

## **Den alten Menschen verstehen: Der psychoanalytische Ansatz in der Psychotherapie Älterer**

Eike Hinze

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

### **Vorbemerkungen**

Vielen Dank für die freundliche Einladung, auf diesem Symposium über die psychoanalytische Behandlung älterer Menschen zu reden. Ich möchte meine Redezeit so beschränken, dass wir zumindest noch 20 Minuten zum Gespräch miteinander haben. Ein paar Worte noch zu meiner Verbindung mit der Psychotherapie Älterer. Seit meiner Tätigkeit an der gerontopsychiatrischen Poliklinik an der Freien Universität Berlin unter Professor Kanowski in den 70er Jahren habe ich in meiner psychoanalytischen Praxis immer auch ältere Patienten behandelt. Es waren, und sind dies auch heute noch, zumeist längerfristige Therapien mit zwei Wochenstunden, gelegentlich auch hochfrequente Psychoanalysen.

### **Einleitung**

Meine Ausführungen beginnen möchte ich nun mit der etwas provozierenden Frage, warum es denn überhaupt nötig oder sinnvoll sei, über die Psychotherapie älterer Menschen gesondert zu reden. Macht es denn wirklich einen wesentlichen Unterschied, ob man einen Menschen von 40, 50, 60 oder 70 Jahren behandelt? Um sich dieser Frage zu nähern, ist es sinnvoll, nicht gleich mit psychotherapeutisch-technischen Fragen zu beginnen, sondern sich der sich wandelnden Einstellung einer Gesellschaft zum Alter bzw. zu den Älteren zuzuwenden. Das Verhältnis zwischen Jung und Alt war zu allen Zeiten nicht spannungsfrei, sondern von heftigen, oft tief im Unbewussten verankerten Konflikten beeinflusst. Denken Sie nur an das giftige Bilsenkraut, das im Volksmund früher auch Altsitzerkraut genannt wurde, weil es des Öfteren dazu diente, sich der wirtschaftlich zur Belastung werdenden Altvorderen zu entledigen. Dass diese wirtschaftlichen Verteilungskämpfe zwischen Jung und Alt auch heute noch eine große Rolle spielen, zeigt nicht zuletzt die wieder aufgeflammete Rentendebatte. Und auch neue Vorstöße in den Niederlanden, die Selbsttötung zu erleichtern und gesetzliche Barrieren abzubauen, könnten mit solchen Spannungen in Verbindung gebracht werden. Senioren, die älter als 75 Jahre sind, sollen das Recht auf ein selbstbestimmtes Lebensende erhalten – ohne eine medizinische Indikation. So das Deutsche Ärzteblatt im letzten Monat. Ein Schelm, der Arges dabei denkt und wirtschaftliche Überlegungen bei dieser Initiative nicht ausschließen mag. Solche Spannungen zwischen den Jungen und Alten einer Gesellschaft basieren aber nicht nur auf ökonomischen Interessengegensätzen. Sie stehen oft auch mit den später unbewusst gewordenen Kämpfen zwischen Kindern und ihren Eltern in Verbindung und können zur Diskriminierung, ja Verfolgung der Älteren führen. Die Weltliteratur ist voller Beispiele dafür. Meine erste bewusste Begegnung mit der gesellschaftlichen Altersthematik stammt aus meiner Schulzeit. Zufällig hörte ich damals ein Hörspiel, das den Dialog zweier älterer Männer zum Inhalt hatte. Sie saßen beide in einer Baumkrone und versuchten, sich festzuhalten, während die jungen Männer des Dorfes versuchten, sie abzuschütteln und zu Fall zu bringen. Wer -so die Geschichte des Hörspiels- diese Prozedur überlebt, durfte ein weiteres Jahr in der Dorfgemeinschaft bleiben – bis zum nächsten Mal.

Was haben solche Erwägungen nun mit der Psychotherapie Älterer zu tun. Ich glaube, eine ganze Menge. Wir Therapeuten, und natürlich auch die Patienten, leben eingebettet in ein Geflecht von gesellschaftlich geteilten Einstellungen dem Alter gegenüber, die teils bewusst, zum großen Teil aber auch unbewusst sind. Sie prägen unsere therapeutische Haltung und zum Teil auch unsere therapeutischen Strategien. Das kann zum Hindernis werden und den psychotherapeutischen Prozess beeinträchtigen. Es bietet sich aber auch die Chance, durch die Behandlung Älterer Einblick in gesellschaftliche Prozesse zu gewinnen. Berichte über Behandlungen jüngerer Patienten vermitteln oft einen fast zeitlosen Eindruck. Sie wirken dann wie aus dem geschichtlichen und gesellschaftlichen Entwicklungsprozess herausgenommen. Anders die Behandlungen Älterer. In ihnen wird der Therapeut ständig mit einem Kontinuum von Geschichte und gesellschaftlicher Entwicklung konfrontiert. Denken Sie z.B. an einen heute über 70 Jahre alten Patienten. Seine Kindheit wurzelt in Krieg und Nachkriegszeit, seine Familiengeschichte reicht in die Nazizeit, in die Weimarer Republik und noch weiter zurück. Er selber hat all die gesellschaftlichen Veränderungen der deutschen Nachkriegsgeschichte erlebt und lebt jetzt in einer Welt, die derjenigen seiner Kindheit nur noch entfernt ähnelt. Sein Therapeut muss bereit sein, sich in diese Veränderungsprozesse hineinzudenken und hineinzufühlen. Das stellt eine Anforderung dar, kann aber auch eine große seelische und geistige Bereicherung für den Therapeuten sein.

In dieser kurzen Einführung habe ich mich im Wesentlichen auf den Therapeuten bezogen und seine Einbettung in die gesellschaftlichen Einstellungen seiner Umwelt. Keine Therapie findet im gesellschaftsfreien Raum statt. Damit habe ich einen Hauptaspekt meiner Überlegungen zur Psychotherapie Älterer bereits gestreift. Die wesentlichen Fragen und Probleme dabei betreffen nämlich vor allem den Therapeuten. Hat ein Patient erst einmal seinen Weg zu einem Psychotherapeuten gefunden, liegen die meisten Schwierigkeiten weniger in der Person des Patienten als in der des Therapeuten. Das hoffe ich im Folgenden an Beispielen aus meiner Praxis, die ich natürlich aus Gründen der Vertraulichkeit stark verfremden musste, zu zeigen. In diesen Beispielen werde ich immer wieder vom konkreten Fall auf Allgemeines kommen und dann wieder zurück in die Details des Falles gehen. Ich hoffe, dass dieses Vorgehen dem Verständnis dient und nicht verwirrt.

### **Klinische Beispiele**

Ein fast 70-jähriger Mann, **Herr A**, suchte mich auf wegen einer quälenden Phobie und einer schweren Depression. Es bestand eine ernst zu nehmende Suizidgefahr. Diese Behandlung liegt schon viele Jahre zurück, so dass er noch als Soldat im Krieg war. Intelligent und aufgeschlossen, neigte er doch zu politischen und gesellschaftlichen Einstellungen, die ihn heute wohl zum Pegida-Anhänger gemacht hätten. Sollte ich ihm eine Behandlung anbieten? War er trotz seines Alters und seiner gesellschaftlichen Einstellungen noch flexibel genug, um sich auf einen therapeutischen Prozess einzulassen? War die Symptomatik nicht zu schwer und chronifiziert, um noch Hoffnung auf Besserung aufkommen zu lassen? Lauter NOCH-Fragen, die ich mir bei einem jüngeren Patienten nicht gestellt hätte. Um es vorwegzunehmen, erwies er sich in einer mehrjährigen Therapie als recht introspektiv und psychisch flexibel, so wie man überhaupt sagen kann, dass ein älterer Mensch sich genauso gut auf einen analytischen Prozess einlassen kann wie ein jüngerer. Schwierigkeiten sehe ich im Prinzip nur bei einem dementiellen Abbau. Hier müssen andere Behandlungsstrategien zur Anwendung kommen. Wir werden darüber ja später noch etwas von Frau Teller hören.

Dieser Patient stellte an mich besondere Anforderungen hinsichtlich des Umgangs mit Übertragung und Gegenübertragung, wobei die Probleme mit der Gegenübertragung im Vordergrund standen -wie so oft in der Behandlung mit älteren Menschen. In der Behandlung dominierte zumeist eine sehr ambivalente Vaterübertragung. Ich war für ihn der verständnisvolle väterliche Begleiter, den er als Kind in dieser Form nie hatte -trotz des umgekehrten Altersunterschieds. Das Unbewusste kennt eben keine Logik und keine Zeit. Gleichzeitig war er voller Neid auf meinen Erfolg und meine Lebenszufriedenheit. Als er mich einmal mit meinem kleinen Sohn sah, fiel ihm in der nächsten Stunde Schillers Ballade vom Ring des Polykrates ein. Sein Neid hatte unterschiedliche Wurzeln. Er stammte aus der Kindheit, dem Vater und den bewunderten großen Brüdern gegenüber. Er resultierte aber auch aus seiner Lebensgeschichte mit all seinem Scheitern und den durch die Zeitläufte verhinderten Lebenschancen. In meiner Gegenübertragung sah ich mich einem Lajos gegenüber, der in seinem bisherigen Leben Menschen nicht nur in der Phantasie getötet hatte. Ich musste daran arbeiten, dass sich meine Angst und Abneigung ihm gegenüber nicht in eine unterschwellig ablehnende und skeptische Haltung umwandeln. Hier zeigt sich ein ganz typisches Phänomen in der Behandlung Älterer. Der Patient überträgt Beziehungsmuster aus seiner Kindheit auf den Analytiker, wie man es in jeder Behandlung erleben kann. Der oft jüngere Therapeut hingegen muss dabei mit den Geistern seiner eigenen Kindheit kämpfen. Er sieht sich einem älteren Menschen gegenüber, der leicht mit den Bildern seiner eigenen Eltern verschmelzen kann. Ehe er sich versieht, kann er einem überaus starken regressiven Sog unterliegen, der ihn selbst in seine Kindheit taumeln und seinerseits frühe eigene Beziehungsmuster auf den Patienten übertragen lässt. Die Gefahr besteht, dass ein Therapeut eigene unbewältigte Beziehungsmuster aus seiner Frühzeit auf den Patienten überträgt. Sage keiner, dass ihn davor eine noch so intensive Selbsterfahrung oder Lehranalyse schütze. Ältere Patienten können manches an Unbewältigten aus einem herauskitzeln. Ich glaube, dass die oft vorbewusste Angst vor derlei Beziehungserfahrungen Therapeuten auch heute noch, wo der Anteil der Älteren in der Bevölkerung unaufhaltsam wächst, vor Psychotherapien mit Älteren zurückschrecken lässt.

Einige Jahre nach dieser recht erfolgreichen Therapie erfuhr ich durch eine Todesanzeige in einer Zeitung, dass mein ehemaliger Patient verstorben war. Das geschieht uns natürlich auch mit jüngeren Patienten, aber natürlich häufiger mit den alten. Junge Patienten, die dann während oder nach einer Therapie Eltern werden, können in uns die Illusion von einer Art Unsterblichkeit und immerwährenden Fruchtbarkeit erzeugen. Ältere konfrontieren uns eher mit Tod und Krankheit. Ich erinnere mich an eine Zeit, in der ich mehrere ältere Herren vor mir zu sitzen hatte, die an einem Vorhofflimmern litten. Ich kann nicht verhehlen, dass ich mir in dieser Zeit häufiger den Puls fühlte. Tod und Krankheit setzen dem Narzissmus des Therapeuten Grenzen. Aber noch in anderer Hinsicht kann dies geschehen. In unserer therapeutischen Selbsterfahrung bzw. in unserer Lehranalyse können wir uns mit vielen Seiten unserer Persönlichkeit und Geschichte auseinandersetzen. Aber das eigene Altern ist zu dieser Zeit noch außerhalb unseres Erfahrungshorizonts. Unsere älteren Patienten haben uns aber gerade dies voraus. Sie haben schon altersbedingte Krisen meistern müssen, und vielleicht in einer Art und Weise, die wir uns selbst nicht zutrauen würden. Und dies betrifft gerade die Psychotherapie-Patienten, die doch eine recht positive Selektion darstellen. Sich im Alter noch einmal einer tiefer gehenden Selbsterforschung auszusetzen, erfordert gewiss auch eine beträchtliche Ich-Stärke. Man muss das erst einmal schaffen: alt zu werden und dann in der Lage zu sein, eine Psychotherapie zu beginnen. Erfahrungen mit solchen Menschen als Patienten können, wie bereits erwähnt, den eigenen Narzissmus

einschränken. Sie eröffnen aber andererseits dem Therapeuten auch neue Erfahrungshorizonte.

**Frau B** war fast 70 Jahre alt, als sie bei mir eine langjährige Analyse begann. In ihrer Biographie verschränkten sich auf unheilvolle Weise persönliche traumatische Erfahrungen und Schrecken der Zeitgeschichte. Ihre Mutter vermochte sie nach der Geburt nicht anzunehmen, und als Adoleszente geriet sie in das Chaos des Kriegsendes im Osten. Sie vermochte es aber dann, sich in einer Ehe zu stabilisieren, geriet aber dann in die innere und äußere Unterdrückungsmaschinerie des DDR-Regimes. Sie überlebte zwei Suizidversuche. Es war sehr eindrucksvoll, wie sie es schaffte, sich in einem langen analytischen Prozess ihrer traumatischen Frühgeschichte zu nähern. Entscheidend dabei war es, immer wieder die zweitweise sehr intensive negative, aggressive Übertragung zu bearbeiten. Wenn also ich z.B. die sie ablehnende und unempathische Mutter wurde, von der sie sich in den Suizid getrieben fühlte. Die Versuchung ist in solchen Fällen immer recht groß, die aggressiven und destruktiven Elemente in der analytischen Beziehung zu verleugnen und nett und „haltend“ sein zu wollen. Die treibende Kraft dabei wäre wieder die Scheu des Therapeuten, sich den ungelösten aggressiven Widersprüchen in der Beziehung zu den eigenen frühen Bezugspersonen auszusetzen. Trotz all dieser Schwierigkeiten beeindruckte mich diese so früh und schwer gerade in ihrer emotionalen Entwicklung gestörte Frau durch ihre Fähigkeit, den analytischen Prozess für sich zu nutzen. Ihr mich sehr anrührendes Fazit nach einer langen Analyse fasste sie in dem Satz zusammen: „Es ist besser, Schmerz zu spüren, als gar nichts zu empfinden.“

Die Analyse von Frau B gehörte zu denjenigen, die einen besonders intensiven Einblick in die Wechselfälle der Zeitgeschichte im 20. Jahrhundert bieten. Oft lauscht ich wie gebannt ihren Erzählungen und übersah dabei manchmal den Abwehrcharakter solcher Schilderungen. Der gesamte Verlauf machte aber deutlich, wie wichtig es gerade für alte Patienten ist, sich ihre kohärente Lebensgeschichte wiederzuerarbeiten. Im aktuellen Psychotherapiediskurs gibt es eine Kontroverse darüber, wie wichtig es sei, die Lebensgeschichte eines Patienten in die Therapie miteinzubeziehen und zu bearbeiten. Stattdessen wird von manchen propagiert, dass es ausreichend und auch wirksamer sei, das Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung durchzuarbeiten. Psychoanalytische Behandlungen Älterer lehren uns, wie wichtig es ist, mit dem Patienten eine kohärente Lebensgeschichte zu erarbeiten. Diese muss kein starres Konstrukt sein und muss auch nicht die Forderung erfüllen, ein für alle Mal die biographische Wahrheit zu erfassen. Sie kann und sollte auch durchaus einer weiteren Bearbeitung und Ausformung nach Beendigung der Behandlung zugänglich sein. Aber gerade die Erfahrung mit älteren Patienten zeigt, wie stark sich diese Arbeit an der Lebensgeschichte auf das Identitätserleben eines Patienten auswirken kann.

Die folgenden zwei Beispiele mögen die Macht der Übertragung und das Wiederaufleben der Kindheit in der therapeutischen Beziehung zeigen. Sie zeigen auch, dass es dabei nicht um theoretische Vorlieben oder Schulzugehörigkeiten einzelner Therapeuten geht. Die analytische bzw. therapeutische Begegnung führt zum Wiederaufleben der alten Beziehungs- und Konfliktmuster. Der über 80-jährige **Herr C** suchte mich wegen Depressionen am Ende seines Berufslebens auf. Er war Sohn einer jüdischen Mutter und eines sog. arischen Vaters und hatte seine Jugend im Deutschland der Hitlerzeit verbracht. Seine Erlebnisse im Pandämonium der Schlacht um Berlin können durchaus den Vergleich mit dem Simplicius von Grimmelshausen im dreißigjährigen Krieg aushalten. Als wir uns zum

ersten Mal an meiner Praxistür begegnen, zuckt er zusammen. Wie er mir später erzählen konnte, erlebte er in mir sofort einen dieser starken arischen Jungen, denen er sich doch früher so gerne zugehörig gefühlt hätte, zu denen er als „Judenjunge“ aber nicht gehören durfte. Körperlich war er kräftiger gebaut als ich. Aber die Übertragungswirklichkeit war stärker als die sinnliche Wahrnehmung. Beim ersten Kontakt mit mir trat er wieder in die Realität seiner Kindheit und Jugend ein. In solchen Behandlungen macht sich die Zeitgeschichte sehr dramatisch bemerkbar.

Bei Herrn C handelt es sich um einen sehr speziellen Fall der heute so oft zitierten Kriegskindheit. Viele der über 70-jährigen Patienten, die derzeit ihren Weg in eine psychotherapeutische Praxis finden, leiden an den Folgen ihrer Kindheit im Krieg und in der Nachkriegszeit. Wie sich die Erlebnisse dieser Zeit in ihr damaliges Familienleben, in ihre spätere Entwicklung und in ihre Persönlichkeit eingegraben haben, ist oft ein sehr komplexer Prozess, der mit dem syndromatischen Begriff einer posttraumatischen Belastungsstörung meist nicht adäquat zu erfassen ist. In den kommenden zehn bis zwanzig Jahren werden diese Patienten langsam aussterben und anderen Jahrgangskohorten Platz machen, mit jeweils für ihre Generation typischen Gesellschaftseinflüssen. So habe ich ja auch noch die Generation in Psychotherapien erlebt, die die erwähnten traumatischen Zeiten als Erwachsene durchlebt hatten. Während seines gesamten Berufslebens ältere Patienten zu behandeln, kommt einer Zeitreise gleich, in der verschiedene Epochen der eigenen Erfahrung zugänglich werden. Hier möchte ich von einer anderen Behandlung erzählen, in der die komplexe Verwobenheit zwischen kriegstraumatischer Kindheit und späterer Persönlichkeitsentwicklung sichtbar wird und auch die dadurch sich ergebenden spezifischen Probleme und Gegebenheiten für eine Psychotherapie.

Der ebenfalls über 70 Jahre alte **Herr D** war als Kind unter sehr abenteuerlichen Umständen vor der Roten Armee geflohen. Der Vater war im Krieg gefallen. Dass die Familie diese Flucht unbeschadet überstand, war dem couragierten Einsatz der Mutter zu verdanken. Diese klammerte sich aber in den folgenden Kinder- und Jugendjahren des Patienten sehr an ihren einzigen Sohn und ließ ihm wenig Raum für eine eigenständige Entwicklung, in der er seine männliche Identität entwickeln konnte. Beruflich wurde er recht erfolgreich, aber in seinen Beziehungen erwies er sich als sehr schüchtern und gehemmt. Die Ehe, die er schließlich einging, ähnelte in vielem der Beziehung zu seiner Mutter. Beide Partner blieben in ständigen sadomasochistischen Kämpfen schuldhaft miteinander eng verbunden. Sein Unglück in dieser Ehe war natürlich ein Hauptfokus der Psychotherapie. Warum konnte er, wenn er sich schon nicht trennen mochte, sich nicht doch mehr persönliche Freiräume erwerben? Wir sprachen intensiv über diese Fragen, und vieles wurde ihm dabei zugänglich und bewusst, so z.B. tiefsitzende Ängste, seine Identifikation mit der Mutter, vergrabene Schuldgefühle. Herr D war ein sehr dankbarer und zuverlässiger Patient. Aber bei allem therapeutischen Bemühen änderte sich nichts in seiner Lebensgestaltung. Ich fühlte mich zunehmend ohnmächtig und unzufrieden. Aber seit einiger Zeit gibt es doch zunehmend einige Anzeichen dafür, dass etwas in Bewegung gerät. Kürzlich erzählte er von einem intensiveren Gedankenaustausch mit seinem Sohn. Mich lud das zu der Deutung ein, dass es sein Sohn, der ihm übrigens manche Probleme wegen seiner Lebensgestaltung bereitet, doch besser in seinem Leben gehabt habe als er selbst. Sein Sohn habe einen Vater gehabt, er aber sei vaterlos aufgewachsen. Diese so einfach erscheinende Intervention hatte einen tieferen Hintergrund. Immer wieder hatte Herr D mit seinem Gefühl gehadert, ein schlechter Vater, bzw. gar keiner, gewesen zu sein. Und in mir nahm ein Gedanke Gestalt an, dass ich den toten Vater repräsentierte, der ihn durch seinen Tod verlassen und der Mutter

anheimgegeben hatte. Der Widerstand gegen jegliche Veränderung in seiner Therapie mochte teils durch seine Angst bedingt sein, dann die Mutter/Ehefrau zu verlieren, aber auch durch einen Racheimpuls und Appell an den in der Übertragung wiederauferstandenen Vater, der ihn damals verlassen hatte. Ich weiß noch nicht, in welche Richtung sich die Therapie in Zukunft bewegen wird. Das ist ja typisch für das psychoanalytische Arbeiten, dass man erst im gemeinsamen Erarbeiten und Integrieren von Verständnisfragmenten langsam zu einem vertieften und kohärenten Verständnis gelangt. Dieser Weg ist immer von Fragen, Zweifeln und Unsicherheiten begleitet.

Gerade eine solche Fallvignette kann nun auch zu skeptischen Fragen Anlass geben. Muss man bei Menschen in diesem Lebensalter noch so intensiv den Weg zurück in die Kindheit beschreiten? Ist es einem alten Menschen denn überhaupt noch möglich, sich auf eine so intensive therapeutische Beziehung einzulassen? Ist hier vielleicht ein Missverhältnis zwischen den aufgewandten Mitteln und dem zu erreichenden Zweck gegeben? Vielleicht ist hier die Gelegenheit, Sigmund Freuds eigener Skepsis gegenüber der psychoanalytischen Behandlung Älterer zu Wort kommen zu lassen. Er schreibt:

„Das Alter der Kranken spielt bei der Auswahl zur psychoanalytischen Behandlung insofern eine Rolle, als bei Personen nahe an oder über 50 Jahre einerseits die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt, auf welche die Therapie rechnet – alte Leute sind nicht mehr erziehbar – und als andererseits das Material, welches durchzuarbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert.“

Freud war 49 Jahre alt, als er dies schrieb und fürchtete sich zeitlebens vor Alter und geistigem Zerfall. Seine Äußerungen haben sicher nicht dazu beigetragen, Psychoanalytiker für die Behandlung Älterer zu begeistern. Und sie drücken auch heute noch die Vorbehalte mancher Kollegen aus. Das Argument des überbordenden Materials ist leicht zu entkräften. Es ist ja gerade faszinierend zu sehen, und zwar meist für Analytiker und Patient, wie sich die gleichen Muster in Beziehungen und Konfliktbewältigung durch den ganzen Lebensweg hindurch immer wiederholen. Darüber hinaus hat uns die Erfahrung gelehrt, dass man auch als Älterer seine geistig-seelische Beweglichkeit bis ins hohe Alter erhalten (*zunächst Buchstabensalat*) kann. (Als ich dies schrieb, produzierte ich einen ziemlichen Buchstabensalat. Meine eigene Angst, im Alter einer Demenz anheimzufallen hatte sich durch diese Fehlleistung einen Ausdruck geschaffen.) Natürlich hat diese geistige Beweglichkeit auch ihre Grenzen. Menschen mit einer organisch bedingten Einschränkung ihrer Hirnfunktionen können von einer psychoanalytischen Behandlung nicht mehr ausreichend profitieren. Und natürlich kann man auch nicht alle im Lebensweg erworbenen seelischen Erstarrungen und Einschränkungen rückgängig machen. Man altert eben auch, wie man gelebt hat. Wie beim jüngeren Menschen muss auch beim älteren die Indikation zu einer psychoanalytischen Behandlung sorgfältig gestellt werden.

Während meiner gesamten psychotherapeutischen Arbeit mit Älteren habe ich es immer nicht nur als hilfreich, sondern auch als notwendig empfunden, ausreichende Kenntnisse über das Altern, die damit oft verbundene Multimorbidität und über die Rolle chronischer Syndrome im psychosomatischen Gleichgewicht Älterer zu besitzen. Es ist z.B. wichtig zu differenzieren, ob eine beginnende Demenz oder eine depressive bedingte Einschränkung der geistig-seelischen Beweglichkeit vorliegt. Und nur gewisse Grundkenntnisse in den häufigen chronischen Altersleiden erlauben es einem, das Potential des Medizin-Apparats zum Agieren seelischer Konflikte zu verstehen.

Beenden möchte ich jetzt meinen Vortrag mit einem kleinen klinischen Beispiel, das wieder einmal die Fallen aufzeigt, die in der Gegenübertragung für den Therapeuten bereitliegen. **Frau E** kam in ihrem achten Lebensjahrzehnt wegen zunehmender depressiver Verstimmungen in meine Praxis. Ihrem Lebensweg, den sie mir vermittelte, haftete etwas Verkümmertes, nicht voll in die Gänge Gekommenes an. Wieder ein vermisster Vater, eine depressive Mutter, die sich sehr an ihre Tochter hingte, im Studium immer hinter anderen zurückstehend, ihre Träume nicht verwirklichend, eine kurzdauernde unglückliche Ehe, ein Kind, aber mehrere Abtreibungen, schließlich Finden einer Berufstätigkeit, die sie bis heute noch ausübt. Sie war freundlich, kam zuverlässig zu ihren Sitzungen, aber schien mit ihrer leise selbst-ironischen Haltung zu betonen, dass es eigentlich nichts Wichtiges an ihr zu entdecken gäbe. Entsprechend machte sich in mir auch öfter Langeweile breit, und ich dachte des Öfteren daran, dass ich in diesem Fall wohl keine Verlängerung der Kassenleistung befürworten würde. Ja, ich ertappte mich bei Gedanken, dass hier wohl das Alter weiteren Entwicklungsmöglichkeiten Grenzen setze. Dieses eigene Gefühl von innerer Distanz und Desinteresse machte mich aber immer stutziger, und ich bekam einen besseren Zugang zu dem gemeinsamen Enactment zwischen uns. Ihre eigene Selbstentwertung schützte sie vor zu hohen Erwartungen an mich als ihr Gegenüber. Und diese Haltung projizierte sie auch auf mich, der ich damit zu einer Mutter wurde, die ihr nichts Großes und Eigenes zutraute, ja es nicht einmal wünschte. Dann träumte sie einen Traum von Schlüsseln, assoziierte dazu einige verlorene Schlüssel in ihrem aktuellen Leben, sodass ich ihr deuten konnte, es ginge wohl um die Schlüssel zum Öffnen innerer Türen in ihrer Therapie. In dieser Stunde fühlte ich mich viel beteiligter und angerührter von ihrem Erleben.

Ich hoffe, dieses Schlüsselbeispiel ist ein guter Abschluss meines Vortrags. Es zeigt, wie eine psychoanalytische Behandlung auch im höheren Alter neue innere Räume aufschließen und Entwicklungen bahnen kann. Ich habe aber in meinem kurzen Streifzug sicher auch viele Türen geschlossen gehalten, was Sie vielleicht zu Fragen und Diskussionsbemerkungen anregen kann.

Dr.med. Eike Hinze  
Kaiserdamm 9, 14057 Berlin  
e.f.hinze@t-online.de