

# Psychologie und Psychopathologie des alternden Psychiaters

Florian Langegger<sup>1</sup>

Es besteht kein Interessenkonflikt.

In meiner österreichischen Herkunftsheimat ist es immer noch üblich, Orden zu verleihen. Eine Scherzfrage möchte wissen, wie man zu einem Orden kommt, und gibt gleich auch die folgenden Antworten: Einen Orden kann man verdienen, einen Orden kann man erdienen und einen Orden kann man erdiniere. Entsprechend meiner altösterreichischen Denkweise bin ich geneigt, die heutige Preisverleihung mit einer Ordensverleihung gleichzusetzen, und frage mich, wie ich zu dieser Auszeichnung komme. Sicher bin ich nur, dass ich den Preis nicht erdiniert habe. Nun ist es gewiss nicht an mir, darüber zu befinden, wieso mir die heutige Ehrung zuteil wird, dennoch denke ich, sie hat etwas mit fortgeschrittenem Alter zu tun. Wer immer strebend sich bemüht, sollte im Alter hoffentlich eine Leistung oder eine Haltung vorzuweisen haben. Alter als Zeit der Ernte. – Mit dieser, zugegeben, etwas vorschnellen und vielleicht zu optimistischen Annahme möchte ich überleiten zu meinem heutigen Thema, dem alternden Psychiater.

Dass unsere Gesellschaften altern, möglicherweise bereits überaltert sind, ist bekannt. Psychogeriatric ist längst ein etabliertes Fach. Dass aber gleichzeitig auch die Psychiater und Psychotherapeuten immer älter werden, ist bisher weder in der Öffentlichkeit noch in der Fachwelt ein Thema. Als Psychiater kann man bis ins hohe Alter praktizieren. Und doch gibt es kaum Aussagen zu der Frage, mit welchen Veränderungen das Altern von Psychiatern tatsächlich einhergeht. Sucht man im Internet nach «alter Psychiater» oder «alternder Psychiater», dann findet man zahllose Berichte über alte oder alternde Patienten, die zum Psychiater gehen. Immer sind es die Patienten, die altern, nie die Psychiater. In der Fachliteratur fand ich bisher nur eine Arbeit aus Australien [1, 2], die vor allem zu dem Ergebnis kommt, dass ältere Psychiater weniger arbeiten, mehr Ansehen geniessen und zurückhaltender sind, gefährliche Patienten in Behandlung zu nehmen. Ich frage: Genügt diese Aussage, um sich ein aussagekräftiges Bild vom alternden Psychiater zu machen, um Patienten bei der Therapeutenwahl zu beraten und allenfalls gesundheitspolitisch zu planen?

Der Verlag der «Neuen Zürcher Zeitung» veröffentlichte kürzlich ein Buch über Zürcher Psychoanalytikerinnen und -analytiker [3]. Das Durchschnittsalter der dort Aufgeführten beträgt 73 Jahre. Der Nestor ist 92. Das Durchschnitts-

alter nur der männlichen Kollegen beträgt 76 Jahre. Auch hier gilt das Argument von Alter und Ernte: In ein solches Buch wird nur aufgenommen, wer sich verdient gemacht hat, und dazu bedarf es der Jahre. Sicher. Aber: Das Durchschnittsalter aller Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie liegt mittlerweile bei 55 Jahren und ist infolge verschiedener aktueller Trends weiter im Steigen begriffen. Das mindestens macht neugierig: Wer sind diese alternden Psychiaterinnen und Psychiater, was zeichnet sie aus, und was können Patienten, Kollegenschaft und die Öffentlichkeit realistisch von ihnen erwarten?

Diese Fragestellung hat gewissermassen einen Vorlauf. Vieles ist bereits Vergangenheit, ehe wir die im Alter noch tätigen Kolleginnen und Kollegen betrachten. Am Anfang des Psychiaterdaseins steht immer die Frage, wer wählt überhaupt den psychiatrisch-psychotherapeutischen Beruf und warum? Dann schnell einmal, wer bleibt auch bei diesem Beruf? Kolleginnen und Kollegen wechseln nach einigen Jahren in andere Fachgebiete oder suchen sich innerhalb des Faches andere Tätigkeiten: gehen in die Administration, in die Gesundheitspolitik, ins Versicherungswesen, in die Forensik, in die Forschung. Werden Gutachter, widmen sich der Ausbildung jüngerer Kollegen, werden Schriftsteller, organisieren Tagungen, werden Kongressreisende, halten Vorträge ... Psychiater haben ein hohes Suizidrisiko [4], und nicht alle arbeiten über das Pensionsalter hinaus. Körperliche und geistige Behinderungen mögen die Berufstätigkeit einschränken oder verunmöglichen. Die Beschäftigung mit Psychotherapie und das ständige Trainieren der Empathiefähigkeit machen dünnhäutiger, empfindlicher, auch im aussertherapeutischen Umgang, in zwischenmenschlichen Beziehungen und sind gelegentlich Anlass für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben. Die Frage, die ich allerdings nicht beantworten kann, wäre demnach, wer sind diejenigen, die im Alter tatsächlich noch Psychiatrie und Psychotherapie treiben und Patienten behandeln, und warum tun sie das?

Was ich aber versucht habe und worüber ich Ihnen im Folgenden berichten möchte, ist: Ich habe, weil mich selbst das Thema zunehmend betrifft und interessiert, an ältere Kolleginnen und Kollegen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, die noch praktizieren, einen kurzen Brief geschickt mit der Frage, ob sie mit dem Älterwerden Ver-

Korrespondenz:  
PD Dr. med. Florian Langegger  
Dufourstrasse 165  
CH-8008 Zürich  
dr.f.langegger@bluewin.ch

1 Vortrag im Rahmen der Preisverleihung der Dr.-Margrit-Egnér-Stiftung 2008 in der Aula der Universität Zürich, 13. November 2008.

änderungen ihrer Arbeitsweise wahrnehmen und allenfalls welche, und habe sie um eine anonyme Antwort gebeten (ca. 75 Briefe, knapp 30 Antworten). Überrascht hat mich, dass fast alle, die geantwortet haben, das nicht anonym gemacht haben. Über die Ergebnisse meiner Umfrage möchte ich Ihnen nun zusammenfassend und wo möglich im Wortlaut berichten. Ich mache mich gewissermassen zum Sprachrohr der Kolleginnen und Kollegen.

Das biologische Alter reduziert generell die Vitalität und die Einsatzfähigkeit. Ich zitiere: «Die rein intellektuellen Fähigkeiten nehmen nach dem 80. Altersjahr etwas ab.» – «Ausdauer, Energie und Konzentrationsfähigkeit haben deutlich abgenommen. Manchmal habe ich zunehmende und recht peinliche Gedächtnislücken.» – «Wegen der Unzuverlässigkeit meines Gedächtnisses muss ich mir nach den Stunden mehr Notizen machen.» – «Zu wenig gewichtet habe ich früher die Bedeutung der Anhedonie im Alter, d.h. des Abnehmens der emotionalen Beweglichkeit, die Bedeutung der Polymorbidität, der chronischen Müdigkeit und schliesslich die immer intensivere Beschäftigung mit dem Tod ... Das Alter kommt mir täglich auch bei den kleinsten Verrichtungen in die Quere.» – «Wenn ich mich gesundheitlich nicht so wohl fühle, befällt mich in letzter Zeit oft die Sorge, ob ich die Stunde wohl voll aufmerksam durchstehen werde.» – «Zweimal hat es sich ergeben, ... dass ich mich mitten in einer Sitzung entschuldigen musste, um zu scheissen. Das ist halt so eine Alters-Not und sie stört weniger, als man meinen mag. Allerdings: quod licet Jovi ...» – Nicht unbedingt müssen sich Gedächtniseinbussen auch auf die Arbeit auswirken. Ein Kollege schreibt: «Mein Gedächtnis: obwohl es im übrigen ganz signifikant abgenommen hat, so dass ich mich an die blödesten Dinge im Alltag nicht mehr erinnere, kann ich mich sehr wohl erinnern, was der Patient oder die Patientin mir 14 Tage zuvor in einer Therapie gesagt hat. Ich glaube auch, etwas besser zuzuhören als früher.» – «Durch einen Zuwachs an Lebenserfahrung meine ich auch einen allfälligen Rückgang kognitiver und mnestischer Fähigkeiten zu kompensieren.» – «Die Arbeit fällt mir nicht einfach leichter als früher ... ich nehme mehr wahr, was mich vor neue Herausforderungen stellt ... es ist wie in der Kunst, wo es mit tieferem Eindringen interessanter und reicher, aber nicht einfacher wird.» – Soweit die Zitate, aus denen die altersbedingten Einschränkungen ersichtlich werden, aber auch eine erste Ahnung von Vorteilen, die das Alter mit sich bringt.

Die meisten Kolleginnen und Kollegen berichten, dass sie weniger arbeiten: «Ich arbeite weniger, mache mehr Pausen und mehr Ferien.» – «Ich könnte längst nicht mehr regelmässig an einem Stück mehrere Stunden im Tag psychotherapeutisch tätig sein.» – «Praktizieren konnte ich (krankheitsbedingt) seit 11 Jahren nur noch zu 50%, das aber immer noch gut. Habe aber etwelche finanzielle Sorgen.» – «Ich arbeite noch etwa zu 40–50%, in allernächster Zeit werden es nur noch 10% sein.» – «Ich berichte über wenige Fälle und bald werden es gar keine mehr sein ...» –

Es wird nicht nur weniger gearbeitet, auch die Interessen und Arbeitsgebiete engen sich ein: «Psychotherapie im engeren Sinn interessiert mich besonders, sozialpsychiatrische Aspekte ermüden mich mehr als früher.» – Die Abnahme an Stress und Verpflichtungen vermag sich

dann auch positiv auf die Arbeit auszuwirken: «Ich arbeite heute bedeutend weniger, fühle mich aber dadurch für die Patienten ausgeruhter und präsenter. In der freigewordenen Zeit lese ich ein Vielfaches mehr an Fachliteratur, was sich wiederum positiv auf meine Arbeit auswirkt.» – «Ich würde noch beliebig weitermachen können, 2 oder 3 Stunden am Dienstag, 4 Stunden am Freitag, dann wieder gar nichts, 3 Wochen ohne, dann wieder mal es bitzeli, usw.» – so wird der alte Psychiater zum Langstreckenläufer, der bei reduziertem Tempo schier ewig so weitermachen könnte.

Das verlangt natürlich eine Berücksichtigung der eigenen Eigenart. So heisst es: «Ich achte mehr auf meine Grenzen ... ziehe leichter Grenzen als früher ... achte auf Ausgleich.» – «Ich spüre heute eher meine zeitlichen und seelischen Grenzen ... seit einigen Jahren richte ich mich nach den zentralen Identitätsbedingungen meiner Person.» – «Es ist mir ein immer stärker werdendes Bedürfnis, mehr Zeit für mich selber zu haben, für Kunst oder innere Verarbeitung.» – «Zwischen den Stunden mache ich mindestens 30 Minuten Pause ... ich habe ein sehr starkes Bedürfnis nach viel mehr Zeit zum Lesen, Musikhören usw.»

In diesem Zusammenhang ist auch die Rede davon, dass ältere Psychiater wählerischer sind, *wenn* sie in Therapie nehmen. Zitat: «Ältere Kollegen nehmen bestimmte, schwierige Patienten nicht mehr in Therapie. Die oft heroischen Therapieindikationen von Jüngeren entfallen offensichtlich nach langjähriger Erfahrung. Insgesamt denke ich, dass das Engagement (also Arbeit zu ungünstigen Zeiten, ständige Erreichbarkeit) bei den älteren Kollegen abgenommen hat.» – Und weiter: «Ich nehme nicht mehr alle Patienten, sondern wähle aus. Ich nehme vor allem keine neuen psychotischen Patienten mehr, keine Suchtpatienten und keine Patienten mit schweren Zwangsstörungen.» – Ein alter jüdischer Kollege schreibt: «Ultra-orthodoxe Klienten, selbst Orthodoxe sollte ich nicht abweisen. Ich tue es aber doch, weil mir, entgegen früher, die Geduld fehlt, wenn solche Leute mir ihre moralische Überlegenheit beweisen wollen.» – Und ein anderer: «Eine bestimmte Klientel mute ich mir nach Möglichkeit nicht mehr zu. Ich denke dabei an die chronischen Vermeider, deren Störung vielleicht weniger gravierend als die der psychotischen Menschen ist, die aber ihre gesamte Dynamik in Agieren oder psychosomatische Symptome packen.» – «Ich vermisse öfters den Elan, mich auch in wenig aussichtsreichen Fällen zu *zerreißen*.» – «Schon 5 Jahre vor meiner voraussichtlichen Pensionierung habe ich keine neuen Intensiv- und Analysepatienten mehr übernommen.» – Ein Kollege relativiert seinen eigenen Auswahlmodus, wenn er schreibt: «Die Schwerhörigkeit nötigt mich, bisweilen einen gehörten Satz wiederholend zu beantworten; dies langsam und mit einer gewissen Eindringlichkeit zu tun. Ich gebe zu, dass es Leute gibt, die zu ungeduldig für dieses Vorgehen sind. Sie sind es, denen ich einen Wechsel des Therapeuten anrate. Seltsamerweise bleiben sie dann doch.» – Es gibt aber auch anderslautende Voten. Ein Kollege schreibt: «Ich gehe nach wie vor das Risiko einer Therapie mit sehr schwer gestörten Patienten ein.»

Auch das Alter der Patienten spielt eine Rolle: «Ich arbeite fast ausschliesslich mit älteren Menschen.» – «Mit meinem zunehmenden Alter hat sich im gleichen Sinne auch das Durchschnittsalter meiner Patientinnen und Patienten

gewandelt.» – Aber auch dazu fehlt eine gegenteilige Meinung nicht: «Alte Leute, und wenn sie 100 Jahre alt sind, kommen nicht zu mir, um ihren Frieden mit der Welt zu machen. *Dafür* brauchen sie mich nicht. Alte Leute haben ein Recht auf Streit, mit sich und anderen, wie Gymnasiasten.»

Eine gewisse Skepsis besteht gegenüber der Behandlung von jungen Menschen durch alte Psychiater: «Mit dem Alter lebt man nicht mehr in der gleichen *Welt* wie die Jungen.» – «Ich spüre eine Welt rund um mich herum, der ich vielleicht nicht mehr so zugehöre wie früher – bin in späten Jahren noch Tourist geworden in der mir bekannten Welt!» – «Es scheint mir ein Nachteil zu sein, dass viele Psychiater ihren Beruf bis ins hohe Alter ausüben ... man verliert das Verständnis und die Kenntnis der neuen modernen Werte ... Allerdings ist das oft sehr schwierig zu erkennen, denn die jungen Leute sind oft sehr rücksichtsvoll und wollen einen nicht blamieren ... sie behandeln den Psychiater wie einen Patienten – natürlich zum Teil unbewusst – sie wollen den armen alten Psychiater nicht kränken oder verletzen und beginnen langsam ihre Ehrlichkeit zu verlieren. Es kommt zu einer subtilen Umkehrung der Rollen und der alte Psychiater wird recht eigentlich zum Patienten. Mit einem jüngeren Patienten ist es mir einmal passiert, dass ich mich ausgezeichnet mit ihm verstand und immer wieder Freude hatte, wie er in vielem dieselben Ansichten hatte wie ich. In der letzten Stunde sagte er dann zu mir: *Ich habe die Stunden bei Ihnen genossen und Sie waren sehr interessant. Aber Sie haben furchtbar viel blödes Zeug erzählt und Dinge in einer Weise dargestellt, wie sie nicht mehr sind. Bis zu dieser letzten Stunde getraute ich mich nicht, Ihnen zu sagen, dass Sie wirklich nicht mehr drauskommen.*» Zitat Ende.» –

Hier stellt sich auch die Frage, warum arbeiten Psychiater über das übliche Pensionsalter hinaus? Ich habe sie in meinem Brief an die Kolleginnen und Kollegen nicht gestellt, dennoch sind einige Antworten dazu gekommen. Freiberuflich Tätige haben mit 65 keine Stelle zu verlieren. Psychiater verdienen weniger als andere Ärzte, sind deshalb aus materiellen Gründen vielleicht genötigt, weiterzuarbeiten. Wenn man seinen Beruf gerne hat, besteht auch kein Grund, in den Ruhestand zu treten. Eine Kollegin schrieb mir: «Es würde mir etwas Wichtiges fehlen, wenn ich gar nicht mehr therapeutisch arbeiten würde.» Natürlich gibt es auch zu diesem Punkt gegenteilige Stimmen, z.B.: «Nicht aufhören können, nicht loslassen können, eigenes Tun nicht mehr bescheiden relativieren zu können, sich an Klienten klammern, partizipieren am Leben von jüngeren Patienten.» – Wenn ein Mangel an Psychiatern besteht, reguliert sich das Spiel von Angebot und Nachfrage nicht automatisch, und die gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnisse von Psychiatern und Patienten erschweren ein Beenden der Beziehung. Wie immer, kann Bewusstheit hilfreich sein. Eine 75-jährige Kollegin schrieb mir: «Ich hoffe, dass ich die Einsicht haben werde, wann es im Interesse der Patienten ist, auch die wenigen, mit denen ich in nächster Zeit noch arbeiten möchte, jüngeren Kollegen zuzuweisen.»

Dass Trennung und Abschied – mindestens von Psychiaterseite – nicht in jedem Fall bedauert werden, zeigen folgende Aussagen: «Ich fühle mich, jenseits von Trauer,

bei jeder Trennung von einem Patienten entlastet.» – «Bei vielen Patienten kam ich mir plötzlich wie befreit vor ... ich konnte langjährige Abhängigkeiten, Anhänglichkeiten, kollusive Beziehungsaspekte mit einem egoistisch-legitimen Akt *beenden*.» – Ein Kollege, der mir gegenüber seine Anonymität wahren wollte, schrieb mir, «Wenn's nur nicht immer so weiter gehen würde, wär's gut so.» – Mich dünkt – und vielleicht ist das ein Merkmal älterer Menschen –, die Aussagen spiegeln ein grosses Ausmass an Bewusstheit eigener Ambivalenzen.

Einerseits sind ältere Kollegen davon überzeugt, dass sie mit dem Alter «besser» werden, im Einzelnen heisst das: gelassener, freier, lockerer, offener für das, was einem vom Gegenüber entgegengebracht wird, angstfreier und mutiger, im Alter sogar risikobereiter und sowohl aktiver wie geduldiger. Man fokussiert gezielter und konzentriert sich eher auf das Wesentliche. Wichtiges wird rascher und klarer erkannt als in jüngeren Jahren und kann auch formuliert werden. Die wachsende persönliche Erfahrung gewährt Sicherheit, Ruhe und Zukunftsoffenheit. Andererseits: «Das Misstrauen gegenüber schnellen Antworten und eindeutigen Aussagen wächst.» – «Man muss und will weniger schnell mit scheinbaren Eindeutigkeiten zuschlagen.» – Zugleich hat sich aber auch der therapeutische Optimismus gemildert. Eine gewisse Skepsis betreffend das eigene Wirken hat sich eingestellt, die Einsicht, «wie begrenzt unser Erziehungswerk ist», und damit auch mehr Zufriedenheit mit bescheidenen positiven Ergebnissen. Man muss die Menschen nicht mehr gesund machen, ihnen nicht unbedingt das Leiden wegnehmen, «grandiose Therapieerfolge sind nicht mehr das unbedingte Ziel, vielmehr die Patienten zu lehren, leben zu lernen, mit den je eigenen Möglichkeiten und Beschwerden besser umgehen zu können, das Eigene ohne Hader anzunehmen, nicht nach anderen und deren vermeintlich leichterem Leben zu schielen, vielmehr den je eigenen Weg zu suchen und ihn in Geduld und Demut auch zu gehen». Es geht dann «mehr um die Entwicklung des Menschen *mit* seiner Störung und seinen Problemen». Paradoxerweise steigt damit auch die «Akzeptanz für schwer beeinflussbare, d.h. schlecht behandelbare Krankheitsverläufe». Das Bemühen, «das anzunehmen, was ist», macht «duldsamer gegenüber dem so offensichtlich Unveränderbaren im Menschen, deswegen aber nicht resignierter. Sich mit seinem eigenen Schicksal auszusöhnen, ist oft das zentrale Thema.» Solche «Bereitschaft zu unvoreingenommenem (theoretisch nicht festgelegtem) elementarem bescheidenem Begleiten und Behüten» evoziert Bilder eines «Bergführers, Lotsen, Scouts, einer Herberge zu Rast und Besinnung». Psychiaterin und Psychiater als «Herbergsmutter oder Herbergsvater».

Die älteren Kollegen fühlen sich «freier hinsichtlich des Drucks eines Leistungsnachweises gegenüber den Gutachtern bei Anträgen an die Krankenkassen». (Das ist ein Problem, das vor allem die deutschen Kollegen haben.) «Diese allgemein offenere Haltung kollidiert aber auch mit einer sehr pragmatischen Gesundheitspolitik, die mit möglichst wenig Aufwand möglichst rasch sichtbare äussere Erfolge sehen will, ohne Berücksichtigung von Aspekten wie Persönlichkeitsentwicklung und Nachhaltigkeit. Statt Selbstverwirklichung ist heute ja rasche Symptomreduktion und

Anpassung an die kollektive Leistungsideologie und Effizienzsteigerung gefragt.» Es sind also nicht die jungen Revoluzzer, die dem Mainstream der Angepassten gefährlich werden, sondern die alten grauen Panther, die den nötigen inneren Abstand haben.

Mit einer grösseren Gelassenheit fallen etliche der zwanghaften professionellen Rituale weg: «Ich lasse mir für die einzelnen Gespräche mehr Zeit, beende nicht exakt nach 50 oder 60 Minuten (ohne dafür Rechnung zu stellen).» – «Mit den Zeiten (Länge und Rhythmus von Konsultationen usw.) bin ich immer freier umgegangen. So habe ich – mit Erfolg – manche Fälle keineswegs mehr regelmässig, sondern in immer grösseren zeitlichen Abständen gesehen. Sehr gut bewährt hat sich für mich oft auch, die Zeiten und Rhythmen nicht zum voraus festzusetzen, sondern je nach Bedarf vom Klienten selber bestimmen zu lassen.» – «Um mich in meiner Einengung frei zu fühlen, nehme ich kein Honorar mehr – selbst nicht, wenn es mir aufgedrängt wird. Das hilft, es macht wirklich frei. Und was mich anbetrifft, so kann ich mitnichten feststellen, dass das Weglassen von Geldforderungen den Ernst der Kommunikation reduziert hat. Es lässt mir aber die Möglichkeit, den Drang der Zeit-Erfüllung fallen zu lassen. Es müssen nicht mehr unbedingt 50 Minuten sein – faktisch sind sie's dennoch.»

Auch die Abstinenz-Regel wird weniger streng gehandhabt: «Ich selbst bin auch offener geworden, erzähle ganz bewusst auch mal etwas von mir und gebe so zu verstehen, dass auch ich kein Übermensch bin.» – «Von mir und meiner Person nur ein kontur- und persönlichkeitsloses Spiegelbild im psychoanalytischen Sinn zu vermitteln, habe ich mit zunehmendem Alter immer mehr aufgegeben zugunsten einer einigermaßen deutlich erkennbaren Person, die freilich sehr im Hintergrund zu bleiben hatte und vor jeder invasiven Autoritätshaltung zu bewahren war.» In diesem Zusammenhang wird allerdings auch kritisiert, dass ältere Psychiater «zu viel Eigenes» einbringen (eigene Erfahrungen, Gedanken, Einfälle), und, «geschützt durch ein superorthodoxes Ritual», ein grandioses uneinnehmbares Bollwerk eigener «Philosophie» und «Welt- und Lebenserfahrung» präsentieren und verteidigen.

Sehr entschieden äussern sich die Kolleginnen und Kollegen gegen Theorie- und Technikgläubigkeit: «Akademisch-theoretisches «Wissen» und Techniken werden als vergängliche, personenabhängige Vorstellungen relativierend gewichtet. Diagnoseschemata, Psychopathologieraster und besonders Nosologie-Doktrinen werden «transzendiert.» «Ich glaube nicht mehr an alle Theorien.» – «Ich arbeite mehr praktisch orientiert, weniger theoriegeleitet.» – «DSM und ICD sind mir seit meiner Emeritierung völlig gleichgültig geworden, mich interessiert ausschliesslich die Begegnung mit Menschen.» – «Noch viel mehr als vor Jahren sind mir die diagnostischen Schemata verdächtig. Schon als Klinikchef habe ich wenig von diesen diagnostischen Akrobatiken gehalten.» – «Jeder psychotherapeutischen Heilslehre, auch allen Gurus usw. gegenüber bin ich immer misstrauischer geworden (dies gilt übrigens genau gleich für jede medikamentöse Heilslehre).»

Mit dem Verblässen der Theorie- und Technikgläubigkeit rückt der Mensch in seinem Hier und Jetzt in den Mittel-

punkt. «Endlich!», möchte man ausrufen. «Mein Interesse an jedem einzelnen Menschen ist grösser geworden. Neugier gegenüber Krankheitsbildern ist gegenüber der Frage «Was ist das für ein Mensch? Wie bewältigt er sein Leben?» zurückgetreten.» – «Ich bin zuversichtlicher, mehr zu erreichen, wenn ich mich (ausschliesslich) am Ist-Zustand eines Kranken orientiere und nicht (oder viel weniger) an der Soll-Erwartung der Aussenwelt an den Patienten und an mich.» – «So bin ich offener geworden, freue mich an und mit jedem Patienten und spüre, wie ich näher an ihn herankomme.» – «Meine Therapien und Supervisionen sind mit dem Alter besser und erfolgreicher geworden, jedenfalls auf dem Gebiet der menschlichen Beziehung, selbst wenn ein «symptomatischer Erfolg» dabei manchmal ausblieb ... die Intensität und Tiefe des Mit- und Dabeiseins hat eher zugenommen.» – «Der Kampf um das Lebensrecht in jedem einzelnen Patienten hat sich präzisiert.» – «Ausgehend davon, dass es oft Umwelteinflüsse sind, die unsere Patienten krank machen, macht sich ein zunehmendes Wissen breit, dass man gegen Windmühlen kämpft. Dennoch kann man nicht aufhören, ökologische Nischen zu suchen, wo der einzelne leben, überleben und möglichst auch gedeihen kann.» «Als viel wichtiger als alles «Technische» ist mir zunehmend der Geist vorgekommen, aus welchem heraus ich therapierte. Ich bezeichne dies als die – grösserenteils unbewusst vermittelte – «emotionale Fundamentalbotschaft», die ich meinem Klienten hinter allen Worten «sende». Letztlich kann ich das Gemeinte nicht anders umschreiben als mit dem Begriff der Liebe im weitesten Sinne, oder doch einem grundlegenden Wohlwollen zum Nächsten und Anderen, so wie er nun eben ist, verbunden mit dem Versuch, in jedem «Kranken» (und ich hatte es in erster Linie mit Schwerkranken, d.h. mit psychotischen Menschen zu tun) seine verborgenen Schönheiten und Potentiale zu sehen, also vor allem seine gesunden Seiten zu entdecken, anstatt mich vorwiegend auf das Pathologische und dessen «Korrektur» zu konzentrieren.» – Berichtet wird auch von einem «immer grösseren Vertrauen in die langfristig wirksamen selbstorganisatorischen, d.h. «gesunden» Kräfte in jedem noch so Kranken». – «Alles Lebendige ist wandelbar, also darf auch schweres Leiden als vergänglich angesehen werden.» – «Scheitern hat mich immer sehr tangiert, aber in meinem Ringen nicht beeinträchtigt.» – «Enorm vorsichtig bin ich selbst bei Schwerkranken (z.B. chronisch Schizophrenen) mit negativen Langzeitprognosen geworden («kommt nie mehr gut» usw.). Im Gegenteil scheint es mir ganz wichtig, in jedem Fall dem Patienten und seinem Umfeld einen «Funken Hoffnung» auf lange Sicht (eine grundsätzlich «positive Erwartungshaltung») zu vermitteln ... dass es in erster Linie längerfristig positive Leitbilder statt negativer Prognosen braucht, welche bei den Helfern wie bei den Betroffenen und ihren Angehörigen nur lähmend wirken.»

Was früher «mehr klar definierte therapeutische Technik» war, wird «heute eher therapeutische Kunst». Neben kognitiv-konzeptuellen Aspekten werden «vermehrt Intuition und Inspiration wichtig». Existenzielle, weltanschauliche und religiöse Fragen nehmen grösseren Raum ein, so auch die spirituelle Dimension und Fragen bezüglich Sinn und Endlichkeit. Aufregungen relativieren sich, «Gelassenheit kann entstehen ... Partizipation mit milder Distanz ...

einfache Wahrheiten und Erkenntnisse dürfen gedacht und ausgesprochen werden ... ganz ohne Wertung und ohne Scham über ihre oft erstaunliche Einfachheit ... das Gefühl ist zu einem eigentlichen Sinnesorgan geworden.»

Zugleich tauchen neue Fragen und Unsicherheiten auf. «Die Befürchtung lässt sich nicht ganz vertreiben, dass die sogenannte Erfahrung zu einer schematisierten, weniger individuellen Beurteilung und Behandlung führt.» – «Ist man nicht doch weniger engagiert und wie erträgt man es, auch nur weniger engagiert zu scheinen?» Bei aller Gelassenheit bleibt die Frage aktuell: «Was kann warten, soll warten, braucht Zeit? Und was kann nicht warten?» – Die Lücken und Mängel werden einem bewusster: «Zuerst hat man Konzepte und versucht irgendwie krampfhaft zu verstehen. Dann tut man immer weniger und versteht auch immer weniger.» «Ich denke mehr über meine Arbeit nach – habe mehr Fragen als früher.» «Nach meiner psychoanalytischen Ausbildung war ich im «Besitz» eines festen theoretischen Konzepts betreffend Zweck und Ziel meiner therapeutischen Arbeit ... manchmal frage ich mich heute, was ich da eigentlich mache.» – «Dass Psychiatersein ein hoch künstlicher, unmenschlicher Beruf ist, eine Rolle, die man spielt und die doch untrennbar mit menschlichen Belangen verknüpft ist. Angst, dass der Spagat zwischen professioneller Hilfe und wirklicher Nächstenliebe nicht gelingt.» «Auch die Ambivalenzen klaffen weiter auseinander. Man ist sich der Nachteile des sogenannten Guten und der Verdienste und Vorteile des sogenannten Bösen eher bewusst. Man kann eher spüren und zulassen, wie sehr man die Menschen, die sich einem anvertraut haben, liebt und gleichzeitig hasst, und versucht das auszuhalten, ohne der einen oder der anderen Seite den Vorrang zu geben. Das sind Zerreißproben.» – «Und was es für Patienten bedeutet, wenn ich ein ganzes Leben brauche, um ein bisschen Klarsicht zu gewinnen? Und dabei eingestehen zu müssen, dass ich nur begrenzt verfügbar bin?» – «Mehr als früher, wo man eigentlich noch viel weniger wusste, ist man davon überzeugt, das «Rätsel Mensch» und das Enigma einer bestimmten Person noch immer nicht gelöst zu haben. Alles, was wir hören und zu verstehen glauben, sind Annäherungen, Ahnungen, Guesswork – wir tasten uns vor wie Blinde, aber auch wie Sprachlose, die dem Gegenüber nur andeuten können, wir seien daran, ihn/sie zu verstehen, verstanden zu haben. Ob dies in etwa der vielgenannten «Weisheit des Alters» entspricht?» Das sokratische «Ich weiss, dass ich nichts weiss» steht da wie in Stein gemeisselt, unabwendbar vor einem, und nur Robert Walser kommt zu Hilfe, der einmal in seiner, mit Vorbehalten durchgesetzten subtilen Freundlichkeit geschrieben hat: «Wenn man nur weiss, was man nicht weiss, dann kann es noch gut werden.» –

Ich möchte diese Aussagen alternder Psychiaterinnen und Psychiater mit einem Text von Berthold Rothschild schliessen, der mir ausdrücklich erlaubt hat, hier seinen Namen zu nennen: «Irgendwann kommt in jedem Konzert oder in jeder Symphonie der 3. oder 4. Satz mit dem «Rondo Finale» oder dem «Allegretto Finale» und man wird ja nicht denken, dass dann das Orchester bereits zu erlahmen beginnt – im Gegenteil – oft werfen sie sich mit noch mehr Verve ins Zeug! Das sich ankündigende Ende kann ... Kräfte und Schwung freilegen, von denen man glaubte, sie seien bereits erlahmt in einer Routine, genannt «Erfahrung». Dabei hat sich eine Stimmung in mir niedergesetzt, von der ich nicht geahnt hatte, dass sie mir eines Tages so kostbar werden würde ... Die Patienten, die dies gut ertragen und immer noch weiter zu uns kommen wollen, – ich glaube, sie profitieren mit von diesem aleatorischen Spiel und von unserer neuen «Freude» am Arbeiten, das ja wie ein Sich-selber-einschnippchen-Schlagen anmutet und manchmal Einfälle generiert, wie wir sie, glaube ich, seit unserem Kindesalter nicht mehr hatten oder uns dazu getraut hätten ... und so wird das «Aufhören» ein neues «Anfangen von hinten.» ...

Soweit die Sicht der psychiatrischen Seniorinnen und Senioren auf sich selbst. – Sicherlich ist zu fragen, wie aussagekräftig und wie brauchbar die Aussagen über den unmittelbaren Wortlaut hinaus sind. Einschränkend ist auch anzumerken, dass ich die Stichprobe ausgewählt habe. Es wäre zu untersuchen, ob andere Stichproben ähnliche oder andere Ergebnisse bringen. Auch eine Fremdbeurteilung durch Patienten und zuweisende Kollegen wäre wünschenswert, um zu überprüfen, wie objektiv die älteren Kollegen in ihrer Selbstdarstellung sind. Daraus könnten sich dann Empfehlungen für Therapiesuchende ergeben: Wer begibt sich in welcher Situation und mit welcher Fragestellung besser zu einer alten Psychiaterin oder zu einem alten Psychiater? Und wissen die Gesundheitsplaner überhaupt, welches Potential sie in den alten Psychiatern haben und wo deren Grenzen sind? Berücksichtigen sie sie bei ihren Überlegungen? Und schliesslich, welchen Platz haben die älteren und alten Psychiaterinnen und Psychiater, und welche Rolle spielen sie im Gesamtgefüge heutiger Gesellschaften mit ihren je besonderen Altersstrukturen?

#### Literatur

- 1 Draper B, Winfield S, Luscombe G. The Senior Psychiatrist Survey I: age and psychiatric practice. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(5):701–8.
- 2 Draper B, Luscombe G, Winfield S. The Senior Psychiatrist Survey II: experience and psychiatric practice. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(5):709–16.
- 3 Schett A. Was die Seele bewegt. Zürcher Psychoanalytiker im Gespräch. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung; 2008.
- 4 Rich CL, Pitts FN Jr. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18730 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967–1972. *J Clin Psychiatry*. 1980;41(8):261–3.