



Psychotherapie **Aktuell**

- Ψ Die Qesü-RL des G-BA
- Ψ Psychotherapie bei älteren Menschen
- Ψ Kostenerstattung ist möglich – Krankenkassen haben einen Entscheidungsspielraum

Micha Hilgers

Reines Gold und alte Eisen – Analytische Therapie mit Älteren?

Zusammenfassung: Die Behandlung älterer Patienten jenseits der Sechzig erfordert eher interaktionelle oder gruppentherapeutische Settings. Die so genannte „Aufarbeitung“ des Lebens verbietet sich in der Regel zu Gunsten progressions- und lösungsorientierter Interventionen. Typische Gegenübertragungsreaktionen werden diskutiert: Werden Ältere durch jüngere Therapeuten behandelt, sind immer auch ödipale Konflikte wirksam: Wie gehen wir mit Generationenabfolge und eigener Endlichkeit um?

Das antiquierte professionelle Über-Ich

Bei Psychotherapeuten gibt es so etwas wie ein antiquiertes Über-Ich, eine angebliche Lehrmeinung, von deren Rezeption man sich erst im Laufe der reiferen Berufsjahre emanzipiert. Womit wir beim Thema wären: Offenbar besitzen Psychotherapeuten die Fähigkeit, sich im Laufe ihres Alterungsprozesses zu aktualisieren. Wieso sollte dies nicht auch für ihre Patienten gelten?

Für psychoanalytisch begründete Verfahren existieren jedoch zahlreiche rigide, vermeintlich goldene Regeln, gegen welche man angeblich nicht verstoßen darf: Einem Patienten eine Frage beantworten, ein kleines Geschenk als Dankeschön annehmen, dem Patienten gestatten, gelegentlich nicht zu liegen, sondern zu sitzen (oder umgekehrt),

eine neue Frisur oder vorteilhaftere Kleidung anzuerkennen oder auch Ratschläge, Hinweise oder gar Anweisungen zu geben. Und natürlich, dass Patienten jenseits der Vierziger oder Fünfziger nicht für ein analytisches Verfahren geeignet seien.

Jüngere Patienten können sehr unflexibel, ältere sehr innovationsfreudig sein

Freud selbst glaubte – sicher zu Recht – dass die Konstitution der Psychotherapie Grenzen setze. Und eben dass „die Masse des psychischen Materials“ jenseits des fünften Dezenniums zu umfangreich sein könne „...und die Fähigkeit, psychische Vorgänge rückgängig zu machen...“ zu erlahmen beginne (Freud, 1904a, S. 9). Andererseits stellte er aber auch fest, dass es Personen gebe, deren „psychische Plastizität weit über die gewöhnliche Altersgrenze hinaus bestehen bleibt, und andere, bei denen sie sehr frühzeitig verloren geht“ (Freud, 1918b, S. 151).

Kurz: Bereits zu Zeiten der Anfänge der Psychoanalyse war offensichtlich klar, dass die Differentialindikation angesichts des Patienten über die Wahl des Verfahrens entscheidet. Doch sind wir rund hundert Jahre nach Freuds Bemerkungen viel mehr in der Lage, sehr differenzierte analytisch begründete Verfahren anzuwenden, die nicht mit dem so genannten reinen Gold der

Psychoanalyse (Freud 1919/1947, S. 193) gleichzusetzen sind. Ohnehin gilt festzuhalten, reines Gold und eiserne Regeln sind etwas für Metaller. Psychotherapeuten sollten sich demgegenüber großer Flexibilität bedienen.

Kriterien der Differentialindikation

Die Differentialindikation für ältere Patienten hängt demnach – neben der Motivation, Introspektionsfähigkeit und Verlässlichkeit ab von

- eventuellen Alterseinschränkungen (körperlich wie kognitiv);
- dem Grad der psychological mindedness;
- der sozialen Vernetzung oder Isolierung;
- der gestellten Diagnose;
- den angestrebten und mit dem Patienten vereinbarten Zielen;
- der vorhandenen Flexibilität jenseits der somato-psychischen Bedingungen, also Möglichkeiten der Gestaltung bei finanziellen, familiären, sozialen und kulturellen Bedingungen. Hierzu zählen auch religiöse, ideologische oder migrationsbedingte Festlegungen.

Diese Kriterien unterscheiden ältere Patienten nicht grundsätzlich von jüngeren. Insofern bestätigt sich Freuds Bemerkung über die psychische Plastizität, die jedenfalls nicht alleine vom biologischen Alter abhängt. Entschien-

dend für Ältere ist vielmehr, inwieweit retrospektive, konflikt- oder defizitorientierte Vorgehensweisen überhaupt zu einer Verbesserung der aktuellen Funktionen führen können. Denn im Gegensatz zu jungen und jüngeren Patienten können zahlreiche – teils weit reichende Lebensentscheidungen – wie Partnerschaften, Trennungen, Verluste und berufliche Entscheidungen – weder rückgängig gemacht noch kompensiert werden.

Allerdings werden Menschen der nördlichen Hemisphäre heute älter als zu Freuds Zeiten (Freud selbst war auch in dieser Hinsicht seiner Zeit voraus) und sie werden anders älter. Mit über fünfzig treiben viele Menschen Sport, blicken auf eine aktiv zu gestaltende Alterszeit und sind häufig sexuell aktiv, ganz abgesehen von Chancen und Problemen, die sich aus der hohen Scheidungs- und Trennungsrate ergeben. Konventionen spielen eine geringere Rolle bei Entscheidungen, die deshalb zwar autonomer, dafür aber nicht unbedingt leichter werden. Vor allem aber verfügen Alte heute häufig bereits über therapeutische Vorerfahrungen, suchen also viel selbstverständlicher psychotherapeutische Hilfe auf als dies noch vor einigen Jahrzehnten überhaupt der Fall war (vgl. Radebold 1992). Wir werden uns demnach auf eine – auch demographisch bedingte – stark anwachsende Psychotherapienachfrage immer älterer Patienten ohne oder mit

nur leichter dementieller Entwicklung einstellen müssen.¹

Tragik und Alter

Dennoch ist der Behandler viel mehr als bei deutlich jüngeren Patienten mit der Tragik menschlichen Schicksals einerseits und tragischen Fehlentscheidungen, die sich oft erst retrospektiv als solche herausstellen, konfrontiert. Schmerzlichen Offenlegungen solcher Fehlentscheidungen, von Vermeidungsverhalten oder autodestruktiven Tendenzen bieten jüngeren Patienten die Chance der Veränderung und grundsätzlichen Umorientierung ihres Lebens. Je älter jedoch ein Patient ist, desto weniger lassen sich grundsätzliche Lebensentscheidungen und ihre Konsequenzen revidieren. Mithin geht es um künftige Lebenshaltungen bei Akzeptanz des bisherigen Lebens und seiner grundsätzlichen Ausrichtung. Damit sind Veränderungsansätze keineswegs ausgeschlossen; sie setzen jedoch viel mehr als bei jüngeren Patienten die Annahme des bisherigen – eventuell tragisch verlaufenen – Lebens voraus. Missachtet man dies, läuft man Gefahr, mit dem Patienten in eine buchstäblich verzweifelte Lage zu geraten.

Beispielsweise bietet die Trennung oder Scheidung vom Partner für einen dreißig- oder vierzigjährigen Patienten die Chance für einen begrenzten Neuanfang, der zwar mit finanziellen Einbußen, Patchwork-Verhältnissen und nicht zuletzt massiven Veränderungen

seines Freundes- und Bekanntenkreises einhergehen mag. In gleicher Lage wird jedoch die Trennung für einen Mitte sechzigjährigen Patienten ungleich größere Schwierigkeiten im praktischen Bereich aufwerfen, wenn es um die Rekrutierung neuer Sozialkontakte, einer eventuell neuen Partnerschaft und der Bewältigung der finanziellen Umstän-

de geht. Viel schwerer wiegt jedoch der emotionale Verlust in Folge einer späten Trennung: Es droht eine verzweifelte Bilanzierung des Lebensentwurfes: „Ich habe alles verloren“, „ich habe alles verspielt“, „ich habe nicht erreicht, was ich mir in Jugendjahren erträumte“, lauten dann mögliche Resümees. Die nachfolgende Verbitterung wäre nicht zuletzt Folge eines verfehlten psychotherapeutischen Ansatzes, wenn dieser auf Aufdeckung und Bewusstmachung um jeden Preis abzielte.

Der amerikanische Ethnopsychanalytiker Erik Erikson spricht von einer zeitlich nicht näher spezifizierten Spätkonfliktphase der „Ich-Integrität versus Verzweiflung“: „Der von seiner Kultur oder Zivilisation entwickelte Integritätsstil wird dadurch zum ‚Erbeil seiner Seele‘, zum Siegel der sittlichen Vaterschaft seiner Selbst...“ (Erikson, 1982, S. 263). Umgekehrt glaubte Erikson, „...dass ein weiser Inder, ein echter Gentleman und ein alter kluger Bauer sich gegenseitig an diesem Stadium erreichter Integrität zu erkennen vermögen“ (aao, S. 264).

Coaching im Alter oder psychoanalytisch verstehen, aber aktiv handeln

Aufdeckende, analytische Psychotherapie mit einem Fokus (einem, nicht dem einzigen, wohl gemerkt!) auf Kindheit und Jugend kann für Erwachsene im mittleren Alter – also zwischen ca. 30 und 50 Jahren – indiziert sein. Jünge-

re Patienten hingegen sind noch in den Startlöchern zu ihrem Leben; sie benötigen viel mehr unterstützende Coachinganteile, um „in die Gänge zu kommen“ und ihr Leben zu finden und anzugehen. Deutlich ältere Patienten jenseits der fünfziger und sechziger Jahre brauchen häufig ähnliche therapeutische Haltungen, die sie durch reife Lebenskrisen begleiten, ohne die Illusion eines Neuanfangs zu schüren, den es nicht mehr geben kann. Das bedeutet keine Preisgabe eines analytischen Verständnisses, jedoch einen wohlüberlegten und differenzierten Umgang mit den Konflikten des Patienten (und dem Verständnis dieser Probleme): In den Worten von Peter Fürstenau (2001), geht es darum, den Patienten zwar psychoanalytisch, also konflikt dynamisch und relational zu verstehen, dabei besonders bei älteren Patienten jedoch systemisch zu denken (also um ein Verständnis, warum das System rund um den Patienten dekomponiert) und dabei suggestiv zu intervenieren. Suggestive Interventionen beruhen auf den gemeinsam formulierten Zielvorstellungen für die Behandlung, sind also keine usurpatorischen Alleingänge des Therapeuten, sondern ohnehin suggestive Hilfen beim Erreichen der Konfliktlösungen.

Konkretes Vorgehen mit älteren Patienten

Mithin wird man bei vielen Patienten jenseits der sechzig analytisch begründete Verfahren wählen, die eher auf rasche, zeitnahe Konfliktlösungen und begrenzte Veränderungen des Lebens abzielen. Eine grundsätzliche Strukturveränderung ist auf Grund der nur noch begrenzten Lebenserwartung und der zahlreichen inneren wie äußeren Festlegungen in aller Regel nicht (mehr) indiziert. Je nach Konfliktlage und den vorgenannten Kriterien bieten sich gruppentherapeutische Verfahren an, wenn

- der Patient einen aktuellen Verlust zu beklagen hat (zum Beispiel des Partners, eines Kindes usw.). Günstig sind homogene Gruppen mit etwa Gleichaltrigen, im besten Fall mit solchen Patienten, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Die Gruppe ist interaktionell, d.h. auf die sich in der Gruppe zeigenden Konflikte fokussiert, die jedoch auch die lebenslangen Konflikte des Patienten widerspiegeln. Der Fokus liegt jedoch auf Lösungen im Hier und Jetzt mit nur kurzen Retrospektiven. Bei Patienten mit starker Regressionsneigung wird man auf diese Retrospektiven ganz verzichten.
- der Patient stark vereinsamt ist oder zu vereinsamen droht, um aktuelle Netzwerke zu fördern. Im Gegensatz zu Gruppen mit jüngeren Patienten wird man Kontaktaufnahmen der Gruppenmitglieder außerhalb der Therapie nicht problematisieren, sondern – sofern lösungsorientiert – begrüßen. Neue Freundschaften oder Partnerschaften sind hier nicht unbedingt Agieren sondern eventuell angemessene Lösungsversuche. Sind

„Reines Gold und eiserne Regeln sind etwas für Metaller.“

¹ Daneben steigt der Versorgungsbedarf dementiell Erkrankter und ihrer Angehörigen, die man oft zwar psychoanalytisch-systemisch verstehen kann, denen jedoch oft mit einer Kombination aus verhaltenstherapeutischen, systemischen und interaktionellen Interventionen geholfen ist (Fürstenau, 2001). Weshalb die Richtlinientherapie solche Verbindungen nicht zulässt, bleibt eines der vielen bizarren Geheimnisse der Gesundheitspolitik.



Micha
Hilgers

Diplom-Psychologe, Psychoanalytiker DGPT, Gruppenanalytiker DAGG, Supervisor und Organisationsberater DAGG/DGSv, niedergelassener Psychoanalytiker und Publizist. Supervision psychiatrischer Einrichtungen. Zahlreiche Veröffentlichungen, u.a. zu „Scham“, „Mensch Ödipus“, „Leidenschaft, Lust und Liebe“. www.michahilgers.de



sie es nicht, kann dies in der Gruppe – oder in parallel verlaufenden wenigen Einzelsitzungen – thematisiert werden. Mit diesem Setting vermeidet man auch, dass sich der Patient in seiner Not und Vereinsamung zu sehr an den Therapeuten bindet, der zum einzigen Realkontakt zu werden droht.

Unabhängig von stationärem oder ambulantem Einzel- oder Gruppensetting wird man auf Regression begrenzende, progressions- und lösungsorientierte Rahmenbedingungen und Interventionsformen Wert legen:

- Niedrigfrequente Therapie grenzt Regression ein und verdeutlicht Eigenverantwortung für begrenzte Lebenserwartung und deren Inhalte;
- Begrenzung des Therapiezeitraums (stationär: zeitnahe Entlassungstermin, Formulierung konkreter Schritte und Ziele; ambulant: eher Kurzzeit- oder tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit ebenfalls konkreten Zielen und Teilabschnitten) repräsentiert den verbleibenden begrenzten Lebenszeitraum und die Notwendigkeit, jetzt zu Lösungen zu kommen;
- Die Therapie ist nicht das Leben, repräsentiert es aber: Wir haben nur begrenzte, im Alter sehr begrenzte Zeit. Daher ist die Therapie von vorneherein limitiert. Der Therapeut

spricht dieses zeitliche Therapiekontingent und das Ende der Therapie immer wieder an.

Und wir? – oder Bemerkungen zur Gegenübertragung

„Sie könnten meine Tochter sein“ oder „mein Neffe studiert auch Psychologie“ sind typische Äußerungen des versicherten älteren Patienten, der diese Verlegenheit an seinen deutlich jüngeren Behandler weitergibt: Üblicherweise hilft der Ältere dem Jüngeren – nicht umgekehrt. Radebold (1992) spricht

emotionale Herausforderungen dar (ausführlich hierzu Hilgers, 2006).

Zudem sind Behandler wie auch der ältere Patient mit dem ödipalen Thema der Generationenabfolge, menschlicher Endlichkeit und der Frage konfrontiert, ob sich beide im übertragenen Sinne am Leben lassen. Heimlicher Hochmut auf Seiten des Therapeuten wehrt die Erkenntnis ab, dass man alsbald selbst in der Lage des Patienten sein wird. Herablassende Aggression des Patienten will die partielle Überlegenheit des

Mithin geht es um künftige Lebenshaltungen bei Akzeptanz des bisherigen Lebens und seiner grundsätzlichen Ausrichtung.

daher von umgekehrter Übertragung. Zudem hat man damit zu rechnen, dass Enttäuschungen über Kinder, Enkel usw. auf den jüngeren Therapeuten übertragen werden (und dieser nicht etwa initial als elterliches Objekt erkannt wird!). Schamgefühle über diese den Konventionen entgegenlaufende Situation wie auch über die Gebrechen und Einschränkungen des Alten gegenüber dem Jungen laufen Gefahr zwischen Patient und Behandler zu rotieren: Überlebensschuld in der Gegenübertragung, Neid des Patienten, Angst vor ihr, Scham über eigene Möglichkeiten oder auch über die offensichtlichen Einschränkungen des Patienten stellen

Therapeuten leugnen. Wie in Sophokles' Drama begegnen wir uns in einem Hohlweg und wie damals stellt sich die Frage, wie Patient und Behandler pfleglich aneinander vorbeikommen. Ein wenig frühkindlich beschädigter Behandler (Ödipus wurde mit durchbohrten Fesseln ausgesetzt) wird sich an alten Menschen nicht unbewusst rächen wollen. Und den Zorn und die Verzweiflung über das endende Leben des Alten milder sehen – weil er mit dem eigenen Schicksal konfrontiert ist. ■



Literaturhinweis

Erikson, E. (1982): Kindheit und Gesellschaft. Klett-Cotta, Stuttgart

Freud, S. (1904a): Die Freudsche psychoanalytische Methode. GW V, S 9

Freud, S. (1918b): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. GW XII. S. Fischer Verlag, Frankfurt/M.

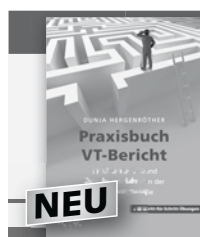
Freud, S. (1919 {1947}): Wege der psychoanalytischen Therapie. GW XII. S. Fischer Verlag, Frankfurt/M.

Fürstenau, P. (2001): Psychoanalytisch verstehen. Systemisch denken. Suggestiv intervenieren. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart

Hilgers, M. (2006): Scham. Gesichter eines Affekts. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Hilgers, M. (2007): Mensch Ödipus. Konflikte in Familie und Gesellschaft. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Radebold, H. (1992): Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer Verlag, Berlin zsw.



Schritt für Schritt zum Antragsbericht

Dunja Hergenröther
Praxisbuch VT-Bericht

Berichterstellung und Gutachterverfahren
in der Verhaltenstherapie
2011, 160 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-04-8,
Bestellnr. 225, 21,80 EUR

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin · Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413 · verlag@psychologenverlag.de

WWW.PSYCHOLOGENVERLAG.DE

„Für jeden, der gern ‚knackige Struktur‘ (also nicht die Fülle von in VT-Fachbüchern vermitteltem Wissen, in der man sich beim Erstellen von Gutachten eher verliert) bei der Erstellung der Gutachten zu schätzen weiß, ist dieses Buch ein echter Gewinn – und dies auch im wahrsten Sinne des Wortes.“

(Kundenrezension auf amazon.de)

12403