

Bertram von der Stein  
Ältere Menschen in der Psychotherapie

Therapie & Beratung

Bertram von der Stein

# **Ältere Menschen in der Psychotherapie**

**Chancen, Tabus und Fallstricke**

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2023 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen

[info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)

[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form  
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert

oder unter Verwendung elektronischer Systeme

verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: © joexx/photocase.com

Autorenfoto: © Markus Hagen

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3216-4 (Print)

ISBN 978-3-8379-7944-2 (E-Book-PDF)

*Meiner Frau Gabi und meiner Mutter Irma*

Für gute Anregungen möchte ich mich bei  
Eike Hinze, Johannes Kipp †, Reinhard Lindner,  
Meinolf Peters, Hartmut Radebold †, Astrid Riehl-Emde,  
Christiane Schrader und Werner Vogel  
bedanken.



# Inhalt

<b>Einleitung</b>	9
<b>Das Alter und die Psychotherapie</b>	13
Zur Geschichte der Alterspsychotherapie	13
Altersbilder und Altersstereotype	16
Die Rolle der Therapeuten in der unbewussten Beziehungsdynamik	19
Psychohistorische Kompetenz	34
Lebensphasen im Alter	45
<b>Krankheitsbilder und häufig auftretende Symptome</b>	69
Körperliche Erkrankungen und deren Folgen	69
Psychosomatische Störungen: Der Körper als Kompass	72
Depressive Störungen	84
Zwänge	90
Angststörungen	93
Persönlichkeitsstörungen	99
Sucht	105
Traumata	112
Psychosen	122
Dementive Entwicklungen	129
<b>Grenzsituationen, Tabus und Unbehagen</b>	135
Sexualität im Alter	135
Suizidalität im Alter	143
Tod und würdevolles Sterben: Spiritualität und Religion als therapeutische Hilfe?	151
Scheitern in der Therapie und häufige Behandlungsfehler mit Älteren	162

<b>Psychodynamische Psychotherapie im Alter</b>	179
Psychoanalyse und verwandte Verfahren	179
Analytische Gruppenpsychotherapie mit Älteren	181
Neuere Behandlungskonzepte	186
<b>Schlussbemerkung und Ausblick</b>	199
<b>Literatur</b>	205

# Einleitung

Warum dieses Buch?

Altern, ein zeitabhängiger biologischer Vorgang aller höheren Organismen, führt zu Veränderung lebendiger Systeme über Funktionsverluste von Zellen, Geweben und Organen schließlich zum Tod. Warum Organismen altern, ist bis heute ungeklärt. Mit dem biologischen Altern rücken Leistungsverluste, Krankheiten und Gebrechen ins Bewusstsein und werden zum Gegenstand persönlicher Sorgen um die eigene Gesundheit. Spätestens im Lebensabschnitt zwischen mittlerem Lebensalter und Tod wird jeder mit der Endlichkeit konfrontiert. Der Körper ist dabei Indikator der Zeitlichkeit (Heuft, 1997). Gleichwohl eröffnen sich auch neue Perspektiven. Mit steigender Lebenserwartung sind Alter und Altern immer mehr zum öffentlichen Thema geworden. Viele Sendungen und Publikationen, wie *Das Methusalem-Komplott* von Schirmacher (1994) *Die Spätzünder* (2013) mit bekannten Darstellern, die im hohen Alter einen Aufstand im Altenheim anzetteln und eine erfolgreiche Band gründen, machen das Thema populär. Die gewachsenen Chancen des Alters und die Aufbruchstimmung für die Jüngeren (zwischen 60 und 75 Jahre alt) bestimmen ebenso die öffentliche Gefühlslage wie die Angst vor Demenz und Pflegebedürftigkeit.

Die Psychoanalyse, eine Forschungsmethode, eine Entwicklungstheorie und eine Behandlungsmethode unbewusster Prozesse in biopsychosozialen Kontexten, erscheint zu Unrecht als anachronistisch und wenig praxisrelevant. Relativ spät, seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts, hat sie sich im größeren Umfang mit dem Alter beschäftigt. Die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit Aufgaben früherer Lebensabschnitte und psychohistorischen Einflussfaktoren für seelische Störungen im Alter wird von der Psychoanalyse (Egle et al., 1991; Franz et al., 1995; 1999; Kruse, 2005; Lehr, 1980; Radebold, 2001; Radebold & Schweizer, 2001; Schepank, 1987; Tress, 1986; Thomae, 1996; 1998) betont.

# Das Alter und die Psychotherapie

## Zur Geschichte der Alterspsychotherapie

Bis ca. 1980 war, gemäß Aussagen Freuds (1904a), gängige Meinung, dass für Menschen ab dem fünften Dezennium eine Kontraindikation für eine Psychoanalyse bestehe. Aufgrund eines anderen Aufbaus der Bevölkerung war die Gruppe der Alten nicht so präsent wie heute. Die von Freud behandelten älteren Patienten waren meist zwischen 40 und 50 Jahre alt und galten bei kürzerer Lebenserwartung und der Chronizität der Symptomatik als unbehandelbar. Sehr wenige wurden 70 Jahre und älter. Im Briefwechsel mit Max Schur berichtete er, dass er selbst unter Ängsten vor dem Alter litt, bezeichnete sich bereits mit 45 bis 50 Jahren als alt und hatte Angst vor dem Siechtum (Schur, 1973, S. 310). Seine Haltung und das Interesse der Gründungsgeneration der Psychoanalyse an Kindheit und Jugend mögen auch zur späten Beschäftigung der Psychoanalyse mit dem Alter beigetragen haben. Zudem hielt man die psychosexuelle Entwicklung mit Erreichen des Erwachsenenalters für abgeschlossen.

Dennoch hat sich Freud immer wieder mit den Altersthemen beschäftigt: In seiner Selbstanalyse 1897 begann er, Todeserwartungen auf persönliche Ambivalenzkonflikte und auf Schicksalsdaten nahestehender Personen zu beziehen. Mit 59 Jahren stellte er in »ZeitgemäÙes über Krieg und Tod« (1915b) fest, dass der Einzelne unbewusst an seine Unsterblichkeit glaube, während er später über Vergänglichkeit (1916a) und in *Jenseits des Lustprinzips* (1920g) über Synergie und Antagonismus von Eros und Thanatos schrieb.

Wenige psychoanalytische Autoren (Abraham, 1919; Ferenczi, 1939 [1921/1922]; Kaufmann, 1937; Deutsch, 1945; Gitelson, 1948; Erikson, 1950; Grotjahn, 1955; Goldfarb, 1956; Gillespie, 1963; Levin, 1963) beschäftigten sich mit Älteren – dann meistens im Kontext schwerer Pathologien. Ein sehr helllichtiger Artikel von Bibring (1969) blieb weitgehend un-

beachtet. Das Treppenbild der psychosozialen Krisen nach Erikson (1982; 1973) sieht für das Alter die polare Entwicklung zwischen Integrität versus Verzweiflung und Hochmut versus Weisheit vor. Damit beschreibt er eine potenzielle Aufwärtsentwicklung im Alter – ein Fortschritt gegenüber traditionellen Halbkreismodellen, die ab dem 50. Lebensjahr von einer absteigenden Lebenskurve ausgehen. Anders als Erikson bleibt Lidz (1974 [1968]) jedoch dem Regressions- und Halbkreismodell verhaftet. Er beschreibt eine Umkehrung der entscheidenden Entwicklungsprozesse (ebd., S. 657) und begründet diese mit dem Nachlassen der Impulse aus dem Es. Vor diesem Hintergrund sei bemerkt, dass an Triebtheorien orientierte Entwicklungsmodelle unweigerlich in Halbreis- und Involutionen vorstellungen vom Alter enden. Das von Lidz formulierte Involutionsmodell wird ergänzt durch ein Nachlassen der Ich-Funktionen infolge seniler Hirninvolution. Hier unterstützt er die bis heute geltenden Vorurteile, die Alter mit Demenz gleichsetzen.

Andererseits kann ein unklarer Weisheitsbegriff des Erikson'schen Modells zur Idealisierung des Alters führen. Dies kann ein unbewusster Versuch sein, tabuisierend mit Selbstwertkrisen im Alter umzugehen (Wolf, 1996), wozu auch das fragwürdige Idealbild des kontemplativen, trieb- und konfliktfreien weisen Alten (Radebold, 1994) gehört.

Im deutschen Sprachraum beschäftigte man sich nach Krieg und Nationalsozialismus im Nachklang des Booms der Psychoanalyse nach 1970 mit der Psychotherapie im Alter – eine Entwicklung, die Radebold als »mühseligen Aufbruch« bezeichnete. Er hatte in den 1980er Jahren über Psychoanalysen mit Älteren berichtet und lenkte somit das Interesse auf Ältere. Es galt, neben traditionellen Widerstandsreflexen in der Psychoanalyse auch allgemeine Widerstände zu überwinden: So konfrontieren ältere Patienten Therapeuten mit abgewehrten eigenen Ängsten vor Alter und Tod. Die umgekehrte Übertragungssituation erinnert viele an Konflikte mit den eigenen Eltern. Deshalb gibt es auch heute viele Abwehrreaktionen wie Nichtannahme, unreflektierte Pharmakotherapie oder die Verschiebung auf karitative Angebote. Ferner scheitern immer noch viele von anderen Personen geschickte ältere Patienten an dem Postulat, dass für eine Psychoanalyse und Psychotherapie nur eine von Einsicht und Leidensdruck eindeutig reflektierte Behandlungsmotivation tragfähig sei. Auch gibt es Widerstände vonseiten der Älteren: Nur ein geringer Anteil der Kriegskinder ist für eine psychoanalytische Behandlung motiviert, zumal noch immer viele zur sprachlosen Generation derer gehören, die im Sinne einer nationalsozialistisch beeinflussten Erziehung keine Gefühle zuläs-

sen durften. Bei den Älteren späterer Jahrgänge um 1940 und 1950 sowie schließlich bei denen der Babyboomer-Generation zeigt sich auch in Zukunft noch der Aspekt der transgenerationalen Weitergabe.

1996 erschien erstmals das *Lehrbuch für Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. Mittlerweile ist von psychoanalytischen Autoren einiges zum Thema erschienen (Bechtler, 2000; Hinze, 1996; Hirsch & Hespos, 2000; Kipp & Jüngling, 2000; Kruse, 1997; Radebold, 1997; Wenglein, 1997). Inzwischen gibt es Standardwerke zur Gruppentherapie (Bechtler, 2000), zur Suizidalität im Alter (Teising, 1992) und über stationäre Psychotherapie im Alter (Bäuerle et al., 2000). Ausbildungsmöglichkeiten gibt es nur auf entsprechenden Arbeitstagen in Bonn seit 1988, in Kassel seit 1988, in Münster seit 1996 und in Münsterlingen in der Schweiz seit 1999. An drei Universitäten finden entsprechende Forschungen statt.

Mittlerweile hat sich durchgesetzt, bei der ca. 30 bis 40 Jahre umfassende Lebensphase des Alters (60. bis 90. Lebensjahr) zwischen drittem und vierten Lebensalter, das heißt zwischen frühem Alter (60 bis 75) und spätem Alter (ab 75 Jahren) zu unterscheiden. Dabei sollten auch jene Patienten in sehr hohem Alter und Behinderte nicht vergessen werden, die auf eine aufsuchende Behandlung angewiesen sind (Lindner, 2014). In diesem Kontext gilt es auch, traditionelle Abstinenz- und Neutralitätskonzepte zu hinterfragen.

Der Weg von der Identifizierung über die Nachahmung zur Einfühlung in das Seelenleben anderer wurde von Freud (1910k, S. 121) aufgezeigt. Zur Empathie haben dann selbstpsychologische Autoren (Kohut, 1977; Schwaber, 1981; Lichtenberg et al., 1992) Anmerkungen gemacht. Körner (1998) hob sozial erlernbare Kompetenzen wie die der Perspektivenübernahme und die Fähigkeit, den Kontext sozialer Situationen zu verstehen, hervor. Konzepte wie das szenische Verstehen (Lorenzer, 1970), das der Body-Empathie (Spitz, 1965; Benedetti, 1983), der emotionalen Einsicht und der therapeutischen Ich-Spaltung nach Sterba (1934) stehen als traditionelle Modelle den Mentalisierungskonzepten nahe und heben die Fähigkeit, sich und andere als Wesen mit geistig-seelischen Zuständen zu betrachten (Gergely, 2002), hervor. Mentalisierungsfähigkeit bedeutet konkret, dass neben dem unmittelbaren Erleben eine zweite Spur mitlaufe, die den Umgang mit dem Erleben vertieft reflektiert. Dieser habituell gewordene Stil des Nachdenkens über sich selbst und andere, der Parallelität von Erleben und selbstbeobachteter Verarbeitung des Erlebens lässt sich konkret auf den psychotherapeutischen Umgang mit alten Menschen übertragen.

# Krankheitsbilder und häufig auftretende Symptome

## Körperliche Erkrankungen und deren Folgen

Es ist fast eine Binsenweisheit, dass mit zunehmendem Alter viele Erkrankungen häufiger auftreten und dann zu Einschränkungen führen, die das Leben gravierend beeinträchtigen und den Bewegungsradius einschränken: Es ist bekannt, dass Osteoporose, Arthrosen, Spinalkanalstenosen, bösartige Tumore wie Mammakarzinome oder Prostatakarzinome, Spätfolgen von Diabetes, Schwerhörigkeit, Einschränkungen der Sehfähigkeit und viele andere Beschwerden auftreten oder chronisch werden.

Die Ernstnahme der Klagen über die Defizite, biografisch und psychodynamisch wertschätzend in eine Therapie eingebaut, kann die Leiden nicht wegzaubern. Oft geht es letztlich auch um existenzielle Fragen, um Endlichkeit und Tod. Körperliche Erkrankungen mit realen Einschränkungen stellen für viele bis zu deren Auftreten gesunde Menschen große Belastungen dar. Autonomieverlust und Wirksamkeitseinschränkung sind in einer Leistungsgesellschaft ein schweres Los bis zu einer Schande. Sennett (1998, S. 142) betonte die Verknüpfung von Abhängigkeit und Scham. Es ist auch im dritten und vierten Lebensalter nicht leicht, Erfahrungen zu machen, denen von Kindheit an körperbehinderte Menschen viel früher ausgesetzt sind. Der unvermeidliche Einbruch in die Privatsphäre, die Verletzung der Intimität und der Verlust des Bewegungsradius können traumatischen Charakter annehmen. Darüber hinaus ist Scham ganz nahe bei der Selbstabwertung (Adler, 1977 [1907]; Wurmser, 2005), die noch durch die Nazi-Erziehung, die manche Behinderte erfahren haben, verstärkt werden kann. Selbstverständlich sind dieses Gedankengut und seine postmodernen Wiederauflagen auch für Ältere, die erst spät eine gravierende Gesundheitseinschränkung erlebt haben, schädlich. Wenn körperliche Einschränkungen gravierend sind, kann Wut (Ornstein & Ornstein, 1997) eine

große Rolle spielen in Bezug auf die Gefahr der Selbstfragmentierung im Spannungsfeld zwischen Scham und Verletzlichkeit. Diese kann autodestruktiv gegen sich selbst gerichtet sein und/oder sich auch projektiv gegen den Therapeuten richten. Die Entwicklung von Aggression in Übertragung und Gegenübertragung kann überwältigend werden; auf die grenzüberschreitenden Folgen wies Hirsch (1999) mehrfach hin. Es ist durchaus hilfreich, zugrunde liegende Konflikte des Patienten, die nicht selten neidgetönt sind, durchzuarbeiten und zumindest partiell zu entgiften. Dabei ist wichtig, dass die Therapeuten die aggressiven Attacken der Patienten »überleben« und die Konflikte containen können. Kernberg (1988) berichtete in diesem Kontext, dass Wut in Hass transformiert werden könne und sich dieser Hass auf all jene Menschen richte, die nicht so viel leiden müssten. Im Rahmen von Täter-Opfer-Polarisierungen könne es zu sadomasochistischen Verwicklungen kommen. Es können sich auch frühere sadomasochistischer Arzt-Patienten-Beziehungen reinszenieren und negative Erfahrungen mit Institutionen können wiederholt werden. Bei einem wesentlich vitaleren, jüngeren oder gleichaltrigen Therapeuten, bei dem sich in hostiler Projektion die Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst aufuft, ist der Neidaspekt auch bei differenzierten Patienten kaum zu umgehen.

#### Enttäuschender Ruhestand

Ein junger Alter, ein 66-jähriger Polizist, litt unter akuten Bandscheibenvorfällen und entwickelte eine ausgeprägte Glaukomerkrankung mit schwerem Visusverlust. Der Patient hatte sich darauf gefreut, sein Haus eigenhändig umbauen zu können – er war im ersten Beruf Maurer – und sich mit seiner Modelleisenbahnanlage beschäftigen zu können. Beides schien nun nicht mehr möglich. In der Übertragung auf mich war er stellenweise sehr aggressiv. Für mich kam hinzu, dass ich seine Beschäftigung mit Modelleisenbahnen und Architekturmodellen teile. So mobilisierte er in mir auch latente Altersängste, kenne ich doch einige, die bei nachlassender Sehkraft und motorischen Fähigkeiten diesem Hobby nicht mehr nachgehen konnten. Der Fall steht für viele, die eine geliebte, wesentlich zur Identität gehörende Tätigkeit nicht mehr ausführen konnten. Ein Ansprechen seines Grolls gegen mich, eine Operation des Glaukoms, die zumindest eine leichte Besserung der Sehkraft erbrachte, der Wechsel auf einen größeren Maßstab in der Modellbahn und der Umstieg auf Hörbücher und akustische Medien linderten seinen Schmerz etwas.

## Angststörungen

Ein großes Kapitel meist defizitärer medizinischer und psychosozialer Versorgung sind Angststörungen im Alter. Die Prävalenz, das heißt die Häufigkeit von Angststörungen im Alter wird unterschiedlich beschrieben: Während in der Berliner Altersstudie (Helmchen et al., 1994) bei nur 1,9 Prozent der über 70-Jährigen Ängste vorliegen, gehen zum Beispiel Andreas et al. (2016) von einer Gesamtprävalenz von Angststörungen im Alter von 11,4 Prozent aus. Die Angaben zahlreicher anderer Autoren liegen dazwischen. Angeblich leiden Frauen im Verhältnis zu Männern zwei- bis dreimal so häufig an Angststörungen (Schaub & Linden, 2000). Ob dies auch damit zusammenhängen kann, dass ein Großteil älterer Frauen bei den Hausärzten Tranquillanzien verschrieben bekommt – bis hin zur Suchtentwicklung –, während Männer immer noch eher Beruhigung im Alkohol suchen, bedarf aktueller Untersuchungen. Viele medizinische Berufe sind mit Angststörungen bei Älteren mit unterschiedlichen Facetten der Angst konfrontiert. Hiervon ist nach wie vor ein großes Kontingent bei den Hausärzten angesiedelt.

Angst im Alter ist kein monolithischer Block. Bei der Einteilung halte ich mich als Praktiker im Wesentlichen an Einteilungen von Hoffmann et al. (1999), Heuft et al. (2000) und Kipp (2004), bei denen jenseits der Einteilungen von ICD und DSM unterschieden wird zwischen der Angst bei geringerer Ichstärke und bei größerer Ichstärke. Bei geringer Ichstärke tritt die Angst demnach als präpsychotisches Moment mit der Vorstellung, verrückt zu werden, oder einer generalisierten Lebensangst auf. Bei den folgenden Ängsten sei jeweils mehr Ichstärke vorhanden:

- Angst im Kontext einer Depression, hierbei vor allem die Angst verlassen zu werden
- Phobien an der Grenze zur Realangst, zum Beispiel Sturzangst
- Angst vor Krankheit bei zunehmendem somatischen Alterungsprozess im Übergang zu somatoformen Störungen
- situativ überspitzte Ängste, zum Beispiel vor dem Zahnarzt oder vor Magen- und Darmspiegelungen
- objektbezogene Ängste, die bereits vorher bestanden

Im Kontext psychiatrischer Krankheitsbilder kann es zu unterschiedlichen Ausprägungen von Ängsten kommen (Kipp & Jüngling, 2000; Kipp, 2004): Angst vor eigenen aggressiven und sexuellen Impulsen verbunden

mit Schuldangst bei tatsächlichen oder leichten Verletzungen, apokalyptische Ängste, diffuse Ängste, die bei demenziellen Prozessen.

Selten tritt eine Angst lehrbuchartig in reiner Form auf. Bei den realen Fällen handelt es sich meistens um eine Vermischung mehrerer Aspekte und Kategorien. Deshalb werden die verschiedenen diagnostischen Aspekte den folgenden Fallgeschichten zugeordnet. Ängste können sich vermischen, vor allem, wenn man die sogenannten jungen Alten einbezieht; Ängste vor dem Alter und Angst im Alter überlagern sich dann manchmal. Häufig handelt es sich dabei um Phänomene, die die Patienten aus früheren Lebensphasen mitbringen. Ängste vor dem Alter beziehen sich auf die gravierenden Einbrüche im vierten Lebensalter mit Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit, Demenz und Verlust der Autonomie. Insbesondere in der sehr autonomieverliebten individualisierten Gesellschaft ist das für viele eine schwere prospektive Bürde. Hier sind die Grenzen zwischen pathologischer Angst und Realangst oft fließend. Nicht wenige, die im dritten Lebensalter stehen und den realen Verfall von Angehörigen erlebt haben, reagieren mit zunehmendem Alter und diskreter Zunahme eigener körperlicher Defizite entsprechend überspitzt.

#### Das Worst-Case-Szenario

(pathologische Angst, Realangst, Hypochondrie  
und Wiederholung einer alten Verletzung)

Ein 61-jähriger Klempner, mit 14 Jahren als Spätaussiedler nach Deutschland gekommen, hatte den drastischen körperlich-seelischen Verfall seines Vaters erlebt, der mit 45 Jahren an den Folgen schweren Alkoholismus verstorben war. Der Leidensweg des Vaters verlief durch etliche Entgiftungen und mündete aufgrund der körperlichen Folgeschäden in einer Odyssee durch internistische Fachabteilungen und zuletzt in einem mehr als viermonatigen Aufenthalt in einer Intensivstation. Hierbei erlebte der Jugendliche den dramatischen Verfall der Gesundheit seines Vaters. In der Folgezeit entwickelte er sich trotz mancher Rückschläge im Leben, wie zum Beispiel einer Scheidung, unauffällig. Er kaufte sich ein Haus und kümmerte sich um seine drei Kinder.

Zu einem ersten psychosomatischen Einbruch kam es bei der Umstrukturierung seines Arbeitsplatzes, wobei er von nun an unter Zeitdruck gefordert war, ausgehend von computergesteuerten Abfüllmengen und Mischungsverhältnissen in einem Bahnbetriebwerk

Tankwagen zu befüllen. In dieser Zeit nahmen hypochondrische Ängste in Bezug auf seinen Magen zu. Zwischenzeitlich stabilisierte sich die Lage erheblich, zumal er eine 50-jährige Gastronomin kennenlernte, mit der er bald eine stabile Beziehung aufbaute. Offenbar hatte die neue Partnerin einen mütterlich-stabilisierenden Einfluss auf den Patienten. Sehr bald entwickelte sie starkes Aufstoßen, das sich nach diagnostischer Abklärung als Folge eines bereits metastasierten Ösophaguskarzinoms herausstellte. Es verblieb dem Paar noch ein knappes Jahr. Kurz vor dem Tod der Partnerin heiratete er sie. Zum zweiten Mal in seinem Leben musste der Patient einen nahestehenden Menschen in den Tod begleiten. Seine eigenen hypochondrischen Ängste verstärkten sich in der Zeit nach dem Tod der Ehefrau, da sich die anfangs nur diskreten Beschwerden der verstorbenen Frau als Worst-Case-Szenario herausstellten. Die hypochondrische Angst, zuerst ihn selbst betreffend, hatte sich als Realität erwiesen. Seine nachfolgenden Symptome glichen denen einer posttraumatischen Belastungsstörung. In dieser Zeit drängte der Patient vermehrt auf Magenspiegelungen wegen Sodbrennens und der Angst, ein Ösophagus- oder Magenkarzinom zu entwickeln. Seine Störungen ließen sich in einer hochfrequenten Psychoanalyse mit supportiven Elementen allmählich lindern. Hierbei ging es um an eine posttraumatische Belastungsreaktion erinnernde Flashback-artige Erinnerungen an Szenen in der Intensivstation, aber auch um die mühsame Rückgewinnung eines basalen Sicherheitsgefühls. Hier halfen auch supportive Elemente, unter anderem die vielleicht etwas banale Formel: »Häufiges ist häufig und Seltenes ist selten.«

Eine Phobie liegt dann vor, wenn die reale Ursache der Angst harmlos ist.

Der sanfte Sturz mit weitreichenden Folgen

(Sturzangst, depressive Entwicklung, Realangst)

Herr V. ein 73-jähriger ehemaliger Sozialarbeiter, war in den letzten Jahren, auch bedingt durch eine depressive Entwicklung, immobil geworden. Jetzt wolle er eine Trendwende herbeiführen, und er kaufte sich ein neues Herrenfahrrad. Ein schwungvolles Aufsteigen wie in jungen Jahren gelang unter Mühen, war aber immer noch möglich. Als er mit dem Rad längere Strecken fuhr, fiel ihm selbst seine zunehmende Unsicherheit auf, die er aber verdrängend wegschob.