

- ▶ Wut, als Primäraffekt und Kristallisationspunkt des Aggressionstriebes, dient dazu, Frustrationen auszuschalten und Autonomie zu erhalten.
- ▶ Das Alter ist die vorletzte und nicht ausgleichende narzisstische Kränkung. Die Bewältigung psychischer und somatischer Symptome/Erkrankungen sowie die Konfrontation mit der Endlichkeit stellen den alten und hochbetagten Menschen oft vor eine unlösbare Aufgabe.
- ▶ Eine psychosoziale Begleitung und eine psychotherapeutische Beziehung ermöglichen es, die destruktiven Kräfte zu besänftigen, und unterstützen die Erhaltung der Autonomie.



# Aggression im Alter aus psychoanalytischer Sicht

Zur Klärung der Begriffe Aggression und Affekte, die daran beteiligt sind, ist es zunächst erforderlich, sich an Definitionen zu orientieren.

## Aggression, Aggressivität

Aggression leitet sich vom lateinischen Wort „aggredior – aggredi“ ab und bedeutet ursprünglich Herangehen (im Sinne von Annähern) und Angreifen (im Sinne von Berühren, aus dem später Be greifen wird). Erst im Laufe der Zeit beinhaltet der Begriff Aggression manifestes oder latentes Angriffsverhalten und Aggressivität, eine feindselige Eigenschaft oder Einstellung.<sup>1</sup>

Unter Aggressionen oder Aggressivität versteht man die „Tendenz oder die Gesamtheit von Tendenzen, die in realen oder fantasierten Verhaltensweisen aktualisiert werden und darauf abzielen, den anderen zu schädigen, ihn zu vernichten, zu zwingen, zu demütigen usw. Es gibt keine Verhaltensweise, weder eine negative noch eine positive, noch eine effektiv ausgeführte, die nicht aggressiv sein könnte. Die Aggression zeigt ein komplexes Spiel ihrer Mischung und Entmischung mit der Sexualität“.<sup>2</sup>

## Triebe

Freud postulierte einen Triebdualismus, einerseits Lebenstriebe (Eros), andererseits Todestriebe (Thanatos). Die Triebenergie der Lebens- und Sexualtriebe bekam den Namen Libido, auf der Seite der Todes-

triebe spricht man von aggressiven Trieben.<sup>3</sup>

Verhaltensweisen und Einstellungen einer Person sich selbst oder anderen gegenüber, wie Liebe oder Hass, dürfen jedoch nicht mit den Konzepten gleichgesetzt oder verwechselt werden. Unter Trieb verstehen wir nichts anderes als die psychische Repräsentanz einer kontinuierlich fließenden innersomatischen Reizquelle.<sup>4</sup>

## Affekte

Affekte sind die Bindeglieder oder Brücken zwischen den biologischen Instinkten und den psychologischen Trieben. Die Affekte sind auch die Bausteine der Triebe. Affekte sind überdies Motivationsysteme und schließlich Signale und Anzeiger der Aktivierung der Triebe am Ende der psychischen Entwicklung (Abb. 1).<sup>5</sup>

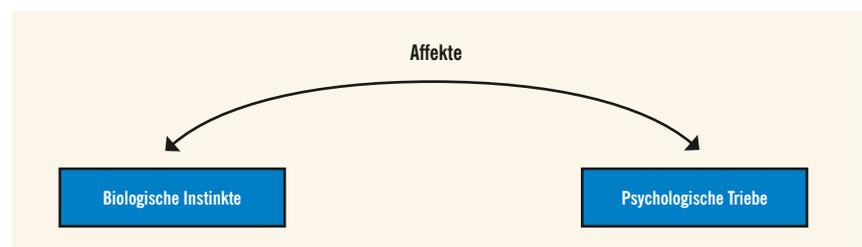
Affekte werden als komplexe psychische Phänomene betrachtet. Sie umfassen Empfindungen und Vorstellungen von Lust, Unlust oder beidem. Affekte sind Reaktionen auf eine Wahrnehmung ei-



**Prim. Dr. Christian Jagsch**  
Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, Landeskrankenhaus Graz Süd-West, Standort Süd

nes inneren Vorganges, der durch ein äußeres Ereignis ausgelöst wird.<sup>4</sup>

Im Rahmen der psychischen Entwicklung werden in der direkten Beobachtung verschiedene Affekte differenziert. Affekte wie Interesse, Erregung und Freude sind von Geburt an vorhanden. Ekel oder Abscheu, Traurigkeit und Verzweiflung oder psychischer Schmerz werden in den ersten 6 Lebensmonaten ausgebildet. Zwischen dem 6. und 12. Lebensmonat kommen Ärger, Verachtung, Furcht und Scham hinzu.<sup>6</sup>



**Abb. 1: Bindeglied Affekt**

Am Gesichtsausdruck oder an der Stimme wahrnehmbare Affekte können aus einem hierarchischen Organisationschema der Triebe abgeleitet werden. „Affekte sind meiner Meinung nach die psychischen Repräsentanzen von hierarchisch geordneten, zielorientierten Motivationssystemen, die über körperinnere Signale und Reize aus der Außenwelt aktiviert werden. Begriffe wie Affekt, Gefühl, Empathie können danach eingeteilt werden, welche der folgenden Komponenten beziehungsweise Module beteiligt sind. Beim Affekt sei das limbische System beteiligt ohne höhere kognitive Funktionen. Beim Gefühl käme die bewusste Wahrnehmung hinzu. Erst bei der Empathie wäre die sprachliche Benennung sowie die Zuordnung zu einem Objekt oder zum Selbst möglich“ (Abb. 2).<sup>7</sup>

Man unterscheidet Primäraffekte wie Freude, Trauer, Wut, Ekel, Überraschung, Furcht und Verachtung. Zu den komplexen, kognitiv differenzierten Affekten, die auch als Emotionen oder Gefühle bezeichnet werden, zählen zum Beispiel Ärger, Angst und Stolz. Einer Untergruppe, auch als selbstreflexive Affekte bezeichnet, werden Scham und traumatische Angst zugeordnet.<sup>7</sup>

Im Laufe der Entwicklung werden Subjektrepräsentanzen mit Objektrepräsentanzen über einen zugehörigen Affekt verbunden und abgespeichert. Dieser Komplex ist weitgehend unbewusst und wird durch einen äußeren Reiz im Hier und Jetzt reaktiviert, der Affekt zeigt als Signal oder Anzeiger die Aktivierung an. Nach und nach wird eine komplexe Welt von teils angenehm, teils unangenehm getönten verinnerlichten Objektbeziehungen entstehen, die sich an den zwei Triebsträngen Lebens- oder Sexualtriebe und aggressive Triebe anordnen. In unterschiedlichen Situationen kommt es auch zu einer Mischung der beiden Stränge, zum Beispiel beim Sadomasochismus.

Ziel einer guten Integration und Entwicklung ist eine Objektkonstanz, die es ermöglicht, eine „Sowohl als auch“-Position einzunehmen; das Objekt ist sowohl gut als auch böse und nicht nur eines davon (Abb. 3).

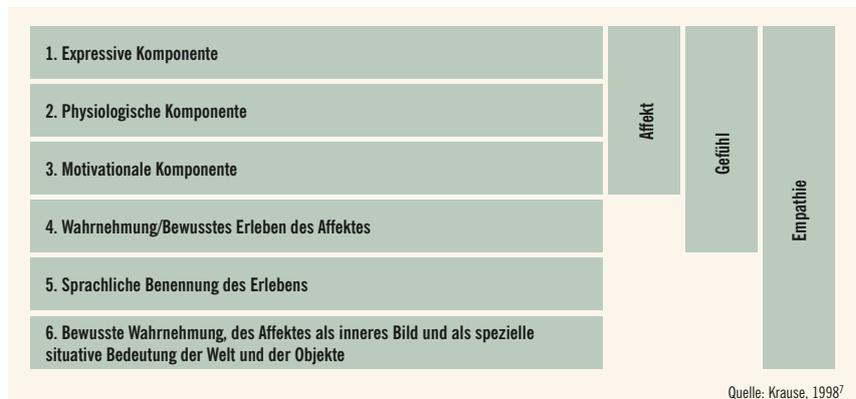


Abb. 2: Das Affektsystem



Abb. 3: Verbindung von Subjekt- und Objektrepräsentanzen durch Affekt

Affekte dienen der Verhaltensökonomisierung, der innerartigen Schadensminimierung, dem Bewusstwerden von Intentionen und der Objektbeziehungsregulierung.<sup>7</sup>

### Wie aggressive/destruktive Affekte herleiten und verstehen?

Wut, als Primäraffekt, wird zum Kristallisationspunkt des Aggressionstriebes, andere universell vorhandene aggressive Affekte sind Neid, Ekel, Abscheu und Verachtung.

In der klinischen Arbeit können wir verschiedene Abstufungen beobachten, wie Gereiztheit, als leichter aggressiver Affekt, oder Ärger, der intensiver ist als Gereiztheit und gewöhnlich differenzierter in seinem kognitiven Inhalt und in der Art der aktivierten Objektbeziehung, und schließlich eine voll ausgeprägte Wutreaktion.

Die ursprüngliche Funktion der Wut ist, eine Quelle von Schmerz oder Irritation auszuschalten, in weiterer Folge Behinderungen oder Begrenzungen, die die Erlangung einer Befriedigung behindern, aus dem Weg zu räumen. In späteren Entwicklungsstadien dient die Wut der Erhaltung der Autonomie und dem Aus-

schalten von Frustration. Der Hass ist der komplexeste und höchstentwickelte Affekt des Aggressionstriebes, er ist der Kernaffekt von schweren psychopathologischen Störungen und zeigt sich stark im Charakter verankert.<sup>5</sup>

### Exemplarische Konstellationen und Begebenheiten

Exemplarisch möchte ich einige Konstellationen und Begebenheiten anführen, in denen frühere Subjekt-Objekt-Beziehungen mit aggressiven Affekten reaktiviert werden, mit dem Ziel, Frustrationen und Unlustgefühle zu beseitigen oder auch die Autonomie zu verteidigen.

### Beschämungen, Bedrohung und verschiedenste Gewaltformen im Alltag

Ältere Menschen werden in unserer Gesellschaft bewusst oder auch unbewusst in vielen Lebensbereichen an den Rand gedrängt, ausgeschlossen oder gar nicht mehr wahrgenommen. Man sieht diese Phänomene im sozialen Bereich wie bei Beeinträchtigungen des Lebensraumes (Wohnen, Privatsphäre, finanzielle Bevormundung, Behandlung bei Ämtern und Behörden), im medizinischen Be-

reich (Vorenthalten von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen oder auch unangemessene Anwendung) bis hin zu körperlichen Übergriffen im privaten und öffentlichen Raum.<sup>8</sup>

Viele ältere und hochbetagte Menschen ziehen sich zurück in die Isolation, werden psychisch und/oder somatisch krank oder zeigen eben ein Abwehrverhalten, um ihre Autonomie zu wahren, was oft nicht verstanden wird.

### **Reaktivierung alter Traumatisierungen/ Verletzungen, Retraumatisierungen**

Traumatische Inhalte können im Alter reaktiviert werden durch auftretende Verluste und Belastungen, Verringerung der von außen kommenden Anforderungen (z. B. Beruf, Familie), verstärkte „reminiszierende“ Hinwendung zu früheren Lebensphasen, Gefühl des „Ausgeliefertseins“, Unrechtserfahrungen und Sinneseindrücke (z. B. Uniformen, Sirenenprobealarm). Von Retraumatisierung spricht man, wenn ein neuerliches Trauma das traumatisierende Erleben von damals wieder aktiviert.<sup>9</sup>

### **Somatische Erkrankungen, vor allem Schmerzen**

Älter werdende Menschen leiden vermehrt unter somatischen Erkrankungen, hochbetagte oft unter mehreren gleichzeitig (Multimorbidität). Besonders wenn chronische Schmerzen plagen und nicht adäquat behandelt werden können, kann man eine chronische Gereiztheit und einen Ärger gepaart mit Verzweiflung und Ausweglosigkeit beobachten, was auch in eine depressive Verstimmung mit beginnender Selbstdestruktion führen kann. Der Schmerz und das Leiden können von einem selbst und auch von den anderen (Ärzte, Pflege, Partner) nicht ausgeschaltet werden.

### **Depressionen und narzisstische Krisen mit möglichem Suizid**

Die männliche Depression ist, wie viele Untersuchungen zeigen, von einem gereizten, ärgerlichen Affekt und einem impulsiven, mitunter abweisenden Verhal-

ten geprägt. In den letzten Jahren wurde ganz klar eine deutlich erhöhte Suizidrate bei Männern über 75 Jahren festgestellt.<sup>10</sup> Seit Sigmund Freuds Arbeiten wird als selbstverständlich vorausgesetzt, dass der suizidgefährdete Mensch seine aggressiven Impulse in kritischen Situationen nur durch eine Wendung gegen die eigene Person abführen kann.<sup>11</sup>

Auch in den Arbeiten von Erwin Ringel wird im präsuizidalen Syndrom – neben der Einengung und Suizidfantasien – die Aggressionsumkehr als wichtiges Merkmal hervorgehoben.<sup>12</sup>

Die weitere Forschung zum Thema aggressive Impulse und Suizidalität ergab, dass überdies eine spezifische Selbst-Objekt-Konstellation vorliegen muss. Diese ist gekennzeichnet durch stark unterdrückte aggressive Impulse im zwischenmenschlichen Bereich, bedingt durch ein Ich-Ideal und ein strenges Über-Ich, die den Impulsen nicht erlauben, nach außen zu gelangen, da sonst die fragile narzisstische Position erschüttert werden würde.<sup>13</sup>

Sigmund Freud meinte: Das Sterben bzw. der Tod ist die größte und letzte narzisstische Kränkung des Menschen.<sup>14</sup> Hartmut Radebold ergänzte, dass das Alter die vorletzte und nicht auszugleichende narzisstische Kränkung sei.<sup>15</sup>

### **Verlust der kognitiven Kontrolle und Verhaltensstörungen bei Demenz**

Im Rahmen von Demenzerkrankungen kommt es zu einem Verlust von Nervenzellen und Synapsen, die objektivierbar zum Verlust der Lernfähigkeit führen, Vergessen und Löschen von Erinnerungen bewirken und affektive Entgleisungen, auch mit aggressiven Impulsen und Fehlhandlungen, zur Folge haben. Als Ursache wird eine Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen mit Störung der kognitiven Kontrolle vermutet.

Aus psychoanalytischer Sicht stellt der Verlust der kognitiven Funktionen eine Regression dar, in der reife Abwehrmechanismen zugunsten primitiver Abwehrmodi aufgegeben werden.<sup>15</sup> Zu Beginn einer demenziellen Entwicklung ist das Selbstkonzept noch erhalten, die

kognitive Beeinträchtigung wird bewusst erlebt und kann zu Verzweiflung, Ärger und Wut führen.

Von Seite der Validation werden Verhaltensstörungen wie Schreien, Unruhe und Aggressivität als Ausdruck einer Lösung existenzieller Konflikte gesehen. Im Angesicht des Todes müssen vom alten Menschen sich aufdrängende und nicht bewältigte Konflikte reguliert werden. Man kann dies als Reinszenierung verstehen, da aufgrund kognitiver und mnestischer Defizite eine eingeschränkte Lösungskapazität vorliegt.<sup>16</sup>

### **Schizophrenie, schizoaffektive Störungen und wahnhaftige Störungen**

In einer eigenen Untersuchung an 210 Patienten über 65 Jahre mit Schizophrenie, schizoaffektiver Störung und wahnhafter Störung konnten wir bei einem Drittel unserer Patienten aggressives Verhalten gegen andere als Grund für die Akutaufnahme identifizieren. Als zugrunde liegende Ursachen konnten Beeinträchtigungen in der Nähe-Distanz-Regulierung, wahnhaftige Überzeugungen gepaart mit Ängsten und Verfolgungs- und Beeinträchtigungsgefühle durch Halluzinationen festgestellt werden.<sup>17</sup>

### **Persönlichkeitsstörungen**

Bei Persönlichkeitsstörungen mit ausgeprägter affektiver und impulsiver Symptomatik, wie bei histrionischen, narzisstischen, vermeidenden, abhängigen, dissozialen Persönlichkeiten und Borderline-Störungen, konnte im höheren Lebensalter ein Rückgang der Impulsivität und Aggression beobachtet werden. Hingegen zeigte sich bei zwanghaften, paranoiden, schizoiden und schizotypen Persönlichkeitsstörungen mit Überkontrolle von Affekten ein unverändertes klinisches Bild oder auch eine Verschlechterung mit Rigidität und Misstrauen.<sup>18</sup> Jedoch ist zu bemerken, dass insbesondere die Frühstadien demenzieller Veränderungen kaum von einer Akzentuierung oder Exazerbation einer vorbestehenden Persönlichkeitsstörung unterschieden werden können.<sup>19</sup>

Bei leichten Formen des Hasses geht es vorwiegend darum, ein Objekt zu beherrschen, eine Macht über das Objekt zu erlangen. Ausgeprägter kann man Hass in Form von bewussten und unbewussten sadistischen Wünschen begegnen; diese Personen können Objekten Leid zufügen wie bei sadistisch-sexuellen Handlungen, wollen jedoch die Beziehung zum gehassten Objekt erhalten.

Hass in seiner extremsten Form zeigt sich in einer radikalen Entwertung des Objektes oder auch Vernichtung des Objektes, wie bei realer Tötung bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen.<sup>5</sup>

### Suchterkrankungen im Alter

Im Rahmen von Alkoholintoxikationen mit Enthemmung sowie bei schweren

Entzügen mit Delir kommt es häufig zu aggressiven Übergriffen auf andere Personen mit Eskalation in Pflegeheimen und Akutaufnahmen in Krankenhäusern. Die schließlich oft erforderliche Behandlung in einer Akutpsychiatrie wird durch die Multimorbidität und die eingeschränkte Verträglichkeit mancher Medikamente zu einer Herausforderung. ■

<sup>1</sup> Hacker F, Aggression. Rowohlt Repertoire, ursprünglich Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1973

<sup>2</sup> Laplanche J, Pontalis JB, Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1973

<sup>3</sup> Freud S, Triebe und Triebchicksale. GW, Band X, Fischer Verlag, 1968

<sup>4</sup> Schuster P, Springer-Kremser M, Bausteine der Psychoanalyse. WUV Studienbücher, 1997

<sup>5</sup> Kernberg O, Wut und Hass. Klett-Cotta, Stuttgart, 1997

<sup>6</sup> Stern D, Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart, 1992

<sup>7</sup> Krause R, Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2. Kohlhammer, Stuttgart 1998

<sup>8</sup> Hirsch RD, Traumatisierungen. Psychotherapie im Alter, Psychosozial Verlag 3/2004

<sup>9</sup> Tagay Set al., Posttraumatische Belastungsstörungen alter Menschen. Psychotherapie 2009; Bd. 14

<sup>10</sup> Kapusta ND, Etzersdorfer E, Sonneck G, Männersuizid in Österreich. Suizidprophylaxe 2008

<sup>11</sup> Freud S, Trauer und Melancholie. GW, Band X, Fischer Verlag, 1968

<sup>12</sup> Ringel E, Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Maudrich, Wien/Düsseldorf 1953.

<sup>13</sup> Hensele H, Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Westdeutscher Verlag, 4. aktualisierte Aufl., 2000

<sup>14</sup> Freud S, Zeitgemäßes über Krieg und Tod. GW, Band IX, Fischer Verlag, 1968

<sup>15</sup> Radebold H, Psychoanalytische Psychotherapie und Psychoanalyse im

höheren und hohen Erwachsenenalter. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis 4, 1994

<sup>16</sup> Feil N, Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Ernst Reinhard Verlag, 2005

<sup>17</sup> Jagsch C et al., Erkrankungen des schizophränen Formenkreises bei älteren Patienten – Analyse der Aufnahmegründe in einer Abteilung für Alterspsychiatrie. Z Gerontol Geriatr 2018; 51:206

<sup>18</sup> Solomon K, Personality disorders in the elderly. In: Lion JR, Personality Disorders, Diagnosis and Management. Baltimore, Williams & Wilkins, 1981

<sup>19</sup> Oxman TE, Ferrel RB, Personality disorders. In: Busse, Ewald W, The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry. APP, 2004