

Lebensalter und Psychotherapie

■ Emanuel Hurwitz¹

Zürich

Summary

Hurwitz E. [Phases of life and psychotherapy.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2005;156:122–5.

The longer you live, the longer is your past in relation to your future. This is the same for patients and therapists. Life consists the longer the more in stories and memories – and that is exactly what psychotherapy is about. This statement seems very banal, but contains far-reaching consequences that are illustrated by the following case studies.

A long time ago I met a former patient who told me that he felt he had been treated in a rather abstract way in the clinic. In the year 1965 he was one of 120 patients who were treated by a single medical doctor. The ward round to all patients took four hours which meant that the doctor could only spend two minutes with each patient. No wonder the young patient remembered only an abstract treatment.

I admit I argued that I did not have enough time. However, with the distance of dozens of years I easily admitted that his impression of a too abstract treatment was right. As a young medical doctor I did not have much experience with ill people. Feeling insecure was the reason why my contacts with patients were short interactions.

The second is a more recent case. A 95-year-old woman I had known for a long time came to see me. She claimed to suffer from a depression. However, after a while she confessed that she was extremely afraid of her own death. The fear of death was so strong that her defence mechanism could be named but not worked through. She begged for an antidepressant and I gave it to her. It saved her to think about her impending death.

Making the demand to tackle with death is impossible and hypocritical. We cannot argue with death because we know nothing about it.

In the third case study I will tell you about a patient who came to me when I started to run my own practice. At that time she was 70 years old, a resolute, vigorous and dominant person. For decades she had lived together with her partner – unexpectedly she had died from a heart failure. This patient also came to me because of a depression. She only wanted to die that is what she claimed at the beginning of every session. This kind of opening turned out to be a ritual. Fifteen minutes later though she changed completely. Now her reports were full of colour, suspense and not at least depressive.

Some years later when my patient was 80 years old and knew that she would be dying soon, something unexpected happened. My very polite patient grew extremely angry and furious. She was fighting against her impending death – after ten years of pretending that she only wanted to die!

I have learnt from that experience that in the beginning I missed not only to talk about the death of her partner but also about her own death. Maybe this topic has been too remote for me in an emotional way. In contrast to this experience it was possible to touch on the subject of death with the second patient.

Keywords: phases of life; psychotherapy

Und Mose stieg aus den Gefilden Moabs auf den Berg Nebo, auf den Gipfel des Pisga gegenüber Jericho. Und der Herr liess ihn das ganze Land schauen, Gilead bis gen Dan, ganz Naphthali und das Land Ephraims und Manasses und das ganze Land Judas bis an das westliche Meer ... Und der Herr sprach zu ihm: «Dies ist das Land ... ich habe es dich mit deinen Augen sehen lassen, aber dort hinüber sollst du nicht kommen.» Moses war hundertzwanzig Jahre alt. Und nachdem er das

1 Emanuel Hurwitz, former senior physician of the “Burg-hölzli”, psychotherapist in Zurich, author of the biography “Otto Gross – a seeker of the paradise between Freud and Jung” and other books, and active in social politics.

Korrespondenz:

Dr. med. Emanuel Hurwitz

Forchstrasse 391

CH-8008 Zürich

e-mail: E.Hurwitz@bluewin.ch

gelobte Land gesehen hatte, starb er. Seither pflegen wir Juden einem Geburtstagskind zu sagen: «ad meah weesrim» – auf hundertzwanzig! Das heisst, das Geburtstagskind möge hundertzwanzig Jahre alt werden, so alt wie Moses. Und in dieser mosaikartigen Sicht wäre Daniel Hell nun also in der Mitte des Lebens angelangt. Ich wünsche Daniel Hell, dass die zweite Lebenshälfte der ersten in nichts nachsteht! Sehen durfte Moses das Land, aber nicht erobern. Das mussten andere danach tun. Damit sind wir mitten im Thema «Psychotherapie und Lebensalter» angelangt.

Ich habe mich natürlich als erstes gefragt, wie das Thema eigentlich zu verstehen sei. Um wessen Lebensalter geht es? Um das der Kranken oder das der Therapierenden? Wahrscheinlich – sagte ich mir – geht es vor allem um die Frage, wie sich verschiedene Lebensalter von Therapeutinnen und Therapeuten im Vergleich zum Lebensalter ihrer Patientinnen und Patienten auf die Therapie selber auswirken.

Dass die Psychotherapie junge und alte Patienten zu behandeln hat, dass sie folglich zwischen Jugend- und Gerontopsychiatrie zu unterscheiden begann, ist eine Banalität und konnte nicht gemeint sein. Auch die alltägliche Erfahrung, dass ein Doktor mal zu jung, ein anderer mal zu alt befunden wird, dass einem jungen Therapeuten Potenzen zugetraut werden, die man bei einem alten nicht erwartet und umgekehrt, ist eine Selbstverständlichkeit. Dass wir Psychotherapierenden aber oft die Unendlichkeit, die Schönheit und die Weite seelischer Landschaften und Perspektiven ahnen oder sehen, dass sie aber von unseren Patientinnen und Patienten selber erobert werden müssen, ist immer wieder beeindruckend und als Tatsache auch weit interessanter. Denn da wird jeweils deutlich, wie sehr unsere Fähigkeiten und somit unser Lebensalter uns an eigene Grenzen führt. Unsere Patientinnen und Patienten erleben dies oft als eine schmerzliche Realität: Dass wir sie zwar oft an Grenzen heranführen können, dass sie diese aber selber überschreiten und das Land dahinter für sich erobern müssen. Damals hatte der Gang an jene Grenze vierzig Jahre gedauert – eine Wanderung durch die Wüste, die sich fast immer lohnt (auch wenn unsere Krankenkassen dies vielleicht anders sehen ...).

Um wessen Lebensalter es geht, wird aber ausserdem klar, wenn man bedenkt, dass wir heute ja nicht den Geburtstag eines Psychriatriepatienten, sondern den Geburtstag eines Psychotherapeuten feiern. Damit ist offenkundig, dass es nur um das Lebensalter von Therapierenden gehen kann. Es sei denn, man wolle diese Grenze gar nicht so scharf ziehen – etwa gemäss dem Diktum jenes Psychia-

trieprofessors, der gesagt haben soll, das Ordinariat für Psychiatrie sei einfach die mildeste Form der Internierung.

Im jugendbewegten Sommer des Jahres 1980 traf ich – bei einer Vollversammlung oder einer Demonstration – einen alten Bekannten wieder. Er war – etwa 15 Jahre zuvor – während meiner Assistenzjahre im Burghölzli mein Patient gewesen auf einer der von mir betreuten vorderen, offenen Abteilungen. Immer wieder hatte er versucht, mich während der Visite in längere Gespräche zu entwickeln, und immer wieder musste ich diese oft etwas abrupt abbrechen. Nun kam er freundlich auf mich zu und sagte, damals, in der Klinik, da hätte ich ihn doch ziemlich abstrakt behandelt. Meine Aufgabe war es damals, die drei offenen Abteilungen zu betreuen, insgesamt etwa 120 Patienten, bei denen ich um 17 Uhr jeden Tag meine Visite machte. Vor 21 Uhr kam ich meist nicht aus der Klinik – und die Rechnung ist einfach: Ich hatte während meiner Visite für jeden Patienten genau 2 Minuten Zeit. Kein Wunder, dass mein junger Ex-Patient sich an eine «abstrakte Behandlung» erinnerte. Hätte er mir den Vorwurf damals, vor 15 Jahren, gemacht, hätte ich mich wohl mit meinem Zeitmangel zu verteidigen gesucht. Aus der Distanz von 15 Jahren fiel es mir leichter, zuzugeben, dass sein Eindruck einer allzu «abstrakten Behandlung» wohl richtig war.

Es lag aber nicht nur an der beschränkten Zeit, die mir für jeden einzelnen Patienten zur Verfügung stand. Es lag auch an meinem Lebensalter. Ich war ein junger Assistenzarzt, kam aus der medizinischen Mikrobiologie, hatte dort nur mit Nährböden und Reagenzgläsern gearbeitet und besass kaum Erfahrung mit kranken Menschen. Es war ein ziemlicher Schock, dass ich nach wenigen Tagen Einführungszeit gleich für 120 Burghölzli-Patienten die Verantwortung zu tragen hatte. Diese Last auf meinen noch unsicheren Schultern war wohl mit daran schuld, wenn meine Patientenkontakte oft mehr einer Abfertigung als einem wirklichen Gespräch gleichkamen.

Kürzlich suchte mich eine alte Bekannte in meiner Praxis auf. Sie war vor etwas über 50 Jahren mit meinen Eltern befreundet gewesen und hatte mich schon als Schulbub gekannt. Jetzt hatte sie auf Sie umgestellt und kam als Patientin, wie sie betonte. Sie stammte selber aus einer Arztfamilie, der Vater war Universitätsprofessor gewesen, sie selber hatte Medizin studiert, allerdings nie als Ärztin praktiziert. Schon früh hatte sie ihren Mann durch ein Melanom verloren. Es muss ein ziemlich grässlicher Tod gewesen sein. Sie lebte dann mit ihren zwei Töchtern allein, bis diese ihr eigenes Leben begannen.

Mittlerweile ist sie 95 Jahre alt. Und leide an einer Depression, wie sie gleich betonte. Sie wohnt in einem Haus ziemlich einsam am Stadtrand, ihre Nachbarn sind vorwiegend die Tiere des zoologischen Gartens. Ihre Töchter leben jetzt in Kalifornien, sind dort verheiratet oder geschieden, haben selber Kinder. Es gehe ihr aber sofort besser, wenn sie Besuch habe, sagte sie. Hauptsächlich leide sie daran – und das sei eben ihre Depression –, dass sie nachts sehr heftig und wild träume und am Morgen Mühe habe, wieder in die Realität zurückzufinden. Ich erinnerte mich, wie oft wir als junge Assistenten fieberhaft nach Depressionen Ausschau hielten, um ein genügend grosses Sample für unsere Studien zu bekommen. Eine Patientin, wie diese, die sich selber als depressiv bezeichnete, wäre vermutlich hochwillkommen gewesen.

Doch irgend etwas stimmte nicht. Die Symptome, die sie mir beschrieb, machten mir eher den Eindruck einer organischen Störung, etwa eines Prädelirs. Da sie viele Medikamente einnehmen musste, gegen den Bluthochdruck, gegen das erhöhte Cholesterin, gegen eine Schilddrüsen-Unterfunktion und so weiter, sprach ich mit dem Hausarzt und vereinbarte bei ihm einen Termin für sie, damit die Medikation überprüft werden könne. Sie verliess mich enttäuscht, und tatsächlich ergab die Abklärung beim Hausarzt nicht viel Aufschlussreiches.

Sie hatte zuhause ein Telefongerät für den Notfall, das sie wie eine Uhr am Handgelenk tragen konnte. Ein Knopfdruck genügte, und eine Nachbarin, eine Bekannte oder ein Notfalldienst würde sie sofort aufsuchen. Doch sie vergass andauernd, das Gerät zu tragen, sie fand es unangenehm und lästig, und war darin völlig stur und zu keiner Änderung ihres Verhaltens zu bewegen. Ich erinnerte mich mit Schrecken, wie oft ich meinen Vater am Fuss der Treppe blutend fand, und sein Notfallgerät lag unbenutzt im ersten Stock auf dem Nachttisch. Warum wollte sie – wie damals mein Vater – dieses Gerät unter gar keinen Umständen tragen? Ich besprach mit ihr ausführlich all die Möglichkeiten, die passieren könnten, wenn sie falle, das Bewusstsein verliere oder sich irgendwelche Knochen breche. Dabei gestand sie mir, dass sie eine panische Angst habe vor dem Sterben. Sie wolle nicht sterben, auf gar keinen Fall! Soeben habe sie ihre Violinstunden aufgegeben, weil sie mit den arthritischen Fingern keine reinen Töne mehr zustande bringe. Sie habe sie aber gegen Klavierstunden eingetauscht. Die Angst vor dem Tod war so stark, dass ihre Verleugnungsmechanismen zwar benannt, aber nicht bearbeitet werden konnten.

Auf ihre dringende Bitte hin verschrieb ich ihr ein Antidepressivum. Seither geht es ihr ordentlich, und sie will es wieder ohne ärztliche Hilfe versuchen. Ich bin überzeugt, dass es das Psychopharmakon war, das ihr geholfen hat. Es hat ihr erspart, weiter über das nahende Sterben und den Tod nachdenken zu müssen. Und das finde ich legitim: Obwohl immer und überall gesagt und geschrieben wird, man müsse sich mit dem Tod auseinandersetzen, ist diese Forderung unmöglich, scheinheilig und heuchlerisch. Auseinandersetzen heisst, sich auf zwei Stühle in Distanz setzen und den andern Menschen oder die andere Sache anschauen. Das setzt aber voraus, dass der andere Mensch oder die andere Sache erkennbar oder bekannt ist. Mit dem Tod, von dem nichts bekannt ist, kann man sich nicht auseinandersetzen. Man kann sich allenfalls mit dem Tod befassen, mit der Angst davor, mit dem, was für nachher vorzukehren ist. Aber der Tod selber bleibt ein so schreckliches und unfassbares Geheimnis, das eine «Auseinandersetzung» mit ihm nicht möglich ist.

Mich erinnerte sie an eine meiner ersten Patientinnen, die sich bald nach Eröffnung meiner Praxis 1973 bei mir anmeldete. Sie war damals siebzigjährig, eine kleingewachsene Frau mit einem leichten Schnurrbart, eine resolute und energische Person mit einer tiefen männlichen Stimme. Von Bekannten und Freunden wurde sie nur «der Dragoner» genannt. Sie war deutsche Jüdin, Juristin, hatte bis 1933 in einer Berliner Anwaltskanzlei gearbeitet, einem vornehmen «Etablissemang», wie sie sagte, mit Stukkatur an der Decke und Messingschildern vor der Türe. Als sie am Tag nach Hitlers Machtergreifung statt ihres Namensschildes eine klaffende Lücke vorfand – eine reine Vorsichtsmassnahme, wie man ihr sagte, nur einfach bis der Spuk wieder vorüber sei – packte sie noch am selben Abend ihre Koffer und bestieg um Mitternacht den Zug in die Schweiz. So war sie: klar, heftig und kurzentschlossen.

Jahrzehntelang hatte sie mit einer Freundin zusammengelebt, die zehn Jahre jünger war. Nun war die Freundin unerwartet an einem Herzinfarkt gestorben. Meine Patientin kam also ebenfalls wegen einer Depression – matt, müde, voller Traurigkeit und Lähmung. Das Leben habe jeden Sinn verloren, seit ihre Lebensgefährtin gestorben sei, sie möchte selber nur noch sterben, was sollte sie denn noch auf dieser Welt. Das war ihr stetes Eingangsritual, eine sich jede Stunde wiederholende Litanei. Nach der ersten Viertelstunde, wenn die stereotypen Klagen vorüber waren, wechselte ihr Zustand meist abrupt. Sie war plötzlich wieder der alte «Dragoner», berichtete vom letzten Theaterstück, das sie gesehen habe, vom Vortrag Hermann

Levin Goldschmidts in der Volkshochschule, von Konzerten, Museumsbesuchen, Reisen – oder von ihrer Vergangenheit, ihrer Scheinehe mit einem Zürcher Buchhändler etwa, die ihr den Schweizer Pass brachte, und von den so besonders interessierten Nachbarn, welche die Scheinehe entdeckten und der Polizei meldeten, so dass ihr der Pass wieder weggenommen wurde. Seither habe sie sich geweigert, nochmals um das Schweizer Bürgerrecht zu betteln zu gehen, auch wenn sie inzwischen vierzig Jahre hier sei. Nun waren ihre Berichte spannend, farbig, hochinteressant, ein Stück Lebens- und Zeitgeschichte – und überhaupt nicht mehr depressiv. Offenbar war dies ihre Art, um die tote Freundin zu trauern und sich gleichzeitig mit dem grausamen Schicksal zu arrangieren, dass sie, die ältere, ihre Lebensgefährtin hatte überleben müssen und weiterleben musste.

Zehn Jahre suchte sie mich in unregelmässigen Abständen in meiner Praxis auf. Dann bekam sie – sie war starke Raucherin – Lungenkrebs. Sie war inzwischen 80 und wusste, dass sie daran wohl bald sterben würde. Und jetzt geschah nochmals etwas Unerwartetes: Meine sonst so vornehme, gebildete und äusserst höfliche Patientin wurde elementar wütend und furchtbar böse. Sie schikanierte alle, die ihr zu nahe kamen, plagte alle, die mit ihr zu tun hatten und kämpfte furios und hasserfüllt gegen Gott und alle Welt. Das grosse Aufbäumen gegen den nahenden Tod – nachdem sie zehn Jahre Mal für Mal versichert hatte, sie wünsche nur noch zu sterben! – verwandelte sie in eine schäumende Rachegöttin. Ich blieb zu meinem Erstaunen lange von ihrem grausamen Hass verschont, bis er gegen das Ende hin mich doch noch erreichte. Er traf mich sehr – und gleichzeitig konnte ich ihrem scheinbar irrationalen Wüten eine gewisse Grandiosität nicht absprechen. Am Begräbnis sprach mich eine ältere jüdische Krankenschwester an, die meine Patientin zeitweise betreut hatte. Wissen Sie, gestand sie mir unter Tränen, ich bin drei Jahre in Auschwitz gewesen,

ich habe das alles überlebt – aber diese letzten drei Monate mit ihr – und sie zeigte auf das zugeschütete Grab – die waren schlimmer.

Die Patientin hat mich über ihren Tod hinaus sehr nachdenklich gestimmt. Und ich kann sie nicht vergessen. Ich denke, ich habe am Anfang meiner Praxistätigkeit bei ihr versäumt, mit ihr nicht nur über den Tod der Freundin, sondern auch über die Angst vor dem eigenen Tod zu reden. Vielleicht war – meinem Lebensalter gemäss – das Thema für mich emotional noch zu weit entfernt. Im Gegensatz dazu ist es mir, jetzt, da ich älter bin, bei meiner zuerst erwähnten Patientin eher gelungen, das Thema Tod wenigstens zu berühren. Dass sie dann den Wunsch hatte, darüber nicht weiter zu reden, weil es ihr zu grosse Angst bereitete, habe ich respektiert.

Vielleicht haben einige am Anfang befürchtet, mein Vortrag werde sich als Predigt entpuppen und waren dann erleichtert, dass dem nicht so war. Andere wiederum haben vielleicht erwartet, ich würde eine schöne Theorie über die Zusammenhänge zwischen Psychotherapie und Lebensalter ausbreiten, und sind nun enttäuscht, nichts darüber gehört zu haben. Ausser vielleicht, dass mit zunehmendem Lebensalter bei Kranken wie auch bei Therapierenden der Anteil Vergangenheit im Vergleich zur Zukunft wächst, dass also das Leben immer mehr aus Geschichte und aus Erinnerung besteht – und dass es in der Psychotherapie um genau das geht. Das mag eine Banalität sein. Aber mehr gibt es dazu nicht zu sagen.

So habe ich mich eben aufs Geschichtenerzählen konzentriert. In der Hoffnung, mit Geschichten vielleicht mehr sagen zu können als mit schönen Theorien. Ich bin nach wie vor ein Anhänger von Einzelfall-Darstellungen und kein Anhänger von Statistiken. Und zudem feiern wir heute ja auch ein Fest, ein Geburtstagsfest, das möge farbig sein wie Geschichten, voll von Geschichten und nicht grau wie alle Theorie.