

# Suizidalität im Alter – Erkennen, verstehen, behandeln

Vortrag auf der Psychiatrietagen „Auswege? Suizidalität und Doppeldiagnosen“,  
Königsutter 21.11. 2018

**Prof. Dr. med. Reinhard Lindner**  
Institut für Sozialwesen  
Universität Kassel

Lindner R, Fiedler G (2014). Studien zur Suizidalität Älterer. Psychotherapie im Alter 11 (1): 83-100

## **Suizidalität im Alter – Erkennen, verstehen, behandeln**

Suizid, Lebensmüdigkeit, Suizidalität und Suizidversuche im allgemeinen erkennen, verstehen und behandeln

### Erkennen

Warum kommen so wenig suizidale Ältere in professionelle Behandlung?

Depression und Suizidalität im Alter

### Verstehen

Geschlechtsspezifische Dynamiken bei alten Männern

Interaktionsmuster suizidaler geriatrischer Patienten

### Behandeln

Eine Psychotherapie nach Suizidversuch

Prinzipien der psychodynamischen Psychotherapie bei Suizidalität im Alter

## Allgemeine Definitionen

**Lebenssatttheit** – Zufrieden mit dem Erlebten und Erreichten, auch dem Sterben gegenüber ohne Groll: C'est ici ou j'attends la mort sans la desire ni la craindre (Es ist hier, wo ich den Tod erwarte, ohne Verlangen und ohne Furcht)

**Lebensmüdigkeit** – Wunsch, zu sterben, ohne eigene Aktivität: „Abends einschlafen und nicht wieder aufwachen“

**Suizidalität:** Alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf Tötung des eigenen Lebens ausgerichtet sind. Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch verzweifelt über sich selbst, sein eigenes Leben ist und keine Hoffnung und Perspektiven sieht

**Distanziert** –auch ohne Behandlung ist kein bedrohlicher Handlungsdruck zu erwarten

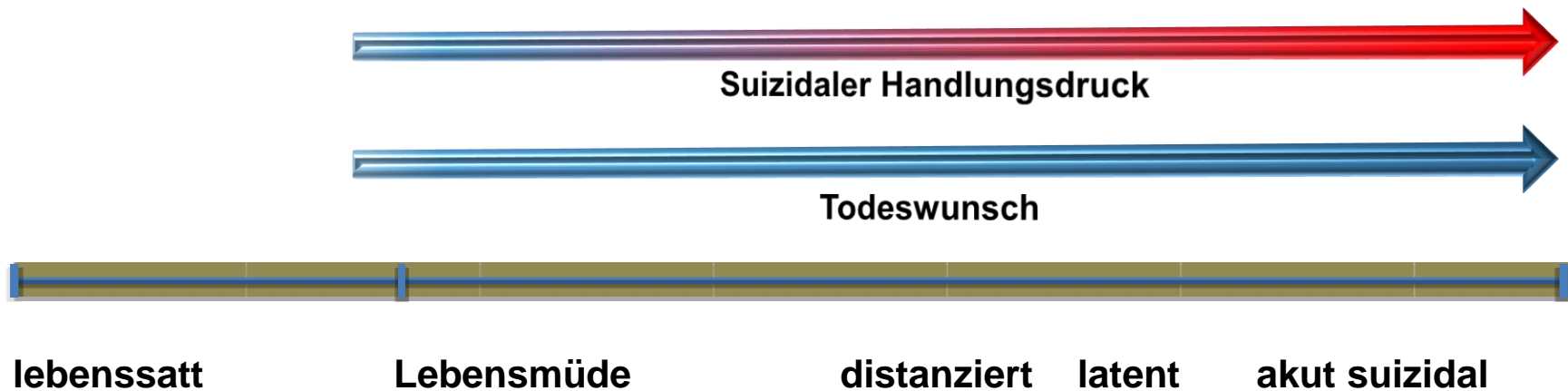
**Latent** - ohne Behandlung ist bei (erneuter) Belastung ein bedrohlicher Handlungsdruck zu erwarten

**Akut** - aktuell besteht ein bedrohlicher Handlungsdruck

## Suizid – durchgeführte Selbsttötung

**Gerisch** et al. 2000 in: Kimmerle G. (Hrsg.) *Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung*, Tübingen: Edition Discord, S. 9-64, **Lindner** 2006 *Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Studie*, Gießen: Psychosozial-Verlag

## Zusammenhang von Suizidalität und Handlungsdruck



## Was ist Suizidalität? Verstehen - Epidemiologie 2015

10.080 Menschen starben in Deutschland im Jahr 2015 durch **Suizid**. (7.398 Männer und 2.682 Frauen). Die Suizidrate (d.h. der Anteil der Suizide auf 100.000 Einwohner) beträgt 12,3 (18,4 bei den Männern und 6,5 bei den Frauen).

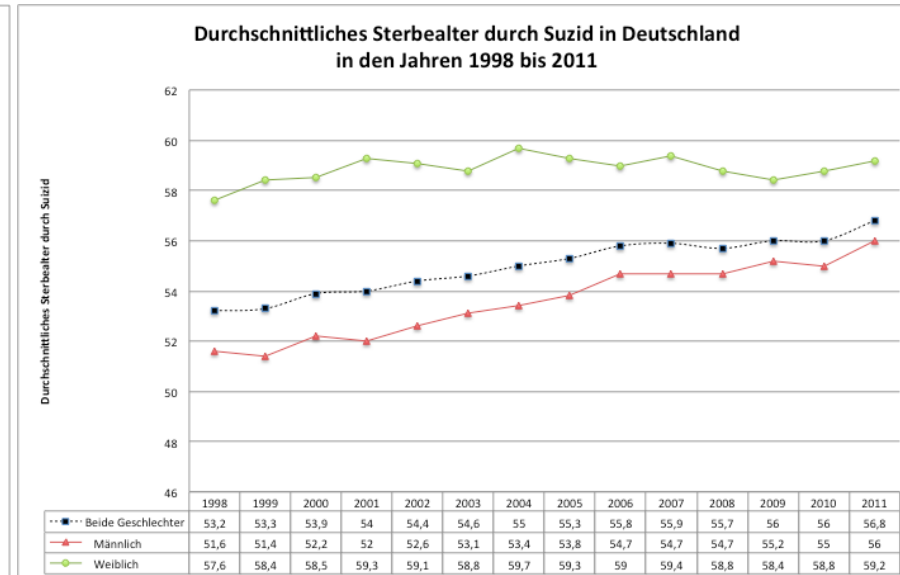
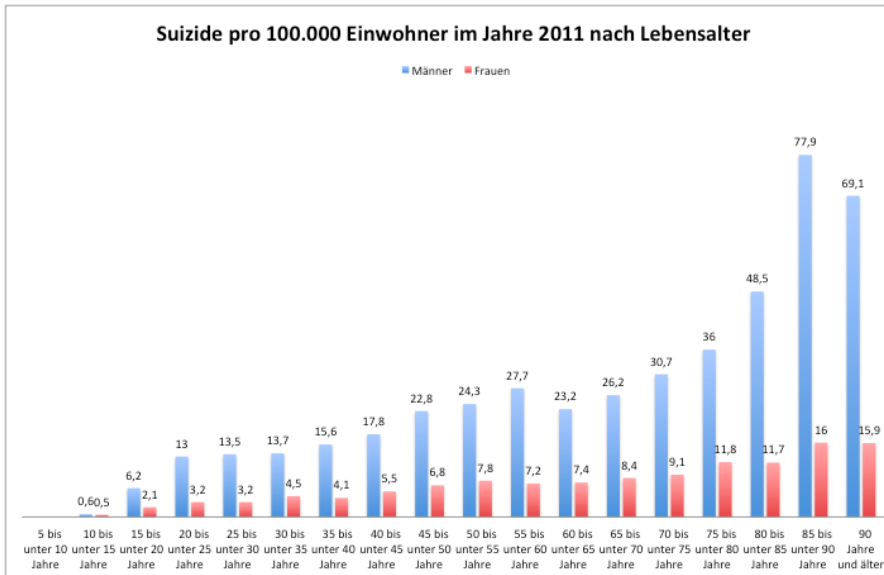
Weit über 100.000 Menschen begingen im Jahr 2011 einen Suizidversuch

Weit über 60.000 Menschen verloren im Jahr 2011 einen ihnen nahestehenden Menschen durch Suizid. Nicht selten benötigen auch sie Unterstützung

In Deutschland sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und Aids zusammen

Daten: Statistisches Bundesamt (2012)

# Epidemiologie Suizid



Der Suizid trägt die Handschrift des Alters

Jede zweite Frau, die sich in Deutschland suizidiert ist über 60 Jahre alt

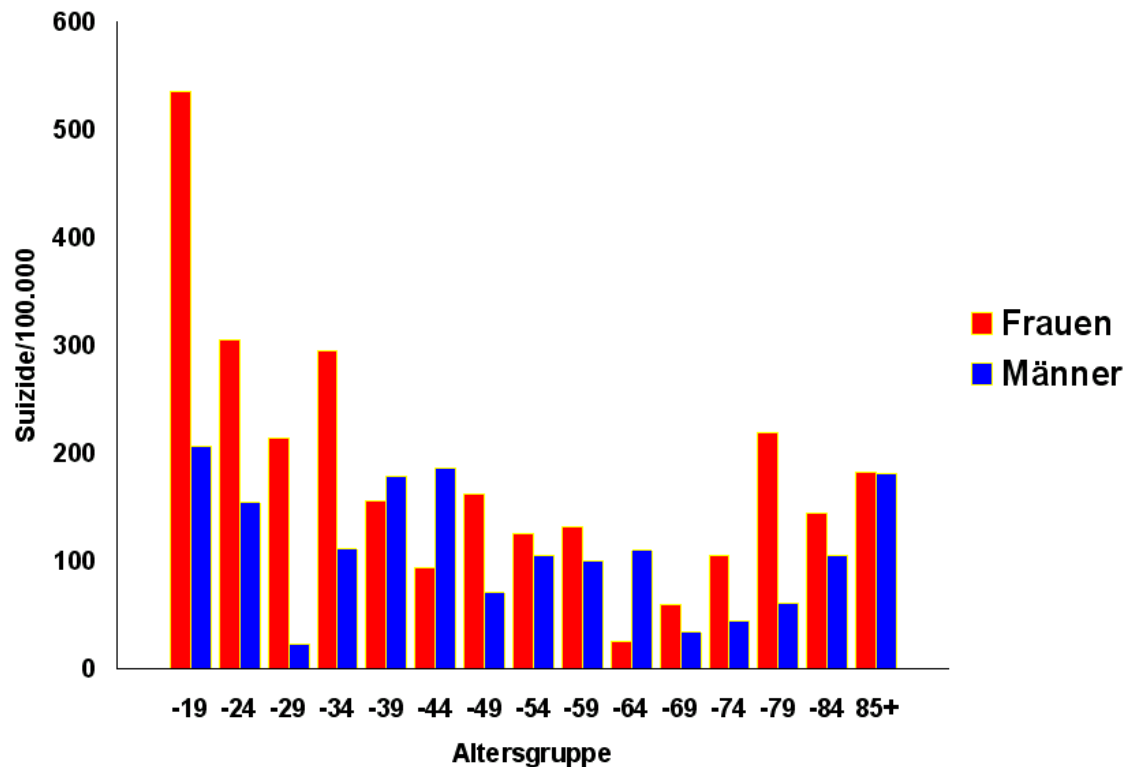
Das durchschnittliche Sterbealter durch Suizid steigt an

Fiedler (2012) Suizide in Deutschland

## Epidemiologie Suizidversuche



### Suizidversuchsraten in Deutschland (WHO-Erfassungsgebiet Würzburg: 2002)



## Epidemiologie

### Häufigkeit von Suizidalität und Suizidversuchen

#### Lebenszeitprävalenz - Suizidideen und Suizidversuche

Diagnosegruppen	n	ideen	Versuche
Major Depressive Episode	2897	26,20%	8,36%
Dysthymie	958	30,70%	10,12%
Generalisierte Angstörung	556	31,90%	12,01%
Soziale Phobie	386	23,00%	7,60%
Spezifische Phobie	945	18,30%	5,11%
PTSD	411	32,90%	10,73%
Agoraphobie	176	19,40%	10,10%
Panikstörung	350	23,70%	10,00%
Alkoholmissbrauch	496	16,20%	5,43%
Alkoholabhängigkeit	143	27,80%	11,62%

Bernal M. Haro et al. (2007) Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study, J Affect Dis 1001: 27-34, Zitiert nach Wolfersdorf (2011)



## **Was ist Suizidalität? Erkennen**

# **Ein Zustand einer extremen psychischen Krise**

Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit, Sinnlosigkeit, Scham- und Schuldgefühle, Ärger, Wut

# **Ein Zustand der Ambivalenz**

Es geht nicht darum, unbedingt zu sterben, sondern nicht zu wissen, wie man weiterleben kann

# **Ein interaktionelles (Beziehungs-)Geschehen**

Kann bei anderen Alarmierung, Fürsorge, Angst, Scham, Schuld, Ärger, Wut, Inkompetenz ... auslösen

**Lindner R et al. (2003) Dtsch Ärztebl 100: A 1004 – 1007**

## Was ist Suizidalität? Erkennen

Suizidalität ist wechselhaft, sowohl in ihrer Akuität, als auch ihrer Präsenz im Bewusstsein

Kein Suizidaler ist immer gleich suizidal

Die Gefahr geht nicht von den suizidalen Gedanken, sondern von suizidalen Handlungen aus. Der Handlungsdruck ist entscheidend

Wie viel *Spielraum* hat der Suizidale gegenüber seinen Suizidgedanken?

Suizidalität kann bewusst verborgen werden

Verbindung zum Beziehungsaspekt der Suizidalität

## Was ist Suizidalität Erkennen

### Verbal

Direkte Ansprache der eigenen Suizidalität, der Verzweiflung, des inneren Handlungsdrucks, der bewussten Auslöser

Indirekt verbale Hinweise, gedrückte Stimmung, Schweigsamkeit, Gedanken übers „Aussteigen“, „Weit weg sein“, Todeswünsche, Aussichts- und Hoffnungslosigkeit

Klagen über unspezifische Störungen

### Nonverbal

Psychosozialer Rückzug

Alkoholabusus

Männer: Vermehrt aggressiv, Streit, gewalttätige Auseinandersetzungen

## **Was ist Suizidalität**

### **Psychodynamisches Verstehen von Suizidalität**

Die meisten bewussten **Auslöser der Suizidalität** (Trennungen, Verluste, Kränkungen, das Erleben schwerer körperlicher Erkrankungen und ihre Folgen)

zu einer **Lockerung von Abwehrformen**, die bisher ausreichend gut wirkten

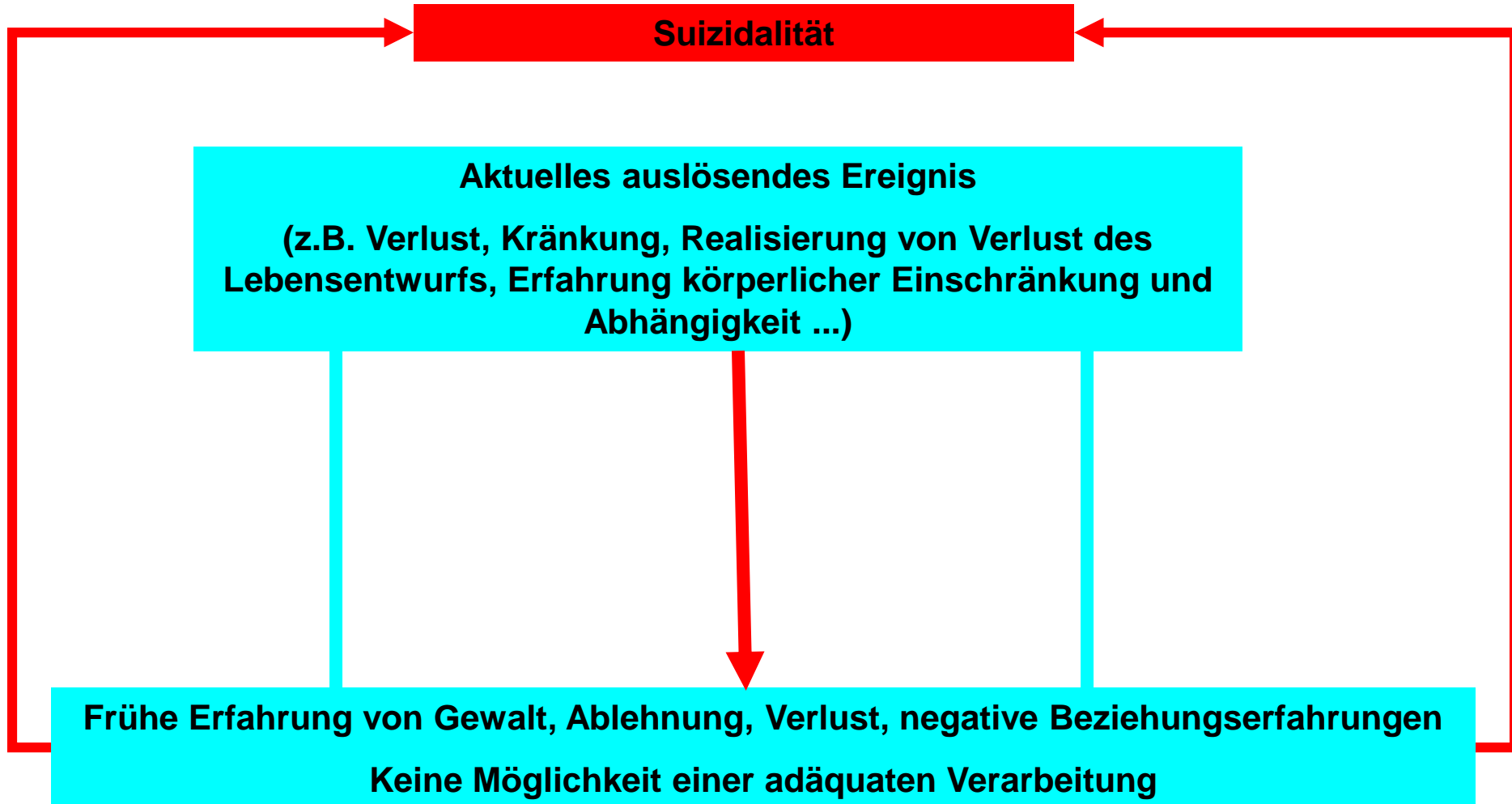
und zu einer **Reaktualisierung intrapsychischer Konflikte** um Aggression und um Autonomie

sowie zu einer **Reaktualisierung konflikthafter Beziehungserfahrungen**,

verbunden mit großer **Hilflosigkeit** und einem starken **Handlungsdruck**

Gerisch et al. 2000, Lindner et al. 2014

## Ein vereinfachtes Modell von Anlass und Ursachen suizidalen Erlebens und Verhaltens



## Grundelemente einer suizidpräventiven Haltung

Die suizidale Person ernst nehmen

Sich professionell zur Verfügung stellen

Die eigenen Grenzen kennen

Sich ggf. Hilfe holen - Supervision

Ein Verständnis der suizidalen Dynamik suchen

Herausforderndes und rollenunübliches Verhalten aushalten und professionell begegnen

Wahrheiten aushalten und ansprechen

Eine Aufmerksamkeit für Enttäuschungen und Kränkungen entwickeln

Die Suizidalität der Person nicht „wegnehmen“ wollen

Sich als unvoreingenommen, akzeptierend, unabhängig und belastbar erweisen

## **Suizidalität im Alter**

### **Erkennen**

Warum kommen so wenig suizidale Ältere in professionelle Behandlung?

Depression und Suizidalität im Alter

### **Verstehen**

Geschlechtsspezifische Dynamiken bei alten Männern

Interaktionsmuster suizidaler geriatrischer Patienten

### **Behandeln**

Eine Psychotherapie nach Suizidversuch

Prinzipien der psychodynamischen Psychotherapie bei Suizidalität im Alter

## Erkennen

### Warum kommen so wenig suizidale Ältere in professionelle Behandlung?

#### Formen des psychosozialen Rückzugs

Forschungsfrage: Welche Übertragungsangebote (i.S. eines Beziehungsangebots) liegen bei suizidalen Älteren vor, die sich nicht wegen ihrer Suizidalität in Behandlung begeben wollen?

Material: Tiefeninterviews mit 30 Personen, Durchschnittsalter 76 Jahre

Methode: Verstehende Typenbildung

#### Ergebnisse:

Konflikt zwischen Fusionswünschen und Ängsten, aufgesogen und dann ausgestoßen zu werden („Koste es mein Leben, ich will unabhängig bleiben“)

Ein überwältigend-aggressives Verhalten dient der Abwehr unbewusster Bedrohungs- und Ausschlusserfahrungen

Ein „reibungloser“ Kontakt führt zur Vermeidung von Gespräch über Ängste, Befürchtungen und suizidale Pläne aus einer Abwehrunbewusster Enttäuschungswut heraus (nur in der Gegenübertragung spürbar)

Angst, belastende Gefühle von Schuld und Verlust wieder erleben zu müssen



## **Erkennen Depression und Suizidalität im Alter**

Evaluation eines strukturierten Interviews zur Suizidalität Älterer mit SCL-90 R  
und Studie zur Suizidalität in der Geriatrie mit HADS

Ergebnisse: Signifikante Unterschiede zwischen Suizidalen in Behandlung und Suizidalen, die nicht in Behandlung waren im Global Severity Index in den Skalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Aggressivität/Feindseligkeit“ und „Paranoides Denken“

Wer nicht in Behandlung kommt neigt zu

- Rückzug aus paranoider Angst vor Vereinnahmung und Bevormundung
- Rückzug aus Angst vor zerstörerischer Abhängigkeit und Autonomieverlust
- Rückzug aus Angst vor Reaktualisierung negativer emotionaler Erfahrungen in der Therapie

### **Depressivität im HADS**

Depressivität suizidaler geriatrischer Patienten: Mittelwert 17.3

Depressiver nicht-suizidaler Kontrollen: Mittelwert 6.1

(Altenhöfer et al. 2008, Lindner et al. 2014)

## **Verstehen**

### **Dynamik bei alten Männern**

Forschungsfrage: Wie unterscheiden sich suizidale alte Männer von jüngeren Männern hinsichtlich Psychodynamik der Suizidalität?

Methode und Material: Systematischer Fallvergleich von Fallberichten über die ersten fünf psychodyn. Psychotherapiestunden bei fünf älteren Männern (>60Jahre) gegenüber 20 jüngeren Männern (Altersmittel 37 Jahre)

### **Ergebnisse:**

Alte Männer in langen, konfliktreichen Beziehungen zu Partnerinnen und Kindern

Suizidale Dynamik weist auf lebenslange intrapsychische Konflikte um Fusions- und Abgrenzungswünsche, Identität und Selbstwert

Zentrale Rolle körperlicher Alterungsprozesse und Erkrankungen im suizidalen Erleben mit Lockerung einer Abwehr, wodurch Neid, Aggression, aber auch Leere und Unsicherheit erlebt werden

Spezifische Übertragungsmuster i.S. der „umgekehrten Übertragung“ vorhanden

## **Interaktionsmuster bei suizidalen geriatrischen Patienten**

Innerhalb idealtypischer Interaktionsmuster von 76 Patienten eines gerontopsychosomatischen Konsil-/Liaisondienstes in einer geriatrischen Akut-Klinik wurden diejenigen Interaktionsmuster identifiziert, die besonders häufig bei suizidalen Patienten vorkamen

### **Ergebnisse**

#### **Idealtyp „Ich brauche andere, aber ich kann die Auslieferung an sie nicht ertragen“**

Patientin wirkt depressiv, verzweifelt, suizidal, aber auch schwer zugänglich. Sie möchte sich entlasten, über sich nachdenken, hat aber zugleich Angst, die Autonomie zu verlieren, hilflos, beschämt und ohnmächtig zu sein. Der Körper ist dabei destabilisierender Faktor einer leistungsbetonten Abwehr. Konflikte können angesprochen werden

#### **Idealtyp „Enttäuschung im Kontakt“**

Die Patientin zieht sich von allem auf Station zurück, bleibt aber anspruchlich und ärgerlich. Die Professionellen halten sie für „unmotiviert“ und werden ob der Passivität ärgerlich. Die Angst vor Ablehnung und Abhängigkeit verhindert auch einen therapeutischen Zugang

## **Behandeln**

### **Psychotherapie nach Suizidversuch bei einer 91jährigen Patientin**

Frau A., 91 Jahre, verwitwet, allein lebend

Suizidversuch mit Tabletten in einem Entscheidungskonflikt zwischen einem Verbleib in ihrem großen Haus und der Aufnahme bei ihrem Sohn und (neuer) Schwiegertochter (mit deren Mutter) in einem anderen Ort

Niedrigfrequente tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (50 min, alle **vier** Wochen) über drei Jahre

**Psychodynamische Überlegungen:** Suizidalität als **Reinszenierung eines lebenslangen Abhängigkeits-Autonomiekonfliktes**, der zunächst aggressiv-autodestruktiv agiert werden musste, weil jede autonome Lösung (Distanzierung zum Sohn) als hochgradig böse phantasiert wurde. Weitere Hypothese: die Ablösungsbewegungen des Sohnes wurden als ein **Verlassenwerden** erlebt, das im Rahmen eines depressiv-suizidalen Modus die „Wendung nach Innen“ auslöste. Die therapeutische Beziehung hingegen, bot die Möglichkeit, **„Eigenmächtigkeit“** über die Gestaltung der Frequenz und der Nähe im Gespräch zu erleben und doch **zugleich eine kontinuierliche und verlässliche Beziehung**

## Grundlagen

### Psychodynamische Behandlungsprinzipien der Suizidalität im Alter

Genauere Reflektion der Gegenübertragungsaggression

Identifikation mit dem Todeswunsch des Patienten i.S. einer Kollusion mit dessen Rache- oder Tötungswünschen, die dann gegen den Patienten gerichtet als Zustimmung zu dessen aggressiven Wünschen agiert werden

Unbedingt wertschätzende, aktive und flexible therapeutische Haltung

Besondere Sensibilität für interaktionell erlebte Rückzüge des Patienten die zu einer spezifischen Gegenübertragung führen, mit Wünschen, den Patienten zu verlassen, Ideenlosigkeit und Vergessen, aber weniger mit direktem Ärger

Zweiseitigen Grundhaltung:

- größere Sichtbarkeit und Präsenz des Therapeuten und
- Öffnung für die subtilen gegenseitigen Einflussnahmen im Übertragungsgeschehen

Zusätzlich: Unerschrockenheit und zugleich Berührbarkeit, dadurch werden tabuisierte und beschämende Inhalte ansprechbar