Skogstad, 2006, 35). „Wir holen alle Stühle im Haus zusammen für die große gemeinsame Weihnachtsfeier“: das zeigt sich in der Vignette als gemeinschaftliche Arbeitspraktik. Diese Vergemeinschaftung zeigt sich auch als Atmosphäre oder emotionale Stimmung, über diese kollektive Atmosphäre wird nicht nachgedacht, sie bleibt gefühlsmäßig und unbewusst (ebd.)

Dabei war das, worüber nicht nachgedacht wurde, was unbewusst blieb, mit unangenehmen Folgen für mich verbunden. Ich fühlte mich in Stich gelassen, alleine mit der Gruppe und meiner Verantwortung für sie und mit vielen offenen Fragen, wie es wohl weiter- gehen könne.

Ich deutete diesbezüglich Kommunikationsdefizite oder Unachtsamkeiten, es fühlte sich auch ein Stück weit wie Sabotage an mir bzw. der Gruppe an. Ich fragte mich, habe ich meine Beobachtungen und Anliegen zu offen und direkt angesprochen oder hätte ich den Pflegedirektor in jedem Fall (siehe Vignette 2) in meine Überlegungen und Handlungen mit- einbeziehen sollen? Das Fehlen von Stühlen, als wichtiger Bestandteil eines Gruppentherapie- raumes, ist eine Information, die für die Gruppenleiterin relevant ist und die im Vorfeld mit ihr besprochen werden muss. Die Stühle wurden für die große Weihnachtsfeier im Haus gebraucht und werden alljährlich auch aus diesem Raum geholt. Obwohl wir schon seit Monaten in diesem Raum beheimatet waren, sogar ein Schild für die Gruppensitzung angefertigt wurde, hatte keiner an die Konsequenzen für die Gruppe oder mich gedacht. Der vorweihnachtliche Stress hatte alle im Haus erfasst. Es entstand eine Vergemeinschaftung von Verantwortung ohne Rücksichtnahme auf einzel- oder gruppenspezifische Interessen und Bedürfnisse. Für die Teilnehmerinnen der Gruppentherapie hatte dieser Vorfall zur Folge, mit ein paar Minuten Verspätung die Gruppensitzung begonnen zu haben, was mittlerweile schon zum Ablauf der Gruppe gehörte. Die ersten 10 Minuten nannten wir ohnehin schon „Eintrudelphase“, somit hatte sich unsere Gruppensituation bereits auf die Gegebenheiten der vorherrschenden Kultur angepasst.

Ich suchte danach weiter den Kontakt mit dem Pflegedirektor. Meine Unsicherheit nahm zu, die erwünschte Unterstützung der Pflegepersonen blieb aus und auch das anfängliche Vertrauen in den Direktor, dass er im Bedarfsfall auf seine Mitarbeiterinnen einwirke, wurde zusehends zerbrechlicher. Eine weitere Verunsicherung kam dazu, da ich meine Bildungskarenz (was bereits beim Start der Gruppe im August bekannt war) für die anstehende Phase geplant hatte. Dazu hätte meine Anstellung ursprünglich karenziert werden sollen und es wurde notwendig, Überlegungen anzustellen, wie die Gruppe fortgeführt werden könne. Ich war natürlich sehr darauf angewiesen, dass der Pflegedienstleiter zur Überzeugung der Sinnhaftigkeit gelänge und auch die Notwendigkeit der Fortführung der Gruppenpsychotherapie sähe. Mir wurde immer klarer, dass ich, wie aus den geschilderten Darstellungen, in denen die Auswirkungen auf die Gruppe und der Kommunikation mit den relevanten Personen deutlich wird, mit einer weiteren

Unterstützung des gruppentherapeutischen Angebots in der Institution nicht mehr rechnen konnte.

Nach einem Telefonat mit dem Pflegedirektor, in dem ich darum bat, all diese Themen zu überdenken und offene Fragen zur Weiterführung der Gruppe zu klären, erhielt ich eine E-Mail-Nachricht (erst nach 6 Wochen), dass die Kosten für die Gruppentherapie nicht vom Alten-Pflegeheim finanziert würden. Er schrieb, er wäre krank gewesen, deshalb hätte er mich leider nicht früher informieren können. Außerdem habe er, nach Rücksprache mit den Diplomschwestern und –pflegern im Haus, die Fortführung der Gruppentherapie für nicht notwendig erachtet. Ich war enttäuscht über die Form der Rückmeldung, vor allem, dass er mir diese Informationen per E-Mail zukommen ließ und kein persönliches Gespräch mit mir, sowohl über die Vorfälle, als auch über die Fortführung der Gruppe, in Erwägung zog. Dass eine Weiterfinanzierung ebenso keine Option war, hat mich gekränkt. Ich hielt die letzte Gruppensitzung im Februar ab, informierte die Teilnehmerinnen über die Unsicherheit des weiteren Verlaufes jedoch schon im Jänner. Ich verabschiedete mich von den Menschen dort, deponierte mein Bedauern, holte die Rückmeldung von 7 Teilnehmerinnen ein, wovon 3 die Beendigung bedauerten, die restlichen 4 die Beendigung als gegeben betrachteten, und blieb mit meinen Erfahrungen vorerst alleine zurück.

Zusammenfassend wird deutlich, wie sehr Ängste die Kommunikation über Gefühle und Bedürfnisse blockieren und beeinträchtigen. Das gilt sowohl für den Pflegedirektor und die Pflegerinnen, als auch für die Bewohnerinnen, deren Angehörige und für mich als Therapeutin. Das gemeinschaftliche Gefüge ist durch diese Kommunikationsdefizite empfindlich gestört.

Diskussion

Der Mangel an Kommunikation wird vom Personal erkannt, dessen Mitglieder ja selbst Leidtragende sind (Jones, 1968/1976, 29). „Niemand weiß jedoch, wie dieser Mangel zu beheben wäre, insbesondere dann nicht, wenn Kommunikationsstörungen zumindest teilweise auf die defensive Haltung von Leuten in Schlüsselpositionen zurückzuführen sind, die sich in ihrer Position der Sicherheit, des Prestiges und der Macht bedroht fühlen“ (ebd.).

Ich sehe eine zeitgemäße gerontologische Arbeit im stationären Kontext ambitioniert im Engagement am Abbau des Abwehrverhaltens sämtlicher Mitarbeiterinnen, v.a. wenn durch diese Abwehr Kommunikationsdefizite entstehen, wie sie in meiner

Arbeit erörtert wurden. Dazu wäre eine Abwendung vom traditionellen Paradigma - in diesem Fall sind es hierarchische Strukturen, die nicht funktionieren und zu dysfunktionaler Kommunikation führen - notwendig (Laloux, 2015, 43). Eine Möglichkeit dazu sehe ich in der Kommunikation mit und über die Ängste innerhalb der Organisation, mit den Bewohnerinnen, den Angehörigen und den Pflegebediensteten.

„Angst ist der schäbigste Raum im Haus. Ich möchte, dass Du in einer besseren Umgebung lebst“ (Laloux, zit. nach Hafiz, 2015, 44).

Durch diese Erfahrungen wurde mir sehr deutlich, dass durch das Wirken einer therapeutischen Gruppe im Altenheim viel mehr entsteht als das, was isoliert betrachtet, innerhalb der Gruppe passiert. Normative, wie Verbindlichkeit und emotional sicherer Raum, psychotherapeutische Berufspflichten (Bundesministerium für Gesundheit, 2012), vor allem die Verschwiegenheitspflicht, geben sehr viel spekulativen Raum über die Geschehnisse in der Gruppe selbst. Pflegebediensteten und Angehörige fühlen sich dadurch womöglich nicht eingebunden.

Die Vorgeschichte dieses Projektes ist ebenso bedeutsam. Mein großes Zutrauen in schon bekannte Personen und Abläufe hat mich vielfach davon abgehalten, klarere und genauere Vereinbarungen zu treffen, Defizite, wie sie sich beispielsweise beim Bringen und Holen der Klientinnen immer wieder darstellten, noch deutlicher aufzuzeigen. Die Tatsache, dass ich als Angestellte eines psychotherapeutischen Dienstleisters in einem Alten-Pflegeheim als Gruppenleiterin tätig war, stellt sich ebenso erschwerend in der Gesamtkonstellation heraus. Der deutsche Psychotherapieforscher Volker Tschuschke postuliert, dass sich das Schicksal einer Gruppe vor der ersten Sitzung entscheidet (Tschuschke, 2003). Bei der Koordination zukünftiger Projekte auf mehr Verbindlichkeit zu setzen, ergibt Sinn.

Ausblick

Ich meine, dass die Zukunft auf der gerontologischen Abteilung und im Alten-Pflegeheim auch ein Ort der Lebendigkeit sein kann. Damit komme ich zur Auffassung des Psychologen, Psychotherapeuten und Religionswissenschaftlers Marshall Rosenberg (2003/2004), der mit der Entwicklung der gewaltfreien Kommunikation zur Überzeugung gelangt, dass eine bedürfnisorientierte Lebensweise in jeder Altersklasse zu mehr Lebendigkeit führen kann, wenngleich sich im Alter unsere Möglichkeiten allmählich erschöpfen. In Alten-Pflegeheimen Lebendigkeit zu fördern, kann als grober Störfaktor, vor allem für die Pflegepersonen eingeordnet werden. Ebenso die Tatsache, zu investieren: Finanzielle Mittel für

Fortbildung, Psychohygiene und Austausch zu lukrieren, sei eine herausfordernde Aufgabe, Altern und Sterben sollten nichts mehr brauchen. Vorsicht vor frustrierender Konfrontation ist geboten!

Aus diesen Erfahrungen und der daraus gezogenen Kenntnis über Ängste und Abwehrmechanismen der untersuchten Organisation und ihrer Kultur möchte ich weiterdenken und daher komme ich noch einmal auf eine sozialpsychiatrische Perspektive zurück, die die therapeutische Gemeinschaft skizziert. Maxwell Jones beschreibt seine ersten Erfahrungen damit, wie Patientinnen und Pflegepersonal gleichermaßen miteinbezogen wurden als für jedermann von größtem Interesse, v.a. wie man durch Zuhören, Interaktion und begriffliches Erfassen lernt (1968/1976, 9 - 10). Die Kommunikation bekommt einen wichtigen Stellenwert.

Napolitani (1963) definiert therapeutische Gemeinschaft als eine spezielle sozialpsychiatrische Einrichtung, in der die Behandler und die Patientengruppe einen einzigen koordinierten Organismus mit einem gemeinsamen therapeutischen Ziel zu bilden versuchen (Kayser et al. 1973/1980, 3). Ziel könnte sein, die in der Arbeit herausgearbeiteten Ängste, wie

1. Angst vor Neuem, Angst vor Veränderung;
2. Angst vor Machtverlust – Verlust von Zugehörigkeit und Ansehen;
3. Angst vor Konkurrenz und Überforderung – Selbstverlust;
4. Angst vor dem Alter, Kranksein, Sterben, Tod – Verlust; Verlust, der Identität durch Ausgrenzung;

zu thematisieren und neben der therapeutischen Arbeit gemeinschaftliche Gruppenprozesse zu initiieren, die sich dem Containen, dem Austausch und der Bewältigung dieser Ängste annehmen.

Empathie könnte ihre Wirksamkeit entfalten, damit Gefühle, vor allem die Ängste, in der Gemeinschaft erlebbarer und spürbarer werden. Dazu wären unterschiedliche Gruppen, die einen sicheren Raum bieten zur Selbstexploration (Rogers, 1959/2009) und Selbsterfahrung fördern, gute Möglichkeiten. Eine Ergänzung dieser visionären Vorstellung in Alten-Pflegeheimen könnte an gängige Pflegekonzepte der Mäeutik³, der Validation⁴ und auch der personenzentrierten Pflege (Morten, 1999/2002; Pörtner,

³ Mäeutik heißt „Hebammenkunst“ und ist ein ebensolches Pflege- und Betreuungsmodell (Cora van da Kooij, 2010).

⁴ Validation heißt „für gültig erklären“ und ist ein gängiges Pflege- und Betreuungskonzept (Naomie Feil, 1992).

2010) anschließen. Gewaltfreie Kommunikation (Rosenberg, 2003) könnte sowohl als Reflexions- und Selbsterfahrungsmethode, vor allem als gemeinschaftsfördernde Kommunikation, einen wichtigen Beitrag in den Konzepten für zukünftige Projekte in Alten-Pflegeheimen leisten. Die vier Schritte der Methode: Beobachten, ohne zu bewerten, Gefühle erspüren und benennen, Bedürfnisse erkennen und ausdrücken, Bitten formulieren, verbindet in Theorie und Praxis alle in dieser Arbeit angeführten theoretischen Konstrukte. Empathisches Verstehen führt zu einem offeneren, verständnisvolleren Umgang im Miteinander. Menschen, die im modernen Paradigma leben und arbeiten, die Welt unterschiedlicher Möglichkeiten erfahren, sind bereit den Status quo zu hinterfragen und Vorschläge zu formulieren, die Verbesserungen bringen. Führungskräfte moderner Organisationen werden nicht müde zu erklären, dass Veränderung und Innovation keine Gefahren sind (Laloux, 2015, 25).

Supervisionen und fachliche Diskurse, wie sie in Tageskliniken oder im Kontext der Sozialpsychiatrie als Psychoedukationseinheiten zu finden sind, sind ebenso förderlich für die Kommunikation, in der gemeinsames Lernen, Wachsen und Weiterentwicklung das Ziel ist.

Resümee

Ein angemessenes Containment von Ängsten und Konflikten innerhalb der Institution ist natürlich positiv für die Arbeit mit den Patienten oder Klientinnen und gleichzeitig gut für das Personal und dessen Arbeitszufriedenheit (Hinshelwood und Skogstad, 2006, 41).

Abgesehen von den Möglichkeiten, die sich über eine Veränderung des Klimas und der Kultur zeigen würden, wäre eine Verbesserung der Lebensqualität jeder einzelnen Person, die im Altenheim lebt und arbeitet, möglich. Auch die Angehörigen, die darauf angewiesen sind, dass die Familienmitglieder gut versorgt und sicher sind, würden davon profitieren. „Was die Betreuung in den Pflegeheimen betrifft, so haben die Gestaltung der Umgebung und die organisatorische Struktur einen erheblichen Einfluss auf die mögliche Unabhängigkeit des Einzelnen“ (Morten, 1999/2002, 232).

Mein Ansatz beginnt bei der Integrationsleistung des Einzelnen, ausgehend von der Gruppentherapie, die ermöglichen soll, dass Erfahrungen (gekoppelt an das Gefühlserleben und mit Bedürfnissen in Kontakt kommen) integriert werden können,

die sich vielleicht erstmals in der sicheren Umgebung einer Psychotherapiegruppe zeigen. Mit gezielten Schulungsmaßnahmen in verschiedenen, unterschiedlichsten Gruppenkonstellationen (gemeinsam mit Bewohnerinnen, Angehörigen und Pflegepersonen) könnte die Kommunikation so gefördert werden, dass ein besseres Verständnis aus der Entfaltung des Einzelnen heraus zu einem gedeihlichen Miteinander werden und wachsen kann.

In der bereits im Text vorgestellten Studie von Christiane Bahr (2015, 160 – 168) hält diese in ihrem Resümee nach einer Umfrage unter den Mitarbeiterinnen in Leitungsfunktionen fest, dass deren Tätigkeit mit zahlreichen Belastungsfaktoren verbunden sei, welche nicht selten zu einer Störung der individuellen Work-Life-Balance führten. Zur Behebung geeignet wäre folgendes gezieltes Aufbauprogramm mit bewusster Stärkung positiver Aspekte: Persönliches Empowerment, Stärkung der Kommunikation und eine wohltuende, inspirierende, humorvolle, tiefsinnige sowie gerontologisch innovative Weiterentwicklung ihrer Arbeit im Seniorenheim (ebd.).

Mit diesem Resümee und ausgehend von meinen eigenen Beobachtungen und Erfahrungen schließe ich in der Hoffnung, Menschen zu finden, die sich der Lebendigkeit stellen, gerade in einer Lebensphase, in der sie kaum Platz findet.

An dem Tag, wenn der Tod an deine Tür klopfen wird,
was wirst du ihm anbieten?

Ich werde meinem Gast
das volle Gefäß meines Lebens vorsetzen.

Ich werde ihn nicht mit leeren Händen gehen lassen.

Tagore⁵ (2013, 90)

Literatur

Bahr, C. (2015). Nachhaltig führen. *Person*, 19, 2, 160 – 168.

Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates (2012).

Dörner, K. (2012). Der alte Mensch. In K. Dörner, U. Plog, C. Teller & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich* (S. 423 - 447). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Feil, N. (1992). *Validation – ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen*. Wien: Verlag Altern und Kultur.

⁵ Tagore – bengalischer Dichter und Philosoph (19. und 20. Jhdt.).

Hinshelwood, R. D. & Skogstad, W. (2006). Zur psychosozialen Dynamik in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Freie Assoziation, Zeitschrift das Unbewusste in Organisation und Kultur*. 9, 2. 29 – 42.

Hirsch, H. D., Bruder, J. & Radebold, H. (2002). *Suizidalität im Alter*. Bornheim-Seckem: Chudeck Druck.

Jones, M. (1976). *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft*. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie. Bern: Verlag Hans Huber.

Kayser, H. & Krüger, Damaschke, K. & Haerlin, C. & Holland-Moritz-Krüger, K. & Lellau, E. & Mävers, W. & Petersen, P. & Rohde, M. & Rose, H.-K. & Theine, G. & Veltin, A. & Zumpe, V. (1973/1980). *Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft*. (2. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.

Keil, W. (2012). Hermeneutische Empathie. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen. http://www.pca-acp.ch/resources/W_Keil_Zuerich_20121.pdf [zuletzt abgerufen am 17.6.2017].

Laloux, F. (2015). *Reinventing Organisations*. München: Verlag Franz Vahlen.

Menzies, I. (1959/1988). *The functioning of social systems as a defense against anxiety. A report on a study of the nursing service of general hospital*. In: Menzies Lyth, I. (1988). *Containing anxiety in institutions. Selected essays*. Bd. I. London (Free Association Books), S. 43 – 85. Dt.: (1974) Die Angstabwehr-Funktion sozialer Systeme – ein Fallbericht. *Gruppendynamik* 5, S. 183 – 216.

Miller, E. I. & Gwynne, G. V. (1972). *A life apart*. London: Tavistock.

Morten, I. (2002). *Die Würde wahren. Personzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. erschienen 1999: *Person-Centred Approaches to Dementia Care*. Bicester-Oxon: Winslow Press).

Napolitani, F. (1963). *Die Führung einer psychiatrischen Krankenabteilung mit Hilfe von Patienten anstelle gelernter Pflegekräfte*. Ref. Samml. 16, Münster: Gütersl. Fortb. Woche.

Pörtner, M. (2010). *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Prince, M., Prina, M. & Guerchet, M. (2013). *Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia. Executive Summary. (World Alzheimer Report 2013)*. London: Alzheimer's Disease International (ADI). <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013ExecutiveSummary.pdf> [abgerufen am: 28.11.2017]

Roberts, V. Z. (1994a): Till death us do part: Caring and uncaring in work with the elderly. In A. Obholzer and V. Z. Roberts (Hrsg.), *The unconscious at work*. (S. 75 – 83). London: Routledge.

- Rogers, C. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag. (Orig. erschienen 1959: *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-centered Framework*).
- Rogers, C. R. (2012). *Der neue Mensch*. (9. Auflage). Stuttgart: Klett Cotta. (Orig. erschienen 1980: *A Way of Being*. Boston: Houghton and Mifflin Company).
- Rosenberg, M. B. (2004). *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. (4. Auflage). Paderborn: Junfermann. (Orig. erschienen 2003: *Nonviolent Communication. A Language of Life 2nd*. Encinitas/Kalifornien: Puddle Dancer Press).
- Scheuringer, A. (2017). Protokoll des Scheiterns. Eine Aufarbeitung in schriftlicher Form. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schützendorf, R. (2008). *Das Recht der Alten auf Eigensinn*. (4. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Snijders, H., Liteaer, G. (2014). Gruppenpsychotherapie. In G. Stumm & W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. (S. 187 – 199). Wien: Springer Verlag.
- Tagore (2013). *Gitanjali. Gebete, Lieder und Gedichte*. Köln: Anaconda.
- Tschuschke, V. (2003). *Kurzgruppenpsychotherapie. Theorie und Praxis*. Wien: Springer.
- Van der Kooij, C. (2010). *Das mütterliche Pflege- und Betreuungsmodell*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wolfersdorf, M., Mauerer, C., Bär, W., Le Pair, A., Schüler, M. (2002). Suizidalität im Alter: Grundlagen und therapeutische Möglichkeiten. In R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.), *Suizidalität im Alter*. (S. 141 - 167). Bornheim-Secktem: Chudeck Druck.
- Yalom, I. D. (1983/2005). *Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. (4. Auflage). München: Random House. (Orig. erschienen 1983: *Inpatient Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.)