

Narzisstische Krisen in der zweiten Lebenshälfte

Marie-Luise Hermann

Zusammenfassung

Die Übergänge des Älterwerdens stellen mit dem Realisieren der begrenzten Zeit und umfassenden Adaptationsleistungen an Verluste hohe Anforderungen an das Selbst. Psychodynamische Modelle von narzisstischen Krisen Älterer und praxisbezogene Veranschaulichungen aus der Psychotherapie 50+ bilden ein Verständnis des Alterns zwischen Kränkung und Chance zur Entwicklung ab.

Schlüsselwörter

Narzissmus, Psychodynamik, Psychotherapie im Alter

Abstract: Narcissistic crisis in the second part of life

Transitions of ageing make high demands on the self by realizing the limitation of time and extensive adaptation efforts to losses. Psychodynamic models of narcissistic crises and practical illustrations of psychotherapy 50+ display a comprehension of ageing between narcissistic wound and chance for development.

Keywords

Narcissism, psychodynamics, psychotherapy for the elderly

Einleitung

Der Ausdruck »zweite Lebenshälfte« nimmt die Offenheit des Themenhefts »Übergänge« auf, umgeht dabei den unbequemen Begriff des Alter(n)s und suggeriert eine große Lebensspanne. Er impliziert ein Ganzes, auf dessen erste Hälfte zurückgeschaut werden kann und dessen zweite Hälfte sich in ideale Länge dehnt. Zur Vagheit gehört die Illusion eines langen Lebens, dessen rechnerische Mitte heute bis in die Vierziger reicht. Auch wenn der aktuelle Ort auf der Zeitachse nicht bestimmbar ist, gehört zum subjektiven Realisieren eines »jenseits der Mitte« sowohl Rückblick als auch Ausblick und die Frage nach gegenwärtigen Schwellensituationen, an denen diese dreifache Zeitlichkeit bewusst wird.

Wenn die besonderen Herausforderungen des Älterwerdens unter dem Gesichtspunkt narzisstischer Krisen des Selbsterlebens und Weltbezugs thematisiert werden, stellt sich die weniger illusorische Frage, was unter Älterwerden und Alter zu verstehen ist. Die Entwicklungspsychologie unterscheidet ein drittes Alter (60-80-Jährige) als einen für die Meisten noch überwiegend positiven und aktiven Lebensabschnitt, der positiven Stereotypen des »erfolgreichen Alterns« entspricht, vom Lebensalter des vierten Alters (80-100-Jährige), in dem Funktionsverluste die emotionale und kognitive Ich-Plastizität verringern und gesamthaft zu einer abnehmenden Lebenszufriedenheit führen, gemäß einem eher defizitären Altersbild (Baltes, 2007, S. 26ff.). In der Praxis ambulanter und stationärer Psychotherapie begegnen uns jedoch hauptsächlich die Angehörigen des »dritten Alters«, denen die Übergänge des Älterwerdens Schwierigkeiten bereiten. In der Inanspruchnahme von Psychotherapie ist bei den »jungen Senioren« (60-69 Jahre) und »mittleren Senioren« (70-79 Jahre) ein allmählicher Anstieg zu beobachten, für die »älteren Senioren« (ab 80 Jahre) bestehe jedoch weiterhin eine Diskriminierung (Peters, 2008, S. 11).

Bei spezialisierten Klinikstationen hat sich hingegen eine Öffnung Richtung Lebensmitte durchgesetzt, sodass dort in der Regel Menschen ab 50 Jahren behandelt werden. Zur besonders ausgeprägten Heterogenität des Alters als Entwicklungsphase tritt damit noch die Heterogenität der Alterskohorten hinzu: Die Generationen der »jungen Senioren« und Jüngeren haben von der Liberalisierung der Gesellschaft durch die 68er-Bewegung profitiert und stehen oftmals therapeutischer Selbstreflexion

aufgeschlossener gegenüber als ältere Jahrgänge, die meist mit dem Ausschluss persönlicher Erfahrung und emotionalem Erleben aus der Kommunikation sozialisiert worden sind. Insbesondere Männer lernten, über Gefühle *nicht* zu sprechen, von Frauen wurde erwartet, ihre Bedürfnisse zurückzustellen (Boothe & Hermann, 2011). Dies ist bei narzisstischen Kränkungen mit dem Leitaffekt der Scham besonders zu berücksichtigen.

Psychotherapie in der zweiten Lebenshälfte profitiert jedoch von der Lebenserfahrung und früheren Bewältigungskompetenz ihrer Klientinnen und Klienten. Untersuchungen wie die Eldermen-Studie bei über 60-jährigen Patienten eines Akutkrankenhauses (Schneider et al., 1999; vgl. Hermann, 2010, S. 19ff.) zeigen, dass nicht diejenigen Patienten die höchste Lebenszufriedenheit hatten, die im bisherigen Leben subjektiv *nie* mehr belastet als gefördert waren, sondern diejenigen, die in *einer* Lebensphase mehr subjektive Belastung als Förderung erlebt haben. Dies bedeutet, dass die Erfahrung, eine Krise erfolgreich bewältigt zu haben, für spätere Belastungszeiten als Ressource genutzt werden kann.