

Reinhard Lindner

Die innere Leblosigkeit berühren – Der Körper in der Psychotherapie alter Menschen

Touching the inner lifelessness – The body in geriatric psychotherapy

Zusammenfassung

Der Körper organisiert Entwicklungsprozesse im Alter er kann auch den Prozess einer Entschärfung der Suizidalität organisieren. Basierend auf dem Konzept des Körpers als altersspezifischer Organisator psychischer Entwicklung wird hier die ambulante psychoanalytisch orientierte Psychotherapie einer 65-jährigen Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben. Somatisierung und ihre Deutung führen dabei zu einer Entaktualisierung der Suizidalität und einer Intensivierung der therapeutischen Beziehung sowie zu einem lebendigeren Zugang zu aggressiven und libidinösen Inhalten. Technisch-psychotherapeutisch wird für einen flexiblen Umgang mit Körperagieren und Somatisieren bei konsequenter Untersuchung der Symptome im Rahmen der Übertragungsbeziehung plädiert.

Schlüsselwörter

Somatisierung – Suizidalität – Alterspsychosomatik – Psychoanalyse

Summary

The body organizes developmental processes in old age – it can also organize the process of mitigating suicidality. Based on the concept of the body as an age-specific organizer of mental development, the case of a 65-year old patient with borderline personality disorder is described. Here, somatization and its interpretation lead to a de-actualization of suicidality and to an intensification of the therapeutic relationship, as well as to a more vivid access to aggressive and libidinous contents. Regarding the technique of psychotherapy the author pleads in favour of a flexible handling of body enactments and somatization, while consequently investigating the symptoms and interactions which are part of the transference relationship.

Keywords

somatization – suicidality – geriatric psychosomatics – psychoanalysis

■ Einleitung

Empirische Daten:

Akute und chronische körperliche Erkrankungen im Alter treten häufig mit schwerer psychiatrischer Komorbidität auf (Schneider, Heuft, Senf & Schepank, 1997; Ostermann, 1997; Schmeling-Kludas, Jäger & Niemann, 2000), die einen hohen Einfluss auf Prognose, Mortalität und Nutzung medizinischer Institutionen hat (Bickel, Cooper & Wancata, 1993). Trotz der Bedeutung psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen im Alter spielen psychosoziale und psychotherapeutische Angebote, die derartige Erkrankungen diagnostizieren und behandeln können, eine untergeordnete Rolle in der Altersmedizin. Die Nutzung psychiatrischer Dienste in altersmedizinischen Einrichtungen liegt bei 1-4 % (Heuft & Schneider, 2001; Wetterling & Junghanns, 2000; Wolter-Henseler, 1996). Die Europäische Union fordert entsprechend in ihrem aktuellen Consensus-Papier integrierte Versorgungsmodelle, besonders für psychisch und körperlich erkrankte Ältere (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008).

Psychische Störungen im Alter sind weitverbreitet: In der Berliner Altersstudie (Helmchen, Baltes, Geiselman et al., 1996) waren, bezogen auf eine repräsentative Stichprobe, 24 % der über 70-Jährigen eindeutig psychisch krank diagnostiziert. Hinzu kamen 16 % Personen mit psychopathologischen Symptomen ohne Krankheitswert und 17 % Personen mit psychischen Störungen mit Krankheitswert (im Sinne einer „subdiagnostischen psychiatrischen Morbidität“), die zwar die offiziellen Kriterien psychiatrischer Krankheit nicht erfüllen, sich jedoch in den Indikatoren psychischer Gesundheit deutlich von den psychisch Gesunden (44 %) unterscheiden.

In einer Prävalenzstudie zum Bedarf psychosomatischer Versorgung in den Allgemein-Krankenhäusern Hamburgs fand sich ein Anteil von 38,4 % psychosomatisch und 11 % psychiatrisch Kranker in der überwiegend älteren Stichprobe (Stuhr & Haag, 1989). In geriatrischen Kliniken haben 30-44 % aller Patienten eine psychiatrische Komorbidität (Bickel et al., 1993; Ames & Tuckwell, 1994; Fulop et al., 1998; Schmeling-Kludas et al., 2000; Wancata, Windhaber, Bach & Meise, 2000).

Psychische Störungen haben eine erhebliche gesundheitsökonomische Relevanz: Sie führen auch im Alter bei körperlichen Erkrankungen zu längeren stationären Behandlungen (Fulop et al., 1998) und zu einem schlechteren Behandlungsergebnis (Millar, 1981), was sich in einer erhöhten Mortalitätsrate, aber auch vermehrten Ausgaben für Behandlungen und Betreuung niederschlägt (Mayou, Hawton & Feldman, 1988; Bickel et al., 1993; Koenig & Huchibhatla, 1999; Nightingale, Holmes, Mason & House, 2001). Psychiatrische Konsil-/Liaison-Dienste führen zu einer Verbesserung mentaler und physischer Funktionen, zu einer kürzeren Liegezeit, zu selteneren Entlassungen in Pflegeheime und zu niedrigeren poststationären Kosten (Fogel, Stoudemire & Houpt, 1985; Cole, Fenton, Engelsmann, Mansouri, 1991; Strain et al., 1991; Kathol & Clarke, 2005; Maier, Wächtler & Hofmann, 2007).

■ Psychoanalytische Aspekte der Körperlichkeit (im Alter)

Psychoanalytische Aussagen über den *Körper* sind immer Aussagen über die Bedeutung des Körpers, die in einem therapeutischen Prozess erarbeitet werden. Bereits Freud sah im eigenen Körper ein Objekt, das zugleich als fremd und als eigen erlebt werden kann. „Das Ich ist vor allem ein körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche“ (Freud, 1923, S. 253). In der 1927 erschienenen englischen Übersetzung fügte er hier als Fußnote an: „I.e., the ego is ultimately derived from bodily sensations, chiefly from those springing from the surface of the body. It may thus be regarded as a mental projection of the surface of the body, besides, ... representing the superficialities of the mental apparatus“ (ebd., S. E., S. 253). Körperliche Veränderungen im Alter, so ließe sich demnach ableiten, werden vor dem Hintergrund einer lebenslangen Geschichte von Körpererfahrungen, angefangen bei den frühesten Wahrnehmungen von Hunger, Durst, Kälte und ihrer „Behandlung“ durch die elterlichen Versorgungspersonen, erlebt und interpretiert. Aus diesen Erfahrungen und ihrer Verarbeitung entwickelt sich die Körperrepräsentanz „als affektiv-kognitive Vorstellungskomplexe. Sie bilden eine Vorstellungswelt, eben auch vom eigenen Körper, die von Sinneswahrnehmungen ebenso geformt wird wie von Triebimpulsen, Affekten, Denk- und Abwehrprozessen“ (Teising, 1998, S. 129). Im Alter entsteht die zunehmende Notwendigkeit, die Diskrepanz zwischen Körperrepräsentanz und körperlicher Realität zu bewältigen. Reale körperliche Erfahrungen, z. B. als Schmerz, rühren an diese im Körper repräsentierten Erfahrungen, reaktualisieren sie und stellen zugleich die bisherige Körperabwehr in Frage. So lockert der Schmerz die Abwehr früher, im Körper repräsentierter Erfahrungen und bringt sie an die Oberfläche des Bewusstseins, wo sie erneut Abwehrprozessen unterliegen. Hinzu kommt, dass eine altersspezifische Dynamik in der Libido von Objektbesetzungen abgezogen und auf Körperrepräsentanzen verlagert wird. Der eigene Körper gewinnt zu einem Zeitpunkt an Wichtigkeit für die Homöostase des Selbst, in dem er selbst erheblichen Veränderungen unterliegt (Teising, 1998; Radebold, 1998).

In einer qualitativen Studie zur Suizidalität bei (jüngeren) Männern wurden verschiedene Bedeutungsebenen des Körpers innerhalb der suizidalen Dynamiken erfasst: Schwere körperliche Spannungszustände, aber auch Verwahrlosung bei körperlichen Krankheiten im Rahmen suizidaler Krisen bei Männern können demnach verstanden werden als Symptome aktualisierter verinnerlichter konflikthafter früher Objektbeziehungserfahrungen zu den Primärobjekten, sowohl zur Mutter als auch zum Vater. Der Körper repräsentiert einen gehassten Teil des Selbst oder wichtiger Objektrepräsentanzen und wird im suizidalen Erleben entsprechend bekämpft (Hirsch, 1998; Campbell & Hale, 1991; Lindner, 2006).

In einer weiteren fallvergleichenden Studie jüngerer mit älteren suizidalen Männern wurde die zentrale Bedeutung des Körpers im Alter betont: Der Körper wird zu einer durch Alter und/oder Krankheit veränderten Abwehrinstanz, wodurch bislang unbewusste aggressive und neidvolle Impulse, aber auch Gefühle der Leere und Unsicherheit in der eigenen Identität bewusstseinsnäher werden und im suizidalen Befinden erneut, auch durch Projektion auf den Körper, abgewehrt werden (Lindner, im Druck).

Basierend auf empirischen Befunden entwickelte Heuft ein komplexes Konzept über die Funktion und Bedeutung des Körpers im Alter und beim Altern, indem er sich auf das Konstrukt des Organisators psychischer Entwicklung (vgl. Spitz, 1989; A. Freud, 1963) bezieht als eines „in der Entwicklung jeweils zentral vorantreibenden ‚Organs‘ ..., dem sich das Individuum nicht entziehen kann“ (Heuft, Kruse & Radebold, 2000, S. 42). Im Lebensverlauf herrschten „wechselnde Organisatoren“ (ebd., S. 42): Der Organisator der psychosexuellen Entwicklung in den ersten Lebensjahren sei der Trieb, wobei parallel dazu sich in gleichzeitiger Wechselwirkung auch die Ich-Funktionen, das Selbstwertregulationssystem und die Objektbeziehungen entwickeln. Im Erwachsenenalter wird dann der objektale Organisator Schrittmacher für die psychische Entwicklung. „Entsprechend fungiert der somatische Alternsprozess als Organisator der Entwicklung in der 2. Hälfte des Erwachsenenlebens“ (ebd., S. 42). Das psychische Ich findet dann seine Entsprechung im Körper, den ich habe, die narzisstische Ich-Besetzung einschließlich der Identität wird durch den Leib, der ich bin, repräsentiert.

„Der Ebene der internalen Objektbeziehungen und der späteren grundlegenden Objekterfahrungen analog sind die Körpererinnerungen, Somatisierungen oder Verkörperungen. Im Alter ändert sich die Wahrnehmung des Körpers und seiner Funktionen in der Weise, dass die leibliche Existenz und die körperliche Funktion nicht mehr ausschließlich als selbstverständlich gegeben wahrgenommen werden. Die sich verändernde Körperlichkeit im Alternsprozess stellt zugleich auch eine intrapsychische Symbolisierungsebene für das Zeiterleben und die Strukturierung der Zukunftsperspektive dar“ (ebd., S. 45). Alle angesprochenen Strukturelemente, so Heuft, durchdringen einander über alle Ebenen hinweg. Mit Spitz (1989) entsteht durch den Integrationsprozess, der alle psychischen „Entwicklungsströmungen“ (ebd., S. 136) auf

einer höheren Ebene zusammenführt, der Organisator, der eine „neue Ära im Lebensweg ..., eine neue Seinsweise ..., grundlegend verschieden von der vorherigen“ (ebd. S. 137) ermöglicht.

Narzisstische Prozesse als zentrale Aspekte der psychischen Entwicklung im Alter gewinnen mit diesem Konzept eine andere Gewichtung. Das Altern und die damit verbundenen körperlichen Veränderungen werden nicht a priori als narzisstische Kränkung interpretiert. Sie können auch den Anstoß zu psychischer Reifung bieten.

Der Vorteil dieses Konzepts liegt darin, die Auseinandersetzung mit dem sich in seiner Funktion verändernden alternden Körper als ein spezifisches Phänomen zu verstehen.

Ob der Körper nun wirklich nur im Alter eine die Entwicklung organisierende Funktion hat, bleibt allerdings zu diskutieren: Es besteht ein allgemeiner Konsens, dass der Körper vom Anfang des Lebens an einer der Organisatoren der psychischen Entwicklung ist, gerade im ersten Lebensjahr. Das Leben engrammiert sich förmlich im Körper. Der körperliche Alternsprozess, aber auch das Erleben und Verarbeiten von körperlichen Erkrankungen und ihren Folgen weisen auf die frühen Beziehungserfahrungen und die Verarbeitungsgeschichte der Entwicklungskonflikte und möglicher Traumatisierungen hin.

Dieser bereits von Freud (1923) vermutete Zusammenhang wird durch die neuere Entwicklungs- und Bindungsforschung unterstützt. Im ständigen Austausch mit den Eltern entwickeln sich die innere Welt der Selbst-(auch der Körperselbst-) und Objektrepräsentanzen, die Bindungsstile und die funktionellen Fähigkeiten, zusammengefasst in den aktuellen Mentalisierungskonzepten (Bateman & Fonagy, 2004; Klöpper, 2006).

Es bedarf der differenzierten Untersuchung der von Heuft et al. bereits betonten komplexen Wechselwirkungen der verschiedenen Organisatoren in Einzelfällen, um das komplexe Konzept gerade hinsichtlich pathologischer Verläufe zu prüfen und die Wechselwirkungen genauer zu beschreiben. Im Folgenden soll die Bedeutung des Körpers in einer psychodynamischen Psychotherapie einer 68-jährigen Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung als Kasuistik beschrieben werden. Ziel ist dabei die Darstellung, welche psychodynamische Funktion und Bedeutung der Körper hat; in welcher Weise er als „Organisator“ der zentralen psychischen Problematik dient.

■ Falldarstellung

Frau K. war zu Beginn der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 65 Jahre alt (Jahrgang 1941). Zu Beginn der Behandlung lagen folgende Diagnosen vor:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig (08/05) schwere depressive Episode o.p.S. (ICD-10 F33.2)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (ICD-10 F60.31) (seit 1989)
- Stenose A. subclavia li. (ICD-10 I77.9)

- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (ICD-10 J44.99) GOLD III – IV
- Lungenemphysem (ICD-10 J43.9)
- Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.2)
- Subileus (ICD-10 K56.0)

Aufnahmearlass:

Frau K. hatte sich vor Beginn der ambulanten Behandlung wegen rezidivierender Depressionen, verbunden mit Suizidgedanken und tagelangem Rückzug ins Bett, für zwei Monate in stationäre psychiatrische Behandlung begeben. Die Vermittlung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete erfolgte durch die sie stationär behandelnde Psychologin unter der Vorstellung, stationäre Behandlungen zu verhindern, besonders aber auch die Suizidalität längerfristig aus dem Bereich akuter Zuspitzungen mit Handlungsdruck zu führen. Frau K. hatte in den letzten Jahren mehrmals parasuizidal gehandelt. So war sie, ausgelöst durch einen Beziehungskonflikt in einem dissoziativen Zustand „in die Elbe gegangen“ und von Spaziergängern wieder herausgeführt worden.

Psychiatrische Anamnese:

Frau K. hat seit 1971 insgesamt acht stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen erhalten und befand sich über mehrere Jahrzehnte in ambulanter nervenärztlicher Behandlung. Von 1977-1979 und 1994-1999 machte sie zwei ambulante psychodynamische Psychotherapien.

Behandlungsrahmen:

Die ambulante Psychotherapie im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (vgl. Fiedler et al., 2007) wurde über 14 Monate mit insgesamt 41 wöchentlich stattfindenden Stunden durchgeführt. Parallel zur Psychotherapie fand eine psychosoziale Betreuung und eine ergotherapeutische Behandlung (Kreativtherapie und „Therapiehund“) statt. Zudem wurde Frau K. seit vielen Jahren von einer niedergelassenen Nervenärztin antidepressiv psychopharmakologisch mit 20 mg Escitalopram behandelt.

Biographische Angaben:

Frau K. bezeichnet sich als uneheliche Kriegskind. Ihr Vater sei ihr unbekannt, entweder „eine Nazigröße“ oder ein „One-Night-Stand“. Die Mutter habe sie gleich nach der Geburt in ein Heim gegeben, von dem aus sie in zu einer überforderten, depressiven, alkoholkranken lesbischen Pflegemutter gekommen sei, bei der sie, zusammen mit der leiblichen Tochter der Pflegemutter und vielen weiteren Pflegekindern, ihre Kindheit verbracht habe. Die Pflegemutter habe sie sowohl intellektuell als auch von ihrer Körperlichkeit her verachtet und entwertet und ab dem Alter von 12 Jahren zur Prostitution angehalten. Sie habe sich in der Adoleszenz von der Sonderschule über eine Ausbildung zur Krankenschwester bis hin zum Abitur und späterem Judaistik- und Literaturwissenschaftsstudium aus der desolaten Familiensituation herausgearbeitet. Beruflich habe sie bis zu ihrer EU-Berentung 1992 (wegen Depressionen) als Krankenschwester in der Somatik gearbeitet. Sie erlebe sich als sexuell traumatisiert und habe konflikthafte, sexuell

frustrierende Partnerschaften gehabt, die längste mit einem älteren Mann, mit dem sie keine sexuelle Beziehung verbünden hätte. Sie lebe sehr zurückgezogen, habe wenige Kontakte, meist innerhalb einer christlichen Gemeinde.

■ Verlauf der Behandlung

Erstgespräch:

Frau K. befand sich noch in stationär-psychiatrischer Behandlung, als die Psychologin der Station die Patientin telefonisch zur ambulanten Weiterbehandlung anmeldete: Es handele sich um eine alte Borderline-Patientin, die psychisch und körperlich recht desolat sei. Ob wir noch Patienten „für Forschungszwecke“ bräuchten.

Nur wenige Tage später erschien die Patientin selbst zur Terminabsprache. Mein (RL) erstes spontanes Gefühl war ein Erschrecken; Frau K. wirkte abgehärtet, das Gesicht zerfallen. Sie erhielt einen Termin für kurz nach ihrer Entlassung.

Zum ersten Gespräch erschien sie dann pünktlich und fragte freundlich: „Soll ich meine Jacke mit ins Zimmer nehmen?“ Auf dem Weg in mein Zimmer sprach sie dann Schwierigkeiten mit den Fragebögen an, die jeder unserer Patienten erhält. Sie fülle sie nicht gern aus. Ich war erstaunt über die Freundlichkeit, mit der sie ihr Anliegen vorbrachte. Sie rekurrierte sehr auf das Telefonat zwischen der Psychologin und mir und schien enttäuscht zu sein, dass es nur kurz gewesen sei. So war sie wohl allein auf sich gestellt.

Ihr Hauptproblem sei ein massives Ablehnungsempfinden: Man glaube ihr nicht, wenn es ihr schlecht ginge. Sie fühle sich von den Ärzten auf der Station höhnisch zurückgewiesen: Einen Subileus habe man vor einigen Wochen übersehen. Auch würde man sich nicht ausreichend um die Behandlung ihrer Lungenerkrankung bemühen. Ein Psychiater habe ihr gesagt, sie langweile sich doch nur und käme deswegen in die Psychiatrie. Unter Tränen gestand sie, sie habe sich nur zu mir gewagt, weil sie ihre Psychologin im Rücken habe. Sie leide massiv unter ihrer Antriebslosigkeit, sei in Alltagsfragen oft sehr ambivalent. Alt sein sei schrecklich: „Ich bin nicht mehr attraktiv, alte Leute stören nur, sie haben kein Recht, etwas zu fordern.“ Als alter Mensch habe man doch keinen Platz in der Gesellschaft. Auch nicht auf einer Station mit jungen Borderlinern. Sie wolle auch gar keinen Platz für sich einfordern. Schon lange sei sie mit Suizidgedanken beschäftigt. „Ob ich noch ein Jahr lang lebe und so lange Therapie machen kann, weiß ich nicht. Vielleicht hilft die Therapie mir ja, ein Jahr zu überleben. Wenn sich nichts bessert, werde ich mich vorher umbringen. Ich denke viel darüber nach, wie ich es tun würde.“ Als Krankenschwester kenne sie tödliche Medikamente.

Auch außerhalb der Klinik fühle sie sich oft von Ärzten und Therapeuten abgelehnt: Vor der letzten Psychotherapie vor 9 Jahren habe sie eigentlich eine Psychoanalyse oder Körpertherapie machen wollen. Der Therapeut habe aber nur eine tiefenpsychologische Psychotherapie durchgeführt. Sie

sei wohl nicht geeignet gewesen, denn sie habe die „falsche Herkunft aus der Gosse“. Der Therapeut habe auch nur über das Hier und Jetzt sprechen wollen, nicht über ihre Lebensgeschichte.

Am Ende bemerkte ich kreisrunde Narben auf ihrem linken Handrücken und sprach sie darauf an: „Ich habe es verdecken wollen“, erwiderte sie. Auf Station habe sie erlebt, dass die jungen Patientinnen nach dem Schneiden Aufmerksamkeit bekamen und einen Verband. Da habe sie schmerzlos Zigaretten auf dem Handrücken ausgedrückt. Die Psychologin habe sich die Wunden nur angesehen. Sie wunderte sich darüber, dass ich die Narben sah und ansprach.

Ambivalenz und Misstrauen:

Die erste Phase der Behandlung war getragen von hoher Ambivalenz der Patientin, von ihrem starken Misstrauen und den Idealisierungen und Entwertungen anderer professioneller Helfer: Die Station wurde als Ganzes entwertet, man habe sie nicht genug gesehen, alte Menschen seien wohl überflüssig und unwert. Die Stationspsychologin wurde überwiegend idealisiert, jedoch brach diese Sicht zusammen, als sie sie einmal „reserviert“ erlebte, und wich einem suizidal-depressivem Wiederannahern durch eine erneute, kurze Aufnahme wenige Stunden nach Beginn der ambulanten Behandlung. Der frühere Therapeut (1994-99) wurde einerseits als männlich-kompetenter Analytiker und Körpertherapeut, der sie an- und aufregte, beschrieben, andererseits habe auch er sie nicht genügend gesehen,

Meine Deutung dazu war: „Sie machen sich Gedanken darüber, ob Sie hier auch so aufgeregt und dann fallen gelassen werden.“

Ein besonderes, körpernahes Gegenübertragungserleben dieser Anfangsphase der Behandlung sei hier beschrieben: meine Müdigkeit. Die achte Stunde begann sie damit, es ginge ihr heute erstaunlicherweise sehr gut. Ich bekam den Eindruck, hier wird mir ein Geschenk gemacht. Dadurch konnte sie mich als positiv und ihr zugewandt empfinden und lief nicht Gefahr, mich so abweisend wie ihren früheren Therapeuten und andere Ärzte sehen zu müssen. Dann sprach sie ausführlich über Dinge, die sie für andere Menschen gern tun möchte. Ich wurde immer müder und fühlte mich wie eingepackt. Wach wurde ich erst, als sie plötzlich sagte: Ihr Körper sei ihr eigentlich unwichtig, das Wichtigste sei, dass man ihn nicht spürt und dass man keine Schmerzen hat.

Dass meine Müdigkeit ein Symptom ist, mit dem ich auf eine zementierte, als leblos erlebte innere Welt von Entwertung, Verachtung und Missachtung reagiere, wurde erst einige Wochen später deutlicher: In einer Stunde, in der ich sehr müde wurde, sprach sie in einem monotonen Singsang über ihre seit 10 Jahren verstorbene Halbschwester, die sie so verachtet habe. Übergangslos kam sie auf die Verachtung durch die Mutter zu sprechen. Gegen diesen hermetisch wirkenden monotonen Singsang von (Selbst-)Verachtung und Missachtung schaffte ich eben noch einen eigenen Gedanken: dass ihre Entscheidung, nicht zu heiraten, sondern eine Schwesternausbildung zu machen, nicht nur, wie sie es sah, auf ihre Sexualangst und Traumatisierung zurückzuführen sei, sondern auch ihre

Sehnsucht, Heilung zu suchen und etwas Gutes zu schaffen, zum Ausdruck brächte.

Meine Müdigkeit verstand ich zunehmend als eine Verstrickung mit ihr: Ich sollte einen inneren Zustand von ihr spüren, in dem sie sich meist befand. Ein hermetisches zementierterstarrtes Selbstbild aus Selbstverachtung und Selbstmitleid, in dem ein Denken, anders als das ihre, nur unter größten Anstrengungen möglich ist.

Annäherung:

Neue Themen kamen auf: Sie rückte an mich heran und begann, mein Zimmer zu kommentieren, insbesondere einen Tulpenstrauß – es war Valentinstag im Februar. Und plötzlich bemerkte ich bei mir eine Phantasie, dass sie sich ihr Haar schön gemacht hat, ehemals blondes, langes gewelltes Haar; eine Assoziation war damit verbunden, dass sie durchaus einmal eine gewisse Attraktivität hatte, obwohl ihr Gesicht jetzt so entsetzlich zerstört wirkte. Auch dachte ich, sie habe sich für mich schön gemacht.

Sie fragte mich zunehmend nach der Stunde, ob ich ihr die nahe gelegene Toilette aufschließen könne, was ich zunächst auch mehrmals machte – bis es mir als eine gewisse Grenzüberschreitung auffiel und ich anfang, den dahinterliegenden Sinngehalt zu untersuchen.

Parallel dazu wurden Themen ihrer Körperlichkeit besprochen. Sie sprach von sehr verwirrenden und maskierten Körpergefühlen, die Ärzte nicht zu deuten wussten und als unwichtig abtaten: Blähungen in der Brust zu spüren und Pankreasschmerzen links dorsal. Sie habe einmal ohne Fieber eine Sepsis gehabt, die nicht erkannt worden sei. Auch leide sie unter Schlafstörungen und Beinkrämpfen. Nach fünf Monaten Psychotherapie gelang es dann erstmals, den Sinngehalt ihres Körpererlebens und seiner Bekämpfung aus Entwertung und Idealisierung auszusprechen: In dieser Stunde sprachen wir ausführlich über ihre Verstopfung, die schon während der stationären Behandlung ein zentrales Problem gewesen war. Dort hätten die Schwestern aber keinen Konsiliarius hinzugezogen, sagte sie bitter. Ich ließ mir genau erklären, was für Stuhlgang es damals und wohl auch derzeit war, und sie sagte, der Stuhl sei sehr stinkend, grau und uralt („monatelang, verfault in meinem Darm“). Ich erlebte eine gewisse Abscheu, dachte aber, es sei ganz wichtig, mir diese Phantasien genau erzählen zu lassen. Ich sagte ihr dazu – in Aufnahme meiner Gegenübertragung –, mein Eindruck sei, sie bemerke in sich etwas sehr Lebloses und habe Angst, es zu zeigen, weil sie befürchte, als grauenvoll-gräßlich abgelehnt zu werden.

Am Ende dieser Stunde wünschte sie wieder, dass ich ihr die Toilette aufschließen, und ich zögerte etwas. Sie sagte: „Ich habe so eine schwache Blase ... Sie möchten mir nicht so gerne aufschließen, weil das eine Mitarbeiter-Toilette ist?“ Ich antwortete: „Ja, es ist eine Art der Fortführung der Behandlung auf einem anderen Level, eine ganz besondere Situation, dass ich Ihnen aufschließen soll, die dadurch entsteht.“ Sie entgegnete: „Ja, ich möchte wohl eine besondere Patientin sein.“

Die nächste Stunde sagte sie ab: Sie sei nach der letzten Stunde endlich zu ihrem Hausarzt gegangen, der einen Subileus festgestellt und sie ein Krankenhaus eingewiesen habe.

Mein Eindruck war, sie rückt mit ihren Beschwerden, ihrer Bedürftigkeit näher an mich heran, berührt mich zunächst unangenehm, dann breitet sie ihre Unbelebtheit nicht nur projektiv (Müdigkeit), sondern zunehmend auch verbal aus. Ich lasse mir alles erklären, en détail, um es in die Behandlungsbeziehung hineinzuziehen, zu versprachlichen, trotzdem wird somatisiert und damit der Kontakt zwischen uns zunächst unterbrochen.

Leblos in Sprache bringen:

Die Stunde drei Wochen später begann sie, indem sie voll Freude bemerkte, dass meine inzwischen deutlich verwelkten Blumen doch gehalten haben. Ohne auf ihren Krankenhausaufenthalt direkt einzugehen, berichtete sie, auf dem Weg zu mir habe sie die Schönheit der blühenden Bäume und Sträucher auf dem Krankenhausgelände bewundert. Sie erzählte von einem jungen Betreuer, der sich so besonders nett um sie kümmert. Immer wieder brach da hinein, dass sie im Grunde eingemauert, abgeschirmt und nicht berechtigt ist, am Leben teilzuhaben. Ihr fielen die Männer ein, die sie im Alter von 13 Jahren oral und genital befriedigen musste – wobei Erregung und Tod in große emotionale Nähe gebracht wurden. Ich bekam den Eindruck, dass sie ihre libidinösen Wünsche mit verinnerlichter und immer wiederholter Vorstellung von Unwertheit erschlagen muss, so dass all dies in ihrem Leben nichts zu suchen hat. Wir sprachen darüber, dass sie erotische Wünsche hat und auf jüngere Männer richtet und dass sie scheinbar solche Wünsche in sich töten muss, nur weil sie nicht in Erfüllung gehen. Sie wirkte sehr belebt.

Wir fingen an, darüber zu sprechen, wie sehr sie ihre massiven Wünsche nach Gemeinsamkeit und Anerkennung vernichtet, ans Stundenende wegdrängt, in eine Geste der Unterwerfung verpackt, als ungerechtfertigt abtut, bis diese nur noch als „Klebrigkeit“ spürbar werden und so im anderen Gefühle der Ablehnung und Verachtung entstehen. Überhaupt etwas haben zu wollen ist bereits verboten, und dieses Verbot wird projektiv im anderen untergebracht.

Schon meinen längeren Sommerurlaub verkraftete sie nicht besonders gut. Sie berichtete von der großen Hitze, massiven Verspannungen, einem Ausbruch ihres Mundsoors und dass sie viel zu spät behandelt wurde und niemand da war, weder die Ergotherapeutin noch der Sozialbetreuer und ich auch nicht. Sie äußerte von sich aus die Idee, die Stunden zu „strecken“, damit wir länger als besprochen ein Jahr miteinander arbeiten könnten, und ich sprach an, dass sie Angst hat, das, was sie hier und mit anderen gewinnt, würde mit dem Ende der Behandlung völlig verschwinden. Wieder würde „niemand da“ sein. In ihrem Leben belebte sich inzwischen einiges: Sie genoss den Kontakt zu dem Ergotherapiehund, nahm das Malen wieder auf und verdiente sich wieder etwas durch Einhüten von Häusern, deren Besitzer im Urlaub sind – wenigstens dort erlebte sie z. B., wie ein Garten unter ihrer Pflege aufblüht und Menschen sich als dankbar erweisen. Die Suizidalität trat in den Hintergrund. Vordergründig kam ihre Sorge um die Lungenerkrankung hervor. Wie diese Verschiebung zu verstehen sei, blieb aber zunächst unklar.

Absprachegemäß sollte die Behandlung nach einem Jahr enden mit der Option, sich später zu einer erneuten Aufnahme der Behandlung wieder melden zu können. Sie wagte nicht, mit mir über die Beendigungsmodalitäten zu verhandeln, gab vielmehr vor, wann der letzte Termin sei. Ich hinterfragte dies und machte deutlich, dass ich einen Spielraum habe. Letztlich erlebte sie mich massiv als sie „in die Wüste schickend“. Zugleich aber war es möglich, dieses Erleben mit ihr zu besprechen und zu einem Abschluss zu kommen, der die Möglichkeit einer Wiederaufnahme der Therapie „nicht sofort, aber wenn sie es wünscht“ beinhaltet.

■ Zusammenfassendes Verständnis

Die Patientin kam mit einem depressiv-suizidalen Syndrom in die psychodynamische Psychotherapie. Sie war zuvor einige Wochen in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen, da sie sich aus beinahe allen sozialen Kontakten zurückgezogen hatte, die Tage fast nur noch im Bett verbrachte, hochambivalent gegenüber jeder Aktivität außerhalb ihrer Wohnung verblieb und über Suizidmöglichkeiten grübelte. Auf Station hatte sie sich dann in eine Interaktion verstrickt, in der ihr Körper die Funktion des vernachlässigten und misshandelten Kindes einnahm. Die Selbstverletzungen hatten sowohl die Funktion einer Identifikation mit dem Aggressor, den sie so vernichtend erlebte, als auch die Funktion, die Objekte durch „Hinweis“ auf den im Körper repräsentierten Zustand für sich zu gewinnen. (Kind, 1992)

Eine ähnliche Situation bezüglich der Suizidalität wiederholte sich zu Beginn der Behandlung: Sie stellte die Therapie und den Therapeuten quasi unter den Erfolgsdruck, entweder zu gelingen oder aber sie würde sich noch während der Behandlung suizidieren.

Dass hier nicht einfach nur ein Borderline-typischer Interaktionsstil gepflegt wird, sondern dass dieses gewaltsame Vorzeigen des kranken Körpers eine tiefergehende Bedeutung hat, konnte erst in der sukzessiven Analyse der Übertragungsbeziehung entschlüsselt werden. Zunächst kam es zu der massiven Gegenübertragungsmüdigkeit, die schlagartig mit ihrer ausgesprochenen Verleugnung von Körperempfinden und Schmerz endete. Mit zunehmender Bindung in der therapeutischen Beziehung ließ sie immer mehr Einblicke in die Phantasien um ihren Körper und ihr Körpererleben zu: zunächst die Phantasie eines bizarr und missverständlich sich äußernden Körpers, dessen Symptome keiner versteht. Hinter dieser Botschaft, eigentlich unverständlich zu sein, lagerte aber das Erleben, etwas Unbelebtes, uraltes Verfaulendes in sich zu tragen, das niemand ertragen könnte, wenn es denn ausgesprochen und sichtbar würde.

Als diese zentrale Phantasie ausgesprochen und von ihr aufgenommen werden konnte, kam es zu einem Agieren in der Behandlung: Sie ging konkret zum Hausarzt, wurde verstanden, ins Krankenhaus eingewiesen und ihr Subileus behandelt. Dieses Geschehen könnte als Konkretismus verstanden werden, als erschrecktes Ausagieren der Angst, so leblos

und abschreckend gesehen zu werden, dass der Therapeut durch eine Unterbrechung geschont werden müsste. Allein, das Aufkommen libidinöser und aggressiver Inhalte nach Rückkehr aus der Klinik lässt doch darauf schließen, dass es ihr im Schutz der gemeinsamen Erfahrung der Leblosigkeit möglich wurde, zu sich selbst fürsorglicher zu sein und sich wirksame Hilfe zu verschaffen.

Der Körper nimmt eine die diversen psychischen und interaktionellen Komponenten „organisierende“ Funktion ein. Der Körper – hier auch der Umgang mit körperlichen Erkrankungen – wird zum Ausdruck, Sinnbild und auch Vermittler psychischer Prozesse und Konflikte: Dies können Erfahrungen des Missbrauchs oder der Ablehnung sein, das konflikthafte Erleben, andere zugleich zu hassen und dringend zu brauchen, die Sehnsüchte, überhaupt einen wichtigen Menschen zu haben oder aber ihn gern verändern zu wollen. Der Körper kann aber auch eingesetzt werden, um einen wichtigen Menschen vor der eigenen Destruktivität zu schützen. Eine wesentliche Veränderung betrifft die Suizidalität: Therapeutisches Ziel ist nicht allein, den Druck, suizidal zu handeln, zu mindern. Langfristig ist wichtig, dass der innere Spielraum für suizidales Erleben größer wird, man sich selbst besser versteht und sich in Zeiten des inneren Drucks auch Unterstützung holen kann. Dies kann dann dazu führen, dass sich, wie Freud es nannte, neurotisches „Elend in gemeines Unglück“ (Freud, 1985, S. 311) verwandelt.

Einschränkend bleibt festzuhalten, dass Körper und Suizidalität in einer engen Beziehung zueinander stehen, nicht nur bei Älteren (Gerisch, 2000; Campbell, 2003). Auch bei dieser Patientin finden sich mit den jahrzehntelangen negativen Verstrickungen mit Ärzten über Symptome, die nicht verstanden wurden, Hinweise auf den aktiven Organisator „Körper“, der allerdings mit deutlicheren körperlichen Einschränkungen im Alter zunehmende Bedeutung gewinnt. Bereits der Therapiewunsch nach einer „Körpertherapie“ im 6. Lebensjahrzehnt stellt einen unverstandenen Vorboten dieser Bedeutung des Körpers für die Sehnsucht nach psychischer Entwicklung und Reifung dar, der all die Zeichen beinhaltet, die so gut versteckt werden mussten.

Die Somatisierung ist demnach eine Entwicklung im Therapieprozess, in der die Suizidalität zurücktritt und die körperliche Realität anerkannt werden kann. Verbunden mit diesem Prozess der Realitätswahrnehmung ist eine intensivere Bindungs- und Beziehungsfähigkeit in der therapeutischen Beziehung, in der Bindungs- und Liebeswünsche bewusstsinnlicher werden können.

■ Therapeutisches Fazit

Gerade in der Psychotherapie Älterer sollte eine besondere Aufmerksamkeit auf den Körper, die Körperlichkeit, auf Körpersymptome und den Einfluss des Körpers auf die therapeutische Beziehung gelegt werden. Dabei sind körperliche Symptome, Erkrankungen und Beschwerden immer in

Hinblick auf die Übertragung zu untersuchen. Dies bedeutet, dass es ratsam ist, nicht mitzuagieren, indem „blind“ auf die somatische Denkschiene umgeschaltet wird. Andererseits sollte man durchaus nicht notwendige Hilfe für den Körper unterlassen. Hilfreich ist eine Haltung der Akzeptanz für Enactments bis hin zum Mitagieren, für medizinisch-körperliche Be-Handlungen, auch wenn sie zu Unterbrechungen der Psychotherapie führen. Dabei darf das Nachdenken über den psychodynamischen Sinngehalt des Geschehens allerdings nicht unterbrochen werden. Die daraus entwickelten Erkenntnisse können zu gegebener Zeit als Deutung an den Patienten gegeben werden.

Förderung:

Die Arbeit entstand im Rahmen eines Stipendiums des Forschungskollegs Geriatrie der Robert Bosch Stiftung.

■ Literatur

- Ames, D. & Tuckwell, V. (1994). Psychiatric disorders among elderly patients in a general hospital. *The Medical Journal of Australia*, 160, 671-675.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Bickel, H., Cooper, B. & Wancata, J. (1993). Psychische Erkrankungen von älteren Allgemeinkrankenhauspatienten: Häufigkeit und Langzeitverlauf. *Der Nervenarzt*, 64, 55-61.
- Campbell, D. (2003). Die Rolle des Vaters im präsuizidalen Zustand. Das Verständnis von Suizidalität in der therapeutischen Beziehung. In B. Gerisch & I. Gans (Hrsg.), *So liegt die Zukunft in Finsternis. Suizidalität in der psychotherapeutischen Behandlung* (S. 98-120). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Campbell, D. & Hale, R. (1991): Suicidal acts. In J. Holmes (Ed.): *Textbook of psychotherapy in psychiatric practice* (pp. 287-306). London: Churchill Livingstone.
- Cole, M.G., Fenton, F.R., Engelsmann, F. & Mansouri, I. (1991). Effectiveness of geriatric psychiatry consultation in an acute care hospital: a randomized clinical trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 1183-1188.
- Fiedler, G., Altenhöfer, A., Gans, I., Gerisch, B., Lindner, R. & Götze, P. (2007). Suizidalität und Psychotherapie. *Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete. Suizidprophylaxe*, 34, 113-122.
- Fogel, B.S., Stoudemire, A., Houpt, J.L. (1985). Contrasting models for combined medical and psychiatric inpatient treatment. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1085-1089.
- Freud, A. (1963). The concept of developmental lines. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 245-265.
- Freud, S. (1895). Studien über Hysterie: Zur Psychotherapie der Hysterie, GW I (S. 99-312). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es, GW XIII (S. 237-289). Frankfurt: Fischer.
- Fulop, G., Strain, J.J., Fahs, M.C., Schmeidler, J. & Snyder, S. (1998). A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of stay of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics*, 39, 273-280.
- Gerisch, B. (2000). „Auf den Leib geschrieben“ – Der weibliche Körper als Projektionsfläche männlicher Phantasien zum Suizidverhalten von Frauen. In P. Götze & M. Richter (Hrsg.), *Aber mein Inneres überlasst mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten* (S. 78-115). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Helmchen, H., Baltés, M.M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M. et al. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltés (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 185-219). Berlin: Akademie Verlag.
- Heuft, G. & Schneider, G. (2001). Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*. Bd. 4 (S. 201-305). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hirsch, M. (1998). Der eigene Körper als Objekt. In M. Hirsch (Hrsg.), *Der eigene Körper als Objekt* (S. 1-8). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. (Eds.). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus Paper*. Luxembourg, European Communities.
- Kathol, R.G. & Clarke, D. (2005). Rethinking the place of the psyche in health: toward the integration of health care systems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 816-825.
- Kind, J. (1992). Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Klöpffer, M. (2006). Reifung und Konflikt. Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Mentalisierungskonzept in der tiefenpsychologischen Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Koenig, H.G. & Huchibhatla, M. (1999). Use of health services by medically ill depressed elderly patients after hospital discharge. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 48-56.
- Lindner, R. (2006). Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Studie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lindner, R. (2008). *Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität bei älteren Männern*. PpMp (im Druck).
- Maier, A.B., Wächtler, C. & Hofmann, W. (2007). Combined medical-psychiatric inpatient units. Evaluation of the centre for the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 268-274.
- Mayou, R., Hawton, K. & Feldman, E. (1988). What , 32, 541-549.
- Millar, H.R. (1981). Psychiatric morbidity in elderly surgical patients. *British Journal of Psychiatry*, 138, 17-20.
- Nightingale, S., Holmes, J., Mason, J. & House, A. (2001). Psychiatric illness and mortality after hip fracture. *The Lancet*, 357, 1264-1265.
- Ostermann, K. (1997). Depressivität bei stationär behandelten geriatrischen PatientInnen. In H. Radebold, R.D. Hirsch, Kipp J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B. & Wächtler, C. (Hrsg.), *Depressionen im Alter* (S. 86-88). Darmstadt: Steinkopff.
- Radebold, H. (1998). Körperliche Krankheiten Alternder und ihre innerpsychische Bedeutung. In H. Teising (Hrsg.), *Altern: Äußere Realität, innere Wirklichkeiten. Psychoanalytische Beiträge zum Prozeß des Alterns* (S. 141-154). Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Schmeling-Kludas, C., Jäger, K. & Niemann, B.M. (2000). Diagnostik und Bedeutung psychischer Störungen bei körperlich kranken geriatrischen Patienten. *ZGG*, 33, 36-44.
- Schneider, G., Heuft, G., Senf, W. & Schepank, H. (1997). Die Adaptation des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) für Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 43, 261-279.
- Spitz, R. (1989). Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strain, J.J., Lyons, J.S., Hammer, J.S., Fahs, M., Lebovits, A., Paddison, P.L., Snyder, S., Strauss, E., Burton, R. & Nuber, G. (1991). Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1044-1049.
- Stuhr, U. & Haag, A. (1989). Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 39, 273-281.
- Teising, M. (1998). Körperliche Realität und innere Wirklichkeit im Alter. In H. Teising (Hrsg.), *Altern: Äußere Realität, innere Wirklichkeiten*. Psychoanalytische Beiträge zum Prozeß des Alterns (S. 125-139). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wancata, J., Windhaber, J., Bach, M. & Meise, U. (2000). Recognition of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital wards. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 149-155.
- Wetterling, T. & Junghanns, K. (2000). Psychiatrischer Konsildienst bei älteren Patienten. *Der Nervenarzt*, 71, 559-564.
- Wolter-Henseler, D.K. (1996). Gerontopsychiatrie in der Gemeinde. Reihe Forum, Bd. 30. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

■ Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Reinhard Lindner

Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistr. 52 | 20246 Hamburg
 Tel.: 040-428034112 | Fax: 040-428034949
 lindner@uke.uni-hamburg.de

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
 Albertinen-Haus
 Sellshopsweg 18-22 | 22459 Hamburg
 Tel. 040-55814855