



Entwicklungsaufgaben des Älterwerdens für die Psychoanalyse

Marie-Luise Hermann (Zürich)

Zusammenfassung: Mit steigender Lebenserwartung differenzieren sich die Lebensphasen des Alters. Die ersten geburtenstarken Jahrgänge der «Wohlstands-Babyboomer» haben das Alter von 60 Jahren erreicht und stellen die Psychiatrie und Psychotherapie vor neue Aufgaben. Psychoanalytische Konzepte und Erfahrung mit Psychotherapie im Alter ermöglichen ein vielfältiges Verständnis der Alternsprozesse. Dem entgegen steht nach wie vor ein «Vermeidungsbündnis»: eine spürbare Abwehr des Themas Alter in Institutionen, unter BehandlerInnen und PatientInnen. Die «Entwicklungsaufgaben des Alters» werden daher auch auf die eigene Disziplin angewendet, um Schwierigkeiten des Älterwerdens und deren Abwehrformen sichtbar zu machen. Stationäre Behandlungserfahrungen zeigen Möglichkeiten zur Überwindung auf, aber auch die anspruchsvolle Arbeit mit komplexen Lebenslagen, die ein psychoanalytisches Verständnis brauchen.

Schlüsselwörter: Psychotherapie im Alter, Psychoanalyse und Altern, Entwicklungsaufgaben

Einleitung

Wie sich psychoanalytische Arbeit in Institutionen behaupten und trotz laufend verändernden Parametern einbringen kann, ist eine grundsätzliche Herausforderung. Im Arbeitsbereich des Alters ist zwischen Theorie und Praxis eine zusätzliche Ebene, ein doppelter Boden eingezogen: die eigene Betroffenheit der Behandelnden vom Älterwerden. Dieser Boden besteht aus unbewussten Abwehrhaltungen, aus Nichtwissen(wollen) und Altersstereotypen, die einen Widerstand bilden können. Diesen zu bearbeiten wird umso dringender notwendig, je stärker die alternde Gesellschaft in der stationären und ambulanten Behandlung ankommen wird, wenn die Babyboomer (in der Schweiz geboren 1957–1966) als «Generation der Vielen» nun das sogenannte «3. Alter» ab 60 Jahren bzw. das Pensionsalter erreichen.¹

Ich vertrete die These, dass diese Abwehr in erster Linie über eine hochqualifizierte *Psychotherapie im Alter* in den Institutionen verändert werden kann, die dann als Erfahrung in die ambulante Praxis hinausgetragen wird. Die Institution in Form einer auf das Alter ab 50 bis 60 Jahren spezialisierten Psychotherapie- oder Akutstation bietet einen Rahmen, in dem modellhaft Therapiekonzepte für Ältere gelebt, erprobt und angepasst werden können, und sich auch das therapeutische Milieu verschiedener Kohorten des jungen bis hohen Alters oder von Mehrgenerationengruppen beobachtet lässt.

Das Besondere am Thema Alter ist, dass es uns AnalytikerInnen auf eine Stufe mit unseren PatientInnen stellt und uns dieselben Entwicklungsanforderungen und narzisstischen Zumutungen abverlangt. Wir können das Älterwerden verleugnen, aber nicht aufhalten und uns der Betroffenheit nicht auf Dauer entziehen. Daher gehört zur Arbeit in der Alterspsychotherapie die Auseinandersetzung mit den eigenen, oft unbewussten Altersbildern, ohne die wir Gefahr laufen, einseitig defizitorientierten oder idealisierenden Vorstellungen anzuhängen. Positive Altersbilder und -stereotype betonen Entwicklungschancen und -gewinne im Alter, was heute meist das dritte Alter von 65–80 Jahren und unsere Wünsche für das Alter beschreibt. Negative Stereotype bilden das medizinisch geprägte Defizitmodell ab, das Altern als Abbau mit Risiken und Entwicklungsverlusten betont, wie es dem «4. Alter» ab 80 Jahren und unseren Ängsten entspricht, die von Erfahrungen mit Eltern und Grosseltern mitgeprägt sind.

Niemand ist vor inneren Zerrbildern gefeit. Es können uns stereotype Vorstellungen von alten Menschen in Therapie als «unflexibel, unveränderbar, anspruchsvoll, hilflos, bedürftig» einfallen, oder idealisierend nur «coole, fitte, auffallend gesunde» Hochaltrige. Verzerrung kann sich in der ausschliesslichen Phantasie geriatrischer AkutpatientInnen oder Demenzkranker oder in subtiler Entwertung als «alte Leutchen» zeigen, analog dem in der Alterspflege untersuchten «Baby-Talk». Dahinter steht die Abwehr, als TherapeutIn mit dem eigenen Altern oder den alternden Eltern bzw. Grosseltern in umgekehrten Übertragungskonstellationen konfrontiert zu sein, d. h. der Besonderheit der Alterspsychotherapie, dass PatientInnen eine Kind- oder Enkelrolle auf jüngere TherapeutInnen übertragen. Befragungen von PsychotherapeutInnen zeigen noch immer Unsicherheit oder verdeckte Vorbehalte, ältere und alte PatientInnen zu behandeln, die jedoch mit spezifischer Weiterbildung und Behandlungspraxis abnehmen (Peters, Jeschke et al., 2014).

Für eine Verfeinerung der Altersbilder ist gemäss Schmitt nicht das ausgewogenere Verhältnis von ressourcen- und defizitorientierten Altersbildern ent-

scheidend, sondern die bedingungslose, von Stärken und Schwächen unabhängige Akzeptanz des Alter(n)s, «ein durch Solidarität und gegenseitige Akzeptanz geprägtes Verhältnis zwischen den Generationen» (2004, S. 146). Für die Psychotherapie könnte es heissen: wenn die menschliche Begegnung und psychische Entwicklung der PatientInnen wichtiger wird als die Wahrnehmung des Alters.

Besonderheiten in der Behandlung älterer PatientInnen und der psychoanalytischen Psychotherapie im Alter werden nun skizziert, um sie auch auf uns als PsychoanalytikerInnen selbst anzuwenden und daraus Schlussfolgerungen für eine alterssensible Arbeit in Institutionen zu ziehen.

Psychoanalytische Konzepte des Alterns

Seit dreissig Jahren interessieren sich VertreterInnen der deutschsprachigen Psychoanalyse im Arbeitskreis «Psychoanalyse und Altern» für ein Verständnis des Alternsprozesses und dessen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Sie haben Modelle lebenslanger Entwicklung und Behandlungskonzepte für die Psychotherapie im Alter entwickelt. Dies schlägt sich in Lehrbüchern (u. a. von Radebold, Heuft, Peters; aktuelle Übersicht in Peters & Lindner, 2019), vielen Fach- und Forschungspublikationen, einer eigenen Zeitschrift² sowie einem Weiterbildungslehrgang für ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen³ nieder. Das früher festgestellte «Vermeidungsbündnis» von PatientInnen und BehandlerInnen hat sich für gut gebildete Frauen von 60–69 Jahren abgeschwächt, weiterhin nicht gut erreicht werden Männer, weniger gebildete und hochaltrige Menschen (a. a. O., S. 78).

Für ein psychoanalytisches Verständnis der Phasen des Älterwerdens seien einige zentrale Konzepte und klinische Erfahrungen genannt (Details in Hermann, 2018):

- › In Anlehnung an René Spitz kann die lebenslange Entwicklung durch wechselnde Organisatoren in den verschiedenen Lebensphasen beschrieben werden (Heuft et al., 2000, S. 42f): In den ersten Lebensjahren bestimmt der Trieb die psychosexuelle Entwicklung entlang führender Organe als Organisator durch die Kindheit und Jugend. Parallel dazu werden die Grundlagen der psychischen Struktur gebildet. Im Erwachsenenalter übernimmt der «objektale Organisator» die Entwicklung, in der zweiten Hälfte des Erwachsenenalters findet eine Verschiebung zu einem «somatogenen Organisator» statt. Der Körper bekommt im Alternsprozess die Funktion eines «Schrittmachers» der Entwicklung, die mit narzisstischen Krisen ver-

- bunden sein kann, da das Altern eine «biologische Zumutung» und unter dem Aspekt des Selbstwerts zu verarbeiten sei (ebd., S. 45).
- › In der Genese psychischer und psychosomatischer Symptomatik im Alter werden neurotische Konfliktbildung, strukturelle Störung, Traumatisierung sowie der Aktualkonflikt unterschieden. Letzterer geht auf konflikthafte äussere oder innerpsychische Belastungen durch Entwicklungs- und Alterungsprozesse zurück (ebd., S. 107).
 - › Den Aktualkonflikt ergänzend betont Kipp (2002) die Funktion lebenslanger Anpassung, die im Alter wegfallen könne: Anpassungsmechanismen nach Parin (1977) stabilisieren ähnlich wie Abwehrmechanismen das Ich, solange sich das soziale Umfeld nicht verändere (S. 488). Insbesondere der Mechanismus «Identifikation mit der Rolle», der mit einer äusseren Anpassung und libidinöser, aggressiver oder narzisstischer Befriedigung verbunden ist, könne im Alter nach Verlusten zusammenbrechen und Angst oder andere Symptome auslösen (Kipp, 2002, S. 116f.).
 - › Über Eriksons «Entwicklungsaufgaben» hinausgehend, fasst Peters den Begriff der «Entwicklung» weiter: Wachstum, Reifung, Fortschritt und grössere Differenzierung, aber auch Alterungsprozesse der Regression, Überarbeitung und des Abbaus gehören dazu. Da im höheren Alter Widersprüche zwischen diesen Polen zunehmen, betont er das Konzept des «Entwicklungskonflikts» (2002, S. 22).
 - › Psychische Konflikte sind über die gesamte Lebensspanne und in ihrer aktuellen Darstellung zu verstehen, denn auch die psychosexuellen Konflikte werden im Alter, in umgekehrter Reihenfolge, noch einmal neu aufgelegt (Teising, 1997; zit. nach Peters & Lindner, 2019, S. 53). Der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt kann beim Angewiesensein auf andere aktualisiert werden.
 - › Mit dem Bewussterwerden der Vergänglichkeit in der zweiten Lebenshälfte tritt die existenzielle Dimension des Lebens stärker hervor. Bereits Krisen ab der Lebensmitte können auch als Thematik des Älterwerdens verstanden werden. Unter dem Druck begrenzter Lebenszeit und anstehender Lebensübergänge verdichten sich narzisstische Zumutungen und unge löste neurotische Konflikte, oder es brechen jahrzehntelange Abwehr-, Anpassungs- und Traumabewältigungsmechanismen in depressiven Erschöpfungssymptomen oder Angstzuständen zusammen (Hermann, 2017).

- › Erkenntnisse der Bindungstheorie sind im Alter wegen zunehmender Belastungen und Verluste bedeutsam. Ein sicherer Bindungsstil bietet einen Schutz vor Zumutungen des Alters. Der unsicher-verstrickte Bindungstyp nimmt im Alter ab, der unsicher-vermeidende Bindungstyp jedoch stark zu (Peters & Lindner, 2019, S. 63 ff.).
- › Bei komplexen Störungsbildern befürwortet Peters die Strukturbezogene Therapie und stellt die These sekundärer Strukturdefizite durch Einflüsse des hohen Alters auf (Peters & Lindner, 2019, S. 65 ff.).
- › Die Besonderheit der Traumareaktivierung im Alter von jahrzehntelang kompensierten Traumata ist besonders im Hinblick auf die Folgen von Krieg, Flucht und Vertreibung, aber auch sexueller Gewalt von Bedeutung. Die Psychodynamische Imaginative Traumatherapie ist auch noch im hohen Alter anwendbar (Reddemann, Kindermann et al., 2013).

Entwicklungsaufgaben des Älterwerdens

Nach Radebold muss sich der ältere Mensch in verschiedenen Phasen des Älterwerdens acht Aufgaben stellen (1992, S. 68 ff.), die mit «unvermeidlichen narzisstischen Kränkungen» verbunden sind (Kutter, 1997, S. 59). Aus der klinischen Erfahrung in der Einzel- und Gruppentherapie reflektiere ich diese Aufgaben auf der individuellen Ebene, um sie anschliessend auf unsere Rollen als AnalytikerInnen in Institutionen oder in der Praxis zu übertragen.

1. Reagieren auf den sich verändernden Körper

Auf die Frage «Woran merken Sie, dass Sie älter werden?» werden in der Gruppe zunächst meist körperliche Veränderungen und Defizite genannt. Andere Aspekte wie veränderte Zeitwahrnehmung, Sinnfragen, Verschiebung von Werten und neue Freiheiten kommen zögernder ins Gespräch. Damit sind wir mitten im Erleben positiver und negativer Altersbilder. Der Körper diktiert Veränderungen, die biologische Uhr tickt im hohen Alter vom Ende her. Konfrontiert mit der eigenen Verwundbarkeit prallen Grössenideen ewigen Jugendlichseins auf die Realität eines steigenden Risikos *für schwere Erkrankungen*, Operationen und Funktionsverluste zentraler Organe bis zu Gebrechlich- und Pflegebedürftigkeit. Sind einzelne Organfunktionen individuell hoch besetzt, können plötzliche Einschränkungen zum Auslöser einer psychischen Krise werden. Als Grenzerfahrungen brechen sie in die Illusion eines unverwundbaren *Körperselbst ein. Sich selbst als verletzt oder beschädigt zu erleben, knüpft unbewusst an die Kastrationsvorstellung und -angst an, was häufig depressiv oder mit Angstsymptomen vor dem Alter als*

«Kaputtgehen» oder «jetzt geht es nur noch abwärts» verarbeitet wird. Manifest gilt es, Einschränkungen und Hilfsmittel zu akzeptieren und sich daran anpassen zu können. Ein Gleichgewicht zu finden und den Körper weder zu über- noch unterfordern bleibt eine Aufgabe bis zum Lebensende.

Die Abwehr der Angst vor dem «Alten, Kaputten» kann sich bei AnalytikerInnen darin zeigen, nicht mit dieser Altersgruppe arbeiten zu wollen und Stereotype nicht zu analysieren. Sie selbst können Anzeichen des alternden Körpers länger ausweichen, da der Beruf auch nach dem Pensionsalter sitzend und mit freier Stundeneinteilung möglich ist. Junkers erwähnt eine verstärkte «Unsterblichkeitsphantasie» durch eine «heimliche Überzeugung, die eigene Analyse habe uns gegen Krankheiten immun gemacht» (2013, S. 36). Die Psychoanalyse kann auch als «ewiger Jungbrunnen» idealisiert werden. Sie mag zwar helfen wachsam, beweglich und sensibel für Entwicklungsanforderungen zu sein. Doch dass der Körper den Takt vorzugeben beginnt, ist eine Zumutung für das von uns hoch besetzte Geistige. Als kreative Sublimierungsform kann das forschende Arbeiten, Schreiben und Lehren bei geistiger Gesundheit jedoch bis ins höchste Alter erhalten bleiben, auch jenseits der Praxistätigkeit. Wenn aber der Körper geistig «Unbezwingbares» verlangt, sind wir mit Hilflosigkeit, Schmerz, Leiden und Abhängigkeit konfrontiert.

2. Umgehen mit den eigenen libidinösen, aggressiven und narzisstischen Strebungen

Die im Unbewussten zeitlos wirksamen Triebwünsche treffen im Alterungsprozess auf neue Hürden: Wie können Wünsche nach Liebe und Geliebtwerden, sexueller und emotionaler Nähe gelebt werden, wenn die sexuelle Potenz nachlässt und viele Menschen den Verlust des langjährigen Lebenspartners bewältigen müssen und alleine leben? Kann die Liebesfähigkeit neue Ausdrucksformen finden? Wo haben aggressive Impulse nach Selbstbehauptung und Autonomiestreben Platz, wenn eine «Radikalität des Alters» (Mitscherlich, 2010) mit unabhängiger Haltung möglich ist, aber nur die Gesunden, noch Aktiven Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen haben? Wie können Wünsche nach narzisstischer Bestätigung und Anerkennung neu besetzt werden, wenn die Befriedigung durch Leistung oder eine zentrale Rolle im Familienleben sich vermindert? Kann der Selbstwert mehr

aus der Anerkennung der eigenen Entwicklung und Lebensgeschichte und aus Interessen gezogen werden? «Altern ist vielleicht die Gelegenheit, zu entdecken, wie man sich selbst und überhaupt besser lieben kann» (Quinodoz, 2010, S. 13).

Sich mit Jüngeren zu beschäftigen, erscheint zukunftsorientiert, zugleich arbeitet man mit Bekanntem, das bereits hinter einem liegt. «Narzisstische, zeitlose Phantasien» können aber auch der Grund sein, die Behandlung jüngerer Patienten nicht beenden zu können, die Teilhabe an ihrem seelischen Leben könne eine «vampirhaft anmutende Qualität annehmen» (Teising, 2013, S. 104). Mit der Nischendisziplin «Psychotherapie im Alter» sind in Institutionen und Fachgremien bisher kaum Meriten zu verdienen. Alterspsychiatrie wird rasch auf Demenzbehandlung reduziert. Eine verdeckte aggressive Abwehr des Alters zeigt sich auch in mangelndem Interesse, Sich-nicht-Informieren, Entwertung der noch Älteren, «die immer noch arbeiten, an Rollen festhalten» oder in autoaggressiver Bekämpfung eigener Altersanzeichen. Libidinös besetzt wird die Arbeit mit PatientInnen, aber auch die Eltern- oder Grosselternrolle in Supervision und Ausbildung, die als generative Aufgabe das Gefühl des Gebrauchtwerdens stützt und zugleich die Angst vor schwindender Bedeutung abwehrt.

3. Gestalten der intragenerativen Beziehungen

Beziehungen in der eigenen Generation knüpfen an geteilte Erfahrungen der Kohorte mit sozial- und zeitgeschichtlichen Prägungen an, die das Kind- und Jugendliche-Sein mitgefärbt haben. So haben die späteren «68er» eine andere Geschichte als die «Wohlstands-Babyboomer». Erziehungsstile, Geschwisterbeziehungen, Freundschaften und Peers, soziale und politische Milieus als äussere Realität haben die psychische Verarbeitung geprägt. Mit dem Älterwerden werden die Lebenszeugen des eigenen Gewordenseins wichtiger, zum Austausch von Erinnerungen, aber auch zur Verortung innerer Wurzeln in einer sich rasant verändernden äusseren Welt. Das Erinnern oder Erzählen «von früher» kann zur Verklärung, aber auch gegenseitigen Anerkennung der Entwicklung und biografischen Selbstvergewisserung dienen. Im hohen Alter viele Gleichaltrige zu verlieren, bedeutet, immer weniger von der Lebensgeschichte teilen zu können.

Mit den Gleichaltrigen teilt man viel berufliche Identifikation, ist in jahrzehntelangen Freundschaften, oft seit Studien- und Weiterbildungszeiten oder durch gemeinsame Arbeit verbunden. Man hat zusammen berufspolitische Kämpfe ausgetragen, Schicksalsgemeinschaften gebildet, um die psychoanalytische Identität in Gruppen und Institutionen gerungen. Der Schatz an gemeinsamen Erlebnissen kann über das aktive Berufsleben hinaus tragend sein. Zugleich bergen berufliche Netzwerke die Gefahr, sich gegen nachkommende Generationen abzuschotten, sich in Ämtern, Ausschüssen und Leitungspositionen auch nach der Pensionierung aufgrund der reichen Erfahrung unentbehrlich zu fühlen. Man hat sich gegenseitig gefördert, in Konkurrenz oder inhaltlichen Disputen aneinander gerieben, die Verbindungen sind stark. Dienen sie dem Erhalt und der Weiterentwicklung der Disziplin und grosszügigen Weitergabe der Expertise oder auch der Erhaltung eines Status Quo mit Idealisierung der eigenen Jugend, insbesondere der 68er-Jahre und deren Errungenschaften?

4. Gestalten der intergenerativen Beziehungen

Die mittlere Generation in den 50ern und 60ern befindet sich im anspruchsvollen «Sandwich der Generationen», oft gleichzeitig von beiden Seiten unter Druck durch Kinder in spätadoleszenten Ablösungskonflikten und alternde Eltern, für die eine Übernahme begleitender oder betreuender Funktionen notwendig ist. Im Konzept der «filialen Reife» aus der Pflege von Angehörigen ist die innere Unabhängigkeit, Begrenzung von Schuldgefühlen und liebevolle Grenzsetzung beschrieben, die auch auf die Bereitschaft übertragen werden kann, ältere PatientInnen in Behandlung zu nehmen, im Gegensatz zu «filialer Angst» vor Überforderung (Peters & Lindner, 2019, S. 172). Im höheren Alter spielt die Generativität eine sinnstiftende Rolle – die Frage, was man in familiärer oder symbolischer Form weitergeben kann. Doch im Innerpsychischen werden vor allem die ödipalen Konflikte in vielfältigen Variationen reaktiviert und häufig auch in den Familien ausagiert: Rivalität und Neid (wer hat wieviel Liebe oder Erbe bekommen), Kastrationshemmung und -angst, Unterwerfung, aufopfernde Hilfe, Schuldkonflikte, Distanzierung bis zum Kontaktabbruch, Abwehr des notwendigen wiederkehrenden ödipalen Triumphs der Jüngeren u. v. m. Ein Interagieren der Generationen in freundschaft-

lich-libidinösem Respekt ist nur möglich mit Bereitschaft aller, sich darüber offen auseinanderzusetzen.

Dies lässt sich auf die Beziehungen zwischen den Generationen in Arbeits- und Weiterbildungsbeziehungen und in psychoanalytischen Instituten übertragen: Wie gibt man essenzielle psychoanalytische Werte in Weiterbildung und Lehranalyse weiter? Wo bleibt hierarchisches Denken am Werk («Wir mussten auch unten durch»)? Bindet man den «Nachwuchs» ein, der häufig auch schon über 40 oder 50 ist? Bekommen Jüngere Chancen, das Erbe der «PionierInnen» der 68-Generation auf ihre Weise fortzusetzen, da sie anders sozialisiert und stärker in institutionelle Grabenkämpfe in der Gesundheitspolitik eingebunden sind? Wertet man neue Konzepte vorschnell als «eklektizistisch» ab? Befruchtet der Austausch und ist Erneuerung möglich, oder befürchtet man nur «Verwässerung»?

Und umgekehrt: Welches Altersbild drückt sich im Verhältnis der Jüngeren zur «Elterngeneration» der Ausbildungs-AnalytikerInnen aus? Ewige Idealisierung und Unterwerfung, oder Respekt und Interesse, oder eher Mitleid, d. h. Kastration als «Alte»? Wo die ödipale Dynamik nicht bewusst wird, wirkt sie in die Zusammenarbeit hinein. Kastrationsangst zeigt sich, wenn die mittlere Generation in Instituten oder Gremien die «Macht» nicht in die Finger nehmen will, sich selbst in der Kind-Rolle klein hält («Ihr könnt das besser»). Sie verharnt dann in abhängig-ödipaler Position, zieht sich unsichtbar in die Praxis zurück oder wehrt die «Kastration» der Älteren in Ämtern ab. Sie klagt vielleicht, die «Alten» kümmern sich zu wenig um sie, zögert aber adoleszentär, Verantwortung zu übernehmen, drängt nicht hinaus, um nach ihren Trophäen zu greifen und bleibt in geschützter Position wie junge Erwachsene, die nicht ausziehen wollen. Damit kann sich die «Elterngeneration» nicht zurückziehen, empfindet Ärger und zu wenig Dankbarkeit für ihren Einsatz für den Nachwuchs. Natürliche Ablösungskonflikte werden so prokrastiniert.

5. *Sich-Stabilisieren durch Beruf und Interessen*

Arbeit und berufliche Identität sind in der Leistungsgesellschaft zentrale Säulen des Selbstwertgefühls und der sozialen Zugehörigkeit. Wer sich dem Pensionsalter nähert, erlebt, womit viele PatientInnen schon früher und heftiger konfrontiert sind, wenn sie aus psychischen oder körperlichen Gründen weniger belastbar sind, die Stelle verlieren oder unfreiwillig frühberentet werden. Das Gefühl, keine Wahl mehr zu haben, wann und wie man aufhört berufstätig zu sein, führt zu einem massiveren Verlusterleben als ein vorbereiteter Abschied aus dem Arbeitsleben. Doch erleben viele Menschen auch diesen eher als Sinnkrise denn als «ewige Ferien». Wer noch berufliche oder ehrenamtliche Aufgaben fortsetzen und befriedigende Interessen ausbauen kann, ist besser vorbereitet. Doch viele über 60-Jährigen haben in langer Mehrfachbelastung das Thema gut verdrängt, hatten kaum «Zeit für sich» und erwachen: Was will *ich* denn eigentlich? Ständiges Reisen kann genauso zur Flucht vor dieser Frage werden wie «nur für die Familie da sein». Das selbstbestimmte Gestalten einer langen Lebensphase ist eine neue Entwicklungsaufgabe, die Lust an der «neuen Freiheit» stellt sich oft nicht von selbst ein.

Das Privileg der AnalytikerInnen, ausserhalb von Institutionen kein radikales Ende der Arbeit zu erleben, ermöglicht ein selbstbestimmtes Reduzieren. Es ist der Vorzug einer weiterhin erfüllenden und kreativen Tätigkeit, da man das Analysieren als «Haltung, mit der man allen Lebensphänomenen begegnet, auch sich selbst», nicht verlernen könne (Luft, 2015, S. 261). Oft besteht jedoch auch eine finanzielle Notwendigkeit, für das Einkommen im Alter weiter beitragen zu müssen. Gelingt es trotzdem, eine gute Balance mit privaten Bedürfnissen und Interessen zu finden?

Durch die fehlende Konfrontation mit einem Pensionsalter kann der Verlust und Trennungsprozess von einer starken Identifikation lange vermieden und hinausgezögert werden. Die passive Lösung lautet, «solange ich Patienten habe». Darf es hingegen auch das Bedürfnis geben, tatsächlich mit dem Pensionsalter oder bald danach aufzuhören, von institutionellen Prozessen genug zu haben, von anstrengender Arbeit mit schweren Störungen auch ermüdet und desillusioniert zu sein?

6. *Erhalten der sozialen Sicherheit und Versorgung*

Wann beginnt man, die Altersvorsorge konkret zu planen? Was ist subjektiv wichtig für das eigene Sicherheitsbedürfnis? Mit einer sicheren Bindung, einem guten inneren Objekt, kann man in kritischen Lebenssituationen eher auf verlässliche Beziehungen zurückgreifen und sich leichter Hilfe holen. Es erleichtert auch einen selbstfürsorglichen Umgang mit sich selbst, materiell und medizinisch gut vorzusorgen, sich gute äussere Bedingungen zu schaffen. Dies alles ist für Menschen mit unsicherer Bindung eine grössere Herausforderung. Äussere Faktoren übernehmen dann eine Ersatzfunktion, wenn z. B. der Rückzugsort der langjährigen Wohnung oder des Hauses auch das innere Überleben zu sichern scheint. Das Verlassenmüssen des «Zuhauses» aus Altersgründen kann das psychische System bedrohen. Für andere unsicher Gebundene gibt es nirgends ein Gefühl von «Daheim», dafür ist die Unabhängigkeit, ein ewig Reisender zu sein, hoch besetzt. Kann man sich vorbereitend mit Wünschen für das hohe Alter in Bezug auf Wohnform, Hilfsangebote, Orte und Kontakte beschäftigen? Gibt man medizinischer Vorsorge Gewicht und klärt mit Patientenverfügung und Testament Wünsche für die Angehörigen? Oder verdrängt man lieber im Sinne eines «nach mir die Sintflut»?

Diese Fragen betreffen auch die Praxistätigkeit und -aufgabe. O'Neil (2013) schlägt für alle Praktizierenden eine detaillierte «Praxisverfügung» für den Fall plötzlicher Erkrankung oder den Todesfall vor. Wie ist das Einkommen gesichert, wenn man doch nicht länger weiterarbeiten kann? Welche tragenden Bindungen bestehen ausserhalb der Arbeit, was würde fehlen, wenn es keine Praxis mehr gäbe? Das Älterwerden konfrontiert mit unangenehmen Fragen.

7. *Erhalten der eigenen Identität*

An allen Lebensübergängen stellt sich die existenzielle Frage «Wer bin ich, woher komme ich, wohin gehe ich?» Ob in der Lebensmitte, beim Übergang ins Pensionsalter oder ins höhere Alter, beschäftigt sie uns auf einer alltagspraktischen wie philosophischen Ebene. Was macht mich aus? Woher habe ich ein Gefühl, «dieselbe» Person zu sein, obwohl ich mich ständig verändere und im analytischen Sinn weiterentwickelt habe? Für PatientInnen mit wiederkehrenden Krankheitsphasen ist eine wichtige Frage: «wer bin ich (noch) ausserhalb des «kranken Ichs»? Oft

werden erst im Therapieprozess wieder Wünsche, alte und verschüttete Träume, Stärken und Fähigkeiten wach, die auch die innere Zeitperspektive verändern.

In diesen Themenkreis gehört, was meine eigene psychoanalytische Identität und «Heimat» in Theorien und Behandlungskonzepten ausmacht sowie all das im Lauf des Berufslebens verinnerlichte, von vielen AusbilderInnen, KollegInnen, aber auch von PatientInnen Gelernte. Bleibt das Verfeinern des eigenen Handwerkszeugs, das Weiterfragen, Weiterforschen als Triebsublimation lebendig, sodass man weiter Neues entdeckt und aufnimmt? Oder lässt dieses Interesse nach und wendet man sich stärker anderen Lebensbereichen zu? Besteht noch ein Interesse, sich in Instituten oder Fachgesellschaften einzubringen, oder führt das Älterwerden auch zu radikaleren Haltungen, was man nicht mehr will? Und inwiefern möchte man, dass sich Institute verändern oder eher den Zeitgeist, der einen selbst geprägt hat, wahren und weitergeben?

8. *Einstellen auf die sich verändernde Zeitperspektive sowie auf Sterben und Tod*

Die bewusste Beschäftigung mit Vergänglichkeit, Sterben und Tod in der Psychotherapie mit Älteren hängt stark von der Betroffenheit der PatientInnen ab. Sie ist unausweichlich für diejenigen, die mit aktuellen oder früheren Verlusten kämpfen und depressiv werden statt trauern zu können. Auch bei eigener schwerer Erkrankung oder derjenigen eines nahen Angehörigen rückt die Konfrontation mit dem Sterbenkönnen ins Zentrum des Lebens und mobilisiert zugleich alle psychischen Antworten von Hoffen, Kämpfen, Trauern, Verleugnen oder Resignieren. Die PatientInnen brauchen dann AnalytikerInnen, die starke, existenzielle Emotionen ermöglichen und mit aushalten, aber auch ihre subjektiv zum Überleben notwendige Abwehr respektieren. Manche bereits in früheren Lebensphasen von Krankheit oder Verlusten Betroffene scheinen innerlich besser vorbereitet, haben das Bewusstsein für den Tod präsenter als wer immer gesund war. Sie haben durch (nicht immer bewusste) innere Arbeit persönliche Reifungsprozesse und psychische Lösungen entwickelt, die zu einer Verdichtung des Lebensgefühls, zu neuen kreativen oder mitmenschlichen Fähigkeiten führen können. Grieser beschreibt die Wahrnehmung des Todes und der Sterblichkeit an Lebensübergängen als «basalen Organisator und Motor» der psychischen Welt, als triangulierende und

entwicklungsfördernde Kraft über die gesamte Lebensspanne, die im Alter dringlicher wird (2018, S. 9).

Diese Haltung stösst jedoch auf starke Verdrängungswiderstände in uns selbst und in den PatientInnen. Ängste vor Hilflosigkeit, Schmerz und Trauer sind in psychosomatischen oder depressiven Symptomen abgewehrt. Todesangst flammt in starken panischen und traumatischen Ängsten auf und soll schnell gelindert werden. Viele psychiatrische PatientInnen halten sich die Autonomie-Phantasie einer Anmeldung bei «Exit» offen, hinter dem Recht auf Selbstbestimmung können Ängste vor Abhängigkeit und Leiden verborgen sein. Damit PatientInnen ihre Todesangst zum Ausdruck bringen können, müssten AnalytikerInnen mit ihrer «eigenen Todesangst hinreichend umgehen» können (Quinodoz, 2010, S. 220).

Die Psychoanalyse selbst hat durch eine überwiegend ablehnende Haltung zu Freuds Todestrieb-Theorie die Auseinandersetzung mit dem Tod an sich kollektiv verdrängt und bis heute weitgehend verleugnet (Grieser, 2018, S. 21 ff.). Luft sieht die duale Lebenstrieb-/Todestrieb-Theorie als «umfassendes Konzept für das Altern des Menschen» an, das analog zu Entwicklung und biologischem Abbau «suprabiologische Abläufe» von psychischer Progression und zerstörerischer Regression erklären könne (2015, S. 17f.). Grieser analysiert Freuds Abwehr des Wunsches nach Transzendenz als Mängel in der frühen Muttererfahrung und eine «Identifikation mit dem «väterlich»-rationalen Denken», sodass die Frage nach dem Sinn des Todes eine Leerstelle bleibe. (2018, S. 29f.)

Das Ringen um Erhaltung eines Status Quo bzw. die Verleugnung einer existenziellen Dimension spiegelt sich auch in der psychoanalytischen Kontroverse der Fachgesellschaften: Während die Psychoanalyse ihre Wirksamkeit erst spät wissenschaftlich erforscht hat und psychoanalytische Lehrstühle für Psychologie an den Universitäten schwinden, kämpft die Internationale Psychoanalytische Vereinigung um den Erhalt der vierstündigen Analyse als Ausbildungsanforderung. Über Privatuniversitäten wird eine neue Identität gesucht, doch die Masse von Studierenden lernt Psychoanalyse heute vom Hörensagen als «historisch interessant, aber veraltet» kennen.

Psychotherapie im Alter in der Institution

Wie kann man nun – im Sinne der Eingangsthese – die Institution nutzen, um Abwehr und mangelnde Erfahrung von PatientInnen und TherapeutInnen im «Vermeidungsbündnis» zu überwinden?

Behandlungserfahrungen

PatientInnen von 50 bis über 90 Jahren kommen in der Klinik auf die Altersstation für Psychotherapie oder Akutbehandlung. Damit machen sie nicht nur die *Erfahrung*, dass man auch im Alter psychotherapeutisch behandelt, sondern dass gerade das *Altern*, ihre spezifische Lebenssituation als Auslöser der jetzigen Krise im Mittelpunkt steht. In der Gruppentherapie erleben sie, dass sie mit Schwierigkeiten des Alterwerdens nicht allein sind und ernst genommen werden.

TherapeutInnen einer Altersstation oder Mehrgenerationengruppe haben die Chance, vielfältige Erkrankungsformen und -stadien zu erleben und mit den Herausforderungen des Alter(n)s in einer *heterogenen Stichprobe* zu arbeiten, wie sie nur diese Lebensphase kennzeichnet. Komplexe psychiatrische, psychosomatische, neurotische, strukturelle, traumabezogene bis beginnende kognitive und hirnganische Störungen bilden das gesamte Behandlungsspektrum ab, in der Bandbreite von Aktualkonflikten bis zu Langzeitchronifizierung. Daher ist das Einbeziehen eines breiten interdisziplinären Teams notwendig.

Therapiekonzepte und Behandlungstechniken können in der praktischen Anwendung erprobt und angepasst werden, da die Disziplin immer noch relatives Neuland darstellt. So sind die eingangs genannten Theorie- und Behandlungskonzepte allesamt aus der klinischen Arbeit entstanden. Auch Gruppenkonzepte können selbst entwickelt und laufend verbessert werden. AlterspsychotherapeutInnen bietet sich ein kreatives *Gestaltungsfeld*.

Über die Institution wirken wir in das Gesundheitssystem – und damit die Gesellschaft – hinein, können es infiltrieren und die *Psychoanalyse* in ihren breiten Anwendungsformen zu Menschen bringen, die Hilfe am dringendsten brauchen. Zugleich wirkt auch das System in uns hinein, greift unseren Denkraum mit Effizienzdruck, kurzen Aufenthaltsdauern usw. an. Die Aufgabe besteht darin, sich nicht paralysieren zu lassen, sondern den eigenen Handlungsspielraum trotz des Drucks immer wieder kreativ zu nützen, *noch* bessere fokale Behandlungsansätze zu finden und Menschlichkeit in der Psychiatrie zu schaffen und zu erhalten, die in einer *Haltung* – aufnehmend, verstehend, libidinös – besteht. Auch ohne Vorerfahrung spüren alte PatientInnen, wenn sie einen sicheren Raum erleben, sich verstanden, angenommen und gehalten fühlen.

Die *Komplexität* des Alterungsprozesses mit vielfach überlagerten, unklaren Erkrankungen kann auch uns BehandlerInnen überfordern, allein die Liste an Diagnosen, Vorerkrankungen und Medikamenten kann einen Abschiebereflex auslösen. Wir halten das Verwirrende mit aus, wie z. B. eine schwere Depression und beginnende kognitive Störung sich gegenseitig verstärken, die PatientInnen und uns verstören kann. Wir wissen häufig keine eindeutige Antwort, ausser, auf die Menschen zuzugehen, sie nicht allein zu lassen, Container zu sein für kurze intensive oder langwierige Prozesse, um die Handlungsfähigkeit und Ich-Funktionen zu stärken. Die Bedeutung und Funktion von Symptomen psychoanalytisch zu reflektieren, hilft zu unterscheiden, ob sie unabhängig vom Alter auftreten, um auch nicht *zuviel* dem Altern zuzuschreiben.

Institutionelle Haltung zum Alter

Eine Institution kann darin investieren, das Alter sichtbar zu machen und gut zu behandeln, z. B. indem sie einen grosszügigen Neubau barrierefrei und für leichte Orientierung konzipiert. Eine umfassende altersspezifische Fortbildung sollte selbstverständlich werden, um in den Teams Lernbereitschaft und Neugier auf eine lange Lebensphase zu fördern, die von jeder künftigen Kohorte anders gelebt werden wird.

Alte und hochbetagte Menschen werden damit in eine gute Behandlungspraxis hineingenommen und nicht nur in geriatrischen Spitälern und Demenzstationen abgesondert. Um präventiv anzusetzen und Menschen bereits ab 50 bis 60 Jahren psychotherapeutisch mit den ersten Krisen des Älterwerdens aufzufangen und Entwicklungsaufgaben zu bearbeiten, ist das ganze Spektrum an psychodynamischem Wissen und Techniken hilfreich.

Alterspsychiatrie und -psychotherapie kann für die Elterngeneration Milieubedingungen schaffen, wie wir sie für uns selbst auch einmal wünschen. Wir können von den Ältesten lernen, das Beste aus ihrer Lebenstüchtigkeit und -klugheit abschauen und ebenso das «nie werden wie...». Im Dialog mit ihnen erleben wir, womit sie zu kämpfen haben, wogegen sie sich sträuben, was die Autonomie beschneidet und was angenommen wird. Dies ermöglicht eine «filiale Reife» in der professionellen Rolle. Zugleich steht man zurück und anerkennt, was es heisst, würdevoll, aufrecht und damit seelisch potent auch Leiden, Abhängigkeit, Abschied und Einengung des Lebensradius anzunehmen, bis zuletzt oder bis zum Hinübergehen in einen anderen, dementen Zustand.

Als Jüngere schauen wir in unbekanntes Land, nicht wissend, nur hörend, wie es sich im Körper eines 80- oder 90-jährigen Menschen anfühlt.

Wir hingegen bieten unsere therapeutische Erfahrung und das Wissen aus der Alterspsychotherapie an: Um verdeckte Emotionen, Ängste und Wünsche aufzuspüren; um die innere Welt mit real Gelebtem und Bewältigtem zu verbinden; um die psychischen Kräfte wieder zu mobilisieren, wie wir dies bei Jüngeren auch tun. Dies hilft, den Blick auf die Aufgaben der Gegenwart und Zukunft zu öffnen und realistische von Angstszszenarien abzulösen.

Wir können den Ältesten, die nicht mehr reisen und sich immer weniger bewegen können, dabei helfen, Phantasie- und Erinnerungsräume zu öffnen für inneres Reisen und Sehen, wie es Margarete Mitscherlich als Selbsterfahrung beschrieben hat (2010, S. 237 ff.). Härtling (2018) gestaltet dies mit allen Zumutungen des hohen Alters in seinem letzten Roman «Der Gedankenspieler». Zugleich konfrontiert uns das hohe Alter damit, dass sowohl weitere Reifungsgrade als auch Zerfall des Ichs, des mentalen und des Körper-Ichs möglich sind, ein sich selbst Verlorengehen.

Wir erleben aber auch, wie Menschen in schweren Störungen nicht aufgeben, im Zusammenbruch eine Chance sehen und den aufrechten Gang auch nach schwerer Krankheit und Todesnähe psychisch wieder finden können. Die Psychotherapeutin wird zum Hilfs-Ich, zur vorübergehenden Gehhilfe, um gemeinsam im Lebensrückblick, der «Langzeitkatamnese des eigenen Lebens» (Luft, 2015, S. 33), neben Schwierigem besondere Kräfte in diesem Leben zu entdecken und mit der Gegenwart zu verknüpfen und damit den Weg zu bereiten für ein Stück Integration und Entwicklung.

Literatur

- Grieser, J. (2018). *Der Tod und das Leben. Vergänglichkeit als Chance zur Entwicklung von Lebendigkeit*. Giessen: Psychosozial.
- Härtling, P. (2018). *Der Gedankenspieler*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Hermann, M.-L. (2017). Depression in der zweiten Lebenshälfte – Zusammenbruch oder Aufbruch? *psychosozial*, 147, 1, 27–44.
- Hermann, M.-L. (2018). Mein neues altes Leben. Psychotherapie im Alter zwischen nachträglicher Sinngebung und Neubeginn. *psychosozial*, 41, 4, 35–49.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Junkers, G. (Hrsg.). (2013). *Die leere Couch. Der Abschied von der Arbeit als Psychoanalytiker*. Giessen: Psychosozial.

- Kipp, J. (2002). Gewohnte Konfliktstrategien reichen im Alter oft nicht aus. In M. Peters & J. Kipp, (Hrsg.), *Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter* (S. 115–123). Giessen: Psychosozial.
- Kutter, P. (1997). Altern in selbstpsychologischer Sicht. In H. Radebold (Hrsg.), *Altern und Psychoanalyse* (S. 54–67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Luft, H. (2015). *Die Kunst, dem Alter zu begegnen. Psychoanalytische Erkundungen*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Mitscherlich, M. (2010). *Die Radikalität des Alters. Einsichten einer Psychoanalytikerin*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- O'Neil, M. K. (2013). Die Praxisverfügung. Eine ethische Verantwortung des Analytikers und seiner Profession. In G. Junkers (Hrsg.), *Die leere Couch* (S. 269–286). Giessen: Psychosozial.
- Parin, P. (1977). Das Ich und die Anpassungs-Mechanismen. *Psyche*, 31, 481–515.
- Peters, M. & Lindner, R. (2019). *Psychodynamische Psychotherapie im Alter. Grundlagen, Störungsbilder und Behandlungsformen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Peters, M. (2002). Entwicklung, Entwicklungskonflikte und Entwicklungsförderung im Alter. In M. Peters & J. Kipp (Hrsg.), *Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter* (S. 15–35). Giessen: Psychosozial.
- Peters, M., Jeschke, K., Lindner, J. & Peters, L. (2014). Therapeutischer Stil und psychotherapeutische Behandlung älterer Patienten. *Psychotherapeut*, 59, 239–245.
- Quinodoz, D. (2010). *Älterwerden – Eine Entdeckungsreise. Erfahrungen einer Psychoanalytikerin*. Giessen: Psychosozial.
- Radebold, H. (1992). *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin: Springer.
- Reddemann, L., Kindermann, L.-S. & Leve, V. (2013). *Imagination als heilsame Kraft im Alter*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmitt, E. (2004). Altersbild – Begriff, Befunde und politische Implikationen. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 135–147). Bern: Huber.
- Teising, M. (1997). Altern – eine Herausforderung an den Narzissmus. In H. Radebold (Hrsg.), *Altern und Psychoanalyse* (S. 68–80). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Teising, M. (2013). Narzisstische Herausforderungen an alternde Psychoanalytiker. In G. Junkers (Hrsg.), *Die leere Couch* (S. 101–110). Giessen: Psychosozial.

Anmerkungen

- 1 Details unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/DrittesLebensalter.pdf> [09.02.20]
- 2 <https://www.psychotherapie-im-alter.de> [09.02.20]
- 3 <https://alterspsychotherapie.de/> [09.02.20]

Angaben zur Autorin

Marie-Luise Hermann, Dr. phil., Jg. 1966, Psychoanalytikerin, Musikerin; Arbeit in der Privatklinik Clienia Littenheid und in eigener Praxis in Zürich; geschäftsführende Herausgeberin der Zeitschrift *psychosozial*. Mitglied des Arbeitskreises «Psychoanalyse und Altern» Kassel.