

Suizidalität älterer

Männer: Empirische Daten und klinische Hypothesen

Lindner R

Blickpunkt der Mann 2009; 7 (4)

21-27

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Suizidalität älterer Männer: Empirische Daten und klinische Hypothesen

R. Lindner

Kurzfassung: Alte Männer haben die höchsten Suizidraten in der Bevölkerung. Trotzdem suchen und finden nur wenige suizidale ältere Männer den Weg in Behandlungseinrichtungen. Gerade Psychotherapie und Beratung werden von älteren Menschen seltener akzeptiert als von jüngeren. Deshalb sind auch wissenschaftliche Arbeiten zum Verständnis und der intrapsychischen Funktion der Suizidalität alter Männer selten und meist kasuistisch.

Mittels eines qualitativen Fallvergleichs von 5 zufällig ausgewählten älteren Männern (60+) mit Idealtypen jüngerer suizidaler Männer hinsichtlich suizidaler Symptomatik, Übertragungsbeziehung und Lebensgeschichte werden psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität älterer Männer beschrieben. Beide Stichproben stammten aus einer spezialisierten universitären Ambulanz zur psychodynamisch-psychiatrischen Behandlung akut und chronisch suizidaler Patienten.

Die 5 älteren suizidalen Männer leben überwiegend in langen, konfliktreichen Partnerschaftsbeziehungen und sind ihren Kindern ambivalent verbunden. Die suizidale Dynamik dieser Män-

ner weist auf lebenslang bestehende Konflikte um die eigene (männliche) Identität, den Selbstwert und die gleichzeitigen Wünsche nach Nähe und Eigenständigkeit hin. Der Körper gewinnt eine wichtige Rolle im suizidalen Erleben. Bislang unbewusste aggressive und neidvolle Impulse, aber auch Gefühle der Leere und Unsicherheit, gelangen zum Bewusstsein und werden im suizidalen Befinden erneut durch Projektion auf den Körper abgewehrt. In der Übertragungsbeziehung findet sich sowohl die regelhafte als auch die altersspezifische umgekehrte Übertragungssituation mit ihren spezifischen Gegenübertragungsreaktionen.

Abstract: Old men have the highest suicide rates in western populations. Nevertheless, only very few elderly men search for and find their way to specialised treatment facilities. Especially psychotherapy and counselling are rarely accepted by the elderly. Therefore, research on the understanding and intrapsychic function of suicidality in old men is rare and mostly casuistical.

By means of qualitative case comparison of 5

randomly chosen elderly suicidal men with ideal types of (younger) suicidal men concerning biography, suicidal symptoms, and transference, psychodynamic hypotheses of suicidality in elderly men are developed. All patients came to attend psychotherapy in a specialised university outpatient clinic for psychodynamic treatment of acute and chronic suicidality.

The 5 elderly suicidal men predominantly live in long-term, conflict-ridden sexual relationships and also have ambivalent relationships to their children. Suicidality in old age refers to life-long existing intrapsychic conflicts, concerning (male) identity, self-esteem and a core conflict between wishes for closeness and separation. The body gets a central role in suicidal experiences. So far, unconscious aggressive and envious impulses, but also feelings of emptiness and insecurity have come to consciousness again, and have to be projected into the body. In transference relationships there is on the one hand regular transference, on the other hand an age-specific turned around transference, with their specific countertransference reactions.

Blickpunkt DER MANN 2009; 7 (4): 21–7.

■ Epidemiologie

Der Suizid trägt die Handschrift des Alters. Dies zeigt sich im so genannten „ungarischen Muster“ der Altersverteilung der Suizidraten, welches für die meisten europäischen Länder gilt und besagt, dass die Suizidraten im Alter insbesondere für Männer deutlich zunehmen. Die höchsten Suizidraten von > 75-Jährigen finden sich Ungarn, Slowenien und Österreich. Im Jahr 2007 suizidierten sich in Deutschland insgesamt 9402 Personen, davon 7009 Männer und 2393 Frauen. Dabei waren 3993 Personen (entspricht 42,4 %) > 60 Jahre alt, 2790 Männer (entspricht 39,8 %) und 1203 (entspricht 50,3 %) Frauen. Die Suizidraten, d. h. die Zahl der Suizide bezogen auf 100.000 Einwohner, lagen dabei insgesamt bei 11,4 (Männer: 17,4, Frauen: 5,7). Für die > 60-Jährigen fand sich eine Gesamtsuizidrate von 19,3 (Männer: 31,1, Frauen: 10,3) [1]. Im Gegensatz dazu werden Suizidversuche häufiger im jüngeren Lebensalter verübt, dann deutlich öfter durch Frauen. Das Suizidrisiko steigt mit dem Alter nach einem Suizidversuch: Verglichen mit Jüngeren suizidieren sich Ältere nach einem Suizidversuch ungleich häufiger. Die Hauptmotive älterer Suizidenten sind Verlust des Partners, Verlust des sozialen Netzwerks und Einschränkung der persönlichen Handlungsfreiheit. Ältere wenden überwiegend „harte“ Suizidmethoden, wie z. B. Erhängen, Erschießen und „Sprung aus der Höhe“ an. Psychiatrische Komorbiditäten sind häufig: Bei 50–80 % der älteren Suizidopfer lag eine affektive Störung vor [2, 3].

Aus dem Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und dem Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Albertinen-Haus, Hamburg

Korrespondenzadresse: PD Dr. med. Reinhard Lindner, Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, D-20246 Hamburg, Martinistraße 52; E-Mail: lindner@uke.uni-hamburg.de

■ Suizid, Suizidversuch, Suizidalität: Begriffsbestimmung

Der Suizid ist die mit eigener Intention herbeigeführte Selbsttötung. Der Suizidversuch ist der Versuch der Selbsttötung, ohne dass dies gelingt. Alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf Tötung des eigenen Lebens ausgerichtet sind, lassen sich unter dem Begriff der Suizidalität fassen [4]. Suizidalität umfasst damit alle Vorstellungen, sich selbst zu töten. Lebensmüdigkeit und Todeswünsche können damit Ausdruck einer Suizidalität mit niedrigem Handlungsdruck, jedoch durchaus hohem Leidensdruck sein. Bis jetzt ist nicht gesichert, ob die Gruppe lebensmüder Patienten eine besondere Risikogruppe für Suizid darstellt [5]. Die Psychopathologie der Suizidalität ist dabei mehr auf das Leben als auf den Tod ausgerichtet. Sie umfasst ein zugespitztes Erleben, über sich selbst und seine Lebenssituation verzweifelt zu sein und weder Hoffnung noch Perspektive zu sehen. Aus einer psychodynamischen Perspektive auf suizidales Erleben lassen sich Auslöser von Ursachen trennen: Auslöser werden vom Suizidalen bewusst erlebt und oftmals auch kommuniziert: Sie entsprechen den genannten Hauptmotiven für suizidales Verhalten, besonders aber handelt es sich oftmals um Trennungs- und Kränkungerfahrungen. Im Alter kommt auch ein Erleben von Einsamkeit, Selbstwertverlust, Angst vor Verlust der Selbstständigkeit oder vor unerträglichen Situationen bei körperlichen Erkrankungen hinzu. Diese Erfahrungen und Befindlichkeiten führen zu einer Einschränkung der Möglichkeiten, mit Belastungen und Entwicklungsaufgaben umzugehen. Die suizidale Person greift auf die für das spezifische suizidale Erleben ursächlichen Erlebens- und Handlungsmuster zurück, die sich im Laufe des gesamten Lebens,

besonders aber in Kindheit und Jugend, ausgeprägt haben. Innere konflikthafte Zustände um Kränkung und Aggression, massive Ohnmacht und Verlassenheit werden auf diese Weise als unerträglich wiedererlebt, was zu einem hohen Handlungsdruck führen kann [6].

■ Innere und äußere Welt älterer Suizidaler

Lebensgeschichtlich bedingte Auslöser der Suizidalität bei Älteren sind Trennungserfahrungen in Kindheit und Jugend, aktuelle Trennungserfahrungen, z. B. durch den Tod eines Lebenspartners, und psychiatrische Erkrankungen [7]. Suizidalität kann auch im Alter Ausdruck lebenslanger Themen sein, die lediglich in einer altersspezifischen Erscheinungsform auftreten: Der Verlust an beruflicher Identität, die Veränderungen in der Beziehung zum eigenen Körper, seinen Funktionen und der Bedrohung durch Krankheit und Tod, aber auch die Veränderungen der interpersonellen Beziehungen im Alter. Dabei ist zu beachten, dass derartige Erfahrungen ubiquitär vorkommen. Der Unterschied zu Nichtsuizidalen, die das gleiche Schicksal erleben, liegt in spezifischen Verarbeitungsmustern von Verlusterfahrungen und intrapsychischen wie auch interpersonellen Konflikten.

Die wissenschaftliche Literatur zur Psychodynamik suizidaler älterer Männer ist spärlich und meist kasuistisch [8, 9]. Dabei wird z. B. die traumatisierende Erfahrung des kleinen Jungen in der Interaktion mit einer wenig einfühlsamen Mutter vermutet, in der der Junge den deutlichen Geschlechtsunterschied zur Mutter bemerkt, sich entfremdet fühlt und sich nicht durch einen anderen, z. B. den Vater, gestützt und geschützt erlebt. Zudem kommt dem alternden Körper eine die psychische Entwicklung in dieser Lebensphase massiv beeinflussende Rolle zu. Unerträgliche Affekte, besonders verknüpft mit der Erfahrung der Abhängigkeit und des Ausgeliefertseins, werden in den Körper projiziert und abgespalten [10].

■ Psychotherapie der Suizidalität im Alter

Die Wirksamkeit von Psychotherapie im Alter ist belegt. Dabei haben empirische Studien eine gleiche Wirksamkeit für Verhaltenstherapie und Kurzzeit-psychodynamische Therapien zur Behandlung der Depression im Alter belegt [11, 12]. Trotz dieses Befundes ist gerade die Gruppe suizidaler Älterer in ambulanten beratenden und psychotherapeutischen Einrichtungen unterrepräsentiert [13]. Die Gründe für eine geringe Inanspruchnahme von professionellen Hilfen bei Suizidalität im Alter liegen sowohl beim älteren Menschen selbst, beim Professionellen und in der Tatsache begründet, dass es nicht genug Einrichtungen mit entsprechender Kompetenz gibt.

Für die älteren Menschen liegen die Gründe der mangelnden Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfen generell in

- der Schwere der psychischen Erkrankung,
- dem Vorliegen einer körperlichen Erkrankung,
- dem Alter der Patienten [14],
- Informationsmangel,
- Mangel an guten Erfahrungen mit Psychotherapie im Lebensverlauf [15],

- narzisstischen Kränkungsängsten und
- Abhängigkeitsängsten aufgrund einer Identifikation mit Erfahrungen größter Abhängigkeit, die auf Seiten der Eltern mit der Unfähigkeit, dies zu halten, zu ertragen und psychologisch zu „entgiften“, einhergingen [16, 17].

Heifner [18] beschrieb für ältere depressive Männer nach Suizidversuch, dass bei ihnen der Suizidversuch unter dem unbewussten Wunsch stand, die Kontrolle über das eigene Leben wiederzuerlangen. Hilfe bedeute für diese Männer, einen Teil ihrer selbst in der Therapie zu verlieren, etwas Wichtiges aufgeben zu müssen und eine Beschädigung ihres Selbst-Konzepts zu erleiden. Hilfe kann dann oft nur in gewalttätigen Szenarios angenommen werden, wie z. B. einer Notaufnahme oder im Zusammenhang mit Panikattacken oder akuten Erregungszuständen.

Ärzte, die die Vorstellung haben, dass ihre Arbeit bei Älteren effektiv ist und die selbst positive Erfahrungen mit psychosozialen Hilfen gemacht haben, neigen am ehesten dazu, auch ältere Patienten in eine Psychotherapie zu überweisen [19]. Die Hemmung von Psychotherapeuten, Ältere zu behandeln, wird auf vor- und unbewusste und damit unreflektierte personalisierte Altersbilder, ambivalente Einstellungen zu den eigenen Eltern und auf Unerfahrenheit im Umgang mit der „umgekehrten Übertragungskonstellation“ zurückgeführt [10, 20].

Wie bereits erwähnt [13], sind Ältere in Behandlungseinrichtungen für suizidale Patienten deutlich unterrepräsentiert. Ganz offensichtlich fehlen spezifische Zugangswege, jedoch auch spezifische, auf die Belange Älterer eingestellte Behandlungs- und Beratungsinstitutionen für suizidale Ältere [15].

In dieser Arbeit sollen einige klinisch-psychodynamische Hypothesen der Suizidalität älterer Männer entwickelt werden. Die Suizidalität wird dabei erfasst in der Trias der Dimension suizidaler Symptome, der Lebensgeschichte und dem Übertragungsgeschehen zu Beginn einer psychodynamischen Psychotherapie. Dabei soll einerseits nicht bei Einzelfalldarstellungen verblieben werden; für quantitative Erhebungen ist jedoch die Datenbasis aufgrund der geringen bisherigen Fallzahlen in der Behandlung älterer suizidaler Männer nicht ausreichend. Zudem zielt die Forschungsfrage hermeneutisch auf das „Verstehen“. Deshalb wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, in dem 5 ältere suizidale Patienten, die mindestens 5 ambulante Psychotherapiesitzungen in einer spezialisierten psychotherapeutisch-psychiatrischen Ambulanz erhalten haben, systematisch mit idealtypischen Merkmalen jüngerer suizidaler Männer verglichen werden [7, 21].

■ Material und Methode

Methodische Vorbemerkungen

Der hier vorgenommene Vergleich älterer suizidaler Männer mit jüngeren bedient sich des in der verstehenden Soziologie von Max Weber [22] entwickelten Begriffs des Idealtypus als „eines rein idealen Grenzbegriffes [...], an welchem die Wirklichkeit zur Verdeutlichung bestimmter bedeutsamer Bestandteile ihres empirischen Gehaltes gemessen [...] wird“.

Die dazu entwickelte Methodik beruht auf der „verstehenden Typenbildung“ [7, 23] und fußt auf der systematischen Analyse von Ähnlichkeits- und Differenzbezügen. Sie folgt den Paradigmen der qualitativen Psychotherapieforschung nach Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit [24]. Sie bietet sich bei Fragestellungen an, in denen ein hermeneutischer, verstehender, interpretierender Zugang zum Forschungsobjekt gesucht wird. Ein systematisches und nachvollziehbares Vorgehen ermöglicht, aus wenigen Fällen abstrahierende Erkenntnisse zu generieren, die einen höheren Evidenzgehalt hat als die klassische psychoanalytische Einzelfallkasuistik. Idealtypen sind zudem mit quantitativen Daten, z. B. hinsichtlich ihrer Trennschärfe triangulierbar [6].

Patienten der Vergleichsgruppe „Idealtypen“

Die Patienten der Vergleichsgruppe, welche zur Bildung der Idealtypen herangezogen wurde, wie auch der klinisch-institutionelle Forschungshintergrund wurden an anderem Ort ausführlich beschrieben [7, 21]. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 36 Jahren, diagnostisch handelte es sich um affektive und um Persönlichkeitsstörungen.

Fallvergleich mit den Idealtypen

Fünf suizidale ältere Männer (Durchschnittsalter 64,8 Jahre) wurden systematisch mit Idealtypen jüngerer Männer (Durchschnittsalter 36 Jahre) verglichen, die zuvor mittels „verstehender Typenbildung“ entwickelt wurden. Dabei wurden Ähnlichkeiten mit und Unterschiede zu den Idealtypen definiert.

In diesem systematischen Fallvergleich wurden, wie bei der Auswahl der Stichprobe zur Bildung von Idealtypen, zufällig 5 suizidale Patienten (Alter 60+) gewählt, die mindestens 5 Psychotherapiestunden im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete erhalten hatten. Aus den Stundenprotokollen wurde ein Fallbericht geschrieben (Fallrekonstruktion). Sodann erfolgte der Fallvergleich mittels Analyse von Ähnlichkeiten und Differenzen mit jedem prototypischen Aspekt der 4 Idealtypen auf einer 6-stufigen Skala. Die 3 prototypischen Aspekte, die dem jeweiligen Patienten am ähnlichsten waren, dienten als Anhaltspunkte für die Positionierung der Einzelfälle in den idealtypischen Clustern.

Idealtypen suizidaler Männer

Die Idealtypen wurden bereits andernorts ausführlich dargestellt [21].

Idealtyp „Unverbunden“

In der suizidalen (Beziehungs-) Dynamik herrscht ein Unverbundenheitserleben vor, das mit Ablehnungserfahrungen assoziiert ist.

Idealtyp „Gekränkt“

Aggressive Verstrickungen in Beziehungen und die Erkenntnis einer desillusionierenden Lebensrealität sind verbunden mit realen Verlusterfahrungen und Realtraumata in Kindheit und Jugend.

Idealtyp „Stürmisch“

Ein anhänglich-symbiotisches Übertragungsangebot mobilisiert unrealistische Helferwünsche vor dem Hintergrund ungelöster Abhängigkeitskonflikte.

Idealtyp „Objektabhängig“

In Beziehungen wird nur Konkretes verhandelt, bei Trennung muss die Frau real zurückgewonnen werden, eine Erfahrung emotionalen Mangels wird kompensiert.

Patienten der Indexgruppe

Das mittlere Alter der > 60-jährigen Patienten liegt bei 64,8 Jahren (mind. 60, max. 76), die durchschnittliche Behandlungsdauer zum Stichtag liegt bei 36 Stunden (mind. 5, max. 128). In der klinischen diagnostischen Einschätzung durch die Therapeuten fanden sich 3 Patienten mit Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.2), 2 mit depressiven Störungen und einer mit bipolar affektiver Störung (ICD-10: F33 und F31) (Mehrfachnennungen) [25]. Vier Patienten sind verheiratet, 3 leben mit ihren Ehefrauen, einer ist geschieden, 2 leben allein. Ein Patient hat einen Hauptschul-, 3 einen Realschul- und einer einen Hochschulabschluss.

Patient A, Jahrgang 1930, 76 Jahre, verheiratet

Lebenslang dienten männliche Attribute (Motorrad, eigenes Haus, Unabhängigkeit) der Stabilisierung eines in Auseinandersetzung mit väterlichen Maßstäben scheiternden Mannes. In diesem autoritären (ödipalen) Konflikt mit dem Vater ist er in seiner männlichen Identität verunsichert und reagiert angesichts der Erfahrung des Verlustes körperlicher Fähigkeiten (Motorradfahren) und eines Entwertungserlebens durch die Ehefrau mit der suizidalen Phantasie, sich selbst in seinem Haus, das er mit eigener Anstrengung erworben hat, umzubringen und so diesen Wert nicht zu vererben. Er ist voller Neid auf die körperliche Unversehrtheit der Ehefrau und hat zugleich unerträgliche Angst vor Abhängigkeit von ihm ablehnenden, aber lebensnotwendigen Personen.

Die krankheitsbedingten Einschränkungen mobilisieren ein Gefühl der Abhängigkeit und eine neidische Wut, die er in einem laut-poltrigen Beziehungsangebot in der Therapie abwehrt. Er kann diese Gefühle so wenig ertragen, dass er von der Fortführung der Gespräche Abstand nehmen muss; allerdings kann er die Verbindung zum Therapeuten in der Phantasie halten, in der Not auf dessen Visitenkarte zurückgreifen zu können.

Patient F, Jahrgang 1943, 62 Jahre, geschieden

Patient mit jahrelanger bipolar affektiver Störung. Ein ängstlich-unsicheres Kind entwickelt mit dem Herausfallen aus haltenden Bezügen (Arbeitswelt, Ehe) eine zunehmend manische Abwehr depressiven Erlebens, vollkommen verlassen und ungeliebt zu sein. Die Wünsche nach Anerkennung und Bindung stehen dabei im Widerspruch zur Kränkungsangst.

Suizidversuch (Tabletten) in einem depressiven Rückzug nach mehrmaligen Zurückweisungserfahrungen. Im Rahmen eines laut-polternden, dabei unsicheren Übertragungsangebots inszeniert er im Therapeuten Abgrenzungswünsche, die sich in der distanzierenden Überlegung, den Patienten rein medikamentös-psychiatrisch zu behandeln, und im Vergessen einer Therapiestunde durch den Therapeuten zeigen. Hr. F reagiert darauf mit Vorstellungen, sich weiter unabhängig und unverletzbar machen zu müssen. Dieses Distanzierungsagieren zeigt sich auch im Vorfeld suizidaler Zuspitzungen.

Patient H, Jahrgang 1943, 60 Jahre, verheiratet

Sohn eines rücksichtslosen, zynischen Wehrmachtsoffiziers und einer depressiven, chronisch suizidalen Mutter. Die Erfahrung, unter der Suizidalität eines Elternteils sehr gelitten zu haben und die Mutter letztlich nicht vor einem Suizid gerettet zu haben, führt einerseits zu erheblichen Bemühungen um seine deutlich jüngere Ehefrau, andererseits stürzt ihn die Trennung von ihr (und der Verlust der erfolgreichen Berufstätigkeit als Identifikationsmöglichkeit mit dem Vater) in ein ambivalentes Erleben, wie er es zu beiden Eltern hatte, und führt zu der Erfahrung, „unbegleitet“, ungehalten zu sein.

Übertragungsangebot eines Kaufmanns, der sich vordergründig dem Therapeuten andient (seine Wünsche erahnt und befriedigen will), hintergründig Anlehnung und Begleitung sucht, wie er sie für die Mutter selbst nicht leisten konnte und dabei fürchtet, väterlich rigoros behandelt zu werden. Er fürchtet, ohne „Begleitung“ gegen sich so männlich-rigoros suizidal sein zu müssen, wie er den Vater zerstörerisch erlebte.

Patient L, Jahrgang 1940, 66 Jahre, verheiratet

Hr. L. erlebte früh Unbeschütztsein, Versagen, Angst und Selbstwertzweifel. Mit 25 schwerer Suizidversuch (Insulin/Kanüle ins Herz stechen) nach Zurückweisungserleben/Trennung in einer Liebesbeziehung, der Diagnose eines Diabetes (IDDM) und Prüfungsängsten. Die langjährige Kompensation als Arzt und Diabetes-Experte fiel mit Aufgabe der Praxis wegen Depressionen weg. Seit Langem depressives Erleben des Gequälts, das er nicht länger ertragen wolle.

Der Patient reinszeniert in den Erstgesprächen sehr konkret eine Erfahrung des Unaushaltbar-Seins, des Zu-schwierig-Seins (für eine jüngere Therapeutin), indem er sich Insulin spritzt, dabei Besorgnis und das Gefühl der Überlastung in der Therapeutin auslöst. Nach Wechsel zu einem anderen Therapeuten führt das gleiche Beziehungsangebot zu einem Machtkampf, der sich erst durch Deutung des abgewehrten Abhängigkeitswunsches löst.

Patient T, Jahrgang 1942, 65 Jahre, verheiratet

Eine große Selbstunsicherheit hat einen Ursprung in mütterlichen Wünschen nach Besonderheit, denen er schon früh nicht genügen konnte, und einer sehnsüchtigen Beziehung zu einem unnahbaren Vater. Kompensatorisch legte er großen Wert auf körperliche Funktionen, Bestätigung in der Sexualität und der Phantasie, gesunde Söhne gezeugt zu haben. Als sein Sohn mit 24 an einer vererbten Augenkrankheit erkrankt, erlebt er sich zerstört und schuldig und entwickelt die Phantasie, sich selbst, aber auch die ganze Familie töten zu müssen.

Der Patient kommt zunächst scheinbar als Angehöriger eines Suizidalen; erst später wird deutlich, dass er seinen kranken Sohn so sehr als Teil von sich erlebt, dass er quasi in ihm verschwindet. Diese Ungetrenntheit ist auch maßgeblicher Bestandteil der Suizidalität: Er ist in einem zentralen Persönlichkeitsanteil so verletzt, dass er meint, sich und die ganze Familie auslöschen zu müssen. Darin liegt sowohl der aggressiv-narzisstische Zerstörungswunsch als auch das Erleben, selbst nicht existent zu sein. Er bewirkt distanzierende Gefüh-

le, sich von seinem Erleben im Sinne eines uneinfühlbaren Wahns abzugrenzen.

■ Ergebnisse

Mit einem Durchschnittsalter von 64,8 Jahren sind die 5 Männer der Altersgruppe jüngerer Älterer zuzuordnen. Zwei der 5 Patienten haben in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen, einer davon in dem halben Jahr vor Aufnahme der Behandlung. Im Gegensatz zu den Männern der Vergleichsstichprobe befinden sich die Patienten überwiegend in langjährigen Beziehungen.

Gemeinsamkeiten mit den jüngeren suizidalen Männern

Alle 5 Männer lassen sich mindestens einem der 4 Idealtypen zuordnen, besonders den Idealtypen „gekränkt“ und „stürmisch“, weniger den Idealtypen „unverbunden“ und „objekt-abhängig“. Daraus folgt, dass bei diesen 5 Männern 2 Dynamiken vorherrschen, nämlich ein narzisstisches Kränkungserleben mit reaktiver Wut sowie ein Erleben, in der eigenen psychischen Entwicklung fixiert zu sein und sich anhänglich an den Therapeuten zu wenden. Ein resignativ-zurückgezogener Beziehungsstil und eine bedrängende Notwendigkeit, ganz konkrete Probleme konkret anzugehen, traten weniger auf.

Unterschiede zu den jüngeren suizidalen Männern

Bei den 5 älteren Männern fanden sich Besonderheiten bei den aktuell wichtigen Beziehungen, beim Übertragungsgeschehen und bei der Symptomatik der Suizidalität.

Beziehungserleben

Die überwiegend langjährigen Beziehungen werden sehr konflikthaft erlebt und sind meist auch der Auslöser für das suizidale Erleben. Neben Lebenspartnerinnen gewinnen Kinder dabei eine spezifische Rolle, wie sie bei den jüngeren Patienten gar nicht vorkommt. Beispielhaft sei die Beziehung von Patient T zu seinem kranken Sohn erwähnt, dessen Erkrankung Patient T in seiner Identität zentral erschüttert. Patient H wiederum ist mit seiner Tochter identifiziert, der er nicht die Gefühle vermitteln will, die er beim Suizid seiner Mutter selbst erleben musste.

Übertragungsgeschehen

Zwei spezifische Übertragungsmuster finden sich in der therapeutischen Situation bei den 5 älteren Männern, wie sie nicht bei der jüngeren Stichprobe vorkommen: Ein Erleben der Überforderung, das bis zur Ablehnung der Behandlung reicht, und ein Erleben, wie ein guter Sohn dem älteren Patienten gegenüber treu und hilfreich zur Seite stehen zu müssen. Zum Beispiel inszeniert Patient L mit der jüngeren Therapeutin eine Situation, unaushaltbar und schwierig zu sein, die erst nach dem Wechsel zu einem erfahreneren und älteren Therapeuten durch Deutung des Übertragungsgeschehens gelöst werden konnte. Mit Patient H erlebte der jüngere Therapeut sowohl, dem älteren Patienten ein treuer Begleiter zu sein als auch ein strenger, fordernder Vater.

Suizidalität

Die 5 älteren Männer haben lebenslang mit dem Thema Suizidalität zu tun. Dabei ist die Suizidalität eng an das Erleben der (eigenen) Körperlichkeit gebunden. Dabei greifen sie auf lebenslange Erfahrungen zurück, die sich wahrscheinlich im Lebensverlauf auch gewandelt haben. Bereits bei den jüngeren suizidalen Männern zeigten sich typische Körpererfahrungen: Die „Unverbundenen“ sind körperlich desolat, akut erkrankt, verwahrlost oder konflikthaft behindert. Bei den Patienten des Idealtyps „Gekränkt“ liegt offensichtlich eine kräftige, sportliche, manchmal gestaut wirkende Körperlichkeit vor. Verdeckt besteht ein Erleben des Makels und der Schwäche. Die Patienten des Idealtyps „Stürmisch“ sind hinsichtlich ihrer Körperlichkeit durch eine holzschnittartige Männlichkeit gekennzeichnet. Sie lieben Bodybuilding und plakatives männliches Auftreten als Soldaten, Fernfahrer oder Ritter [7]. Patient A könnte in seinen jüngeren Jahren diesem Idealtyp entsprochen haben. Er kann sich selbst nur beschreiben, indem er Photos von sich als stolzer Biker zeigt. Aktuell wurde er suizidal, als er bemerkte, dass er im Falle eines Sturzes seine Maschine nicht mehr würde aufrichten können. Er wurde so neidisch auf diejenigen, die körperlich unversehrt sind, dass er die Vorstellung entwickelte, sich mit seinem Haus zu verbrennen, um den beneideten Anderen nichts zu vererben. Patient T hingegen fühlte sich unzertrennlich mit dem körperlichen Leiden seines Sohnes verbunden, entwertet und depotenziert. Dabei projizierte er eine eigene instabile männliche Identität in den kranken Sohn und konnte dieses unerträgliche Erleben nur durch die omnipotente Phantasie beherrschen, sich mit der ganzen Familie umzubringen. Auch bei Patient L ist die chronische Erkrankung eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus eng mit der Suizidphantasie verknüpft. In jungen Jahren beging er einen Suizidversuch mit Insulin und reinszeniert dieses Geschehen in der ersten Therapiestunde. Damals wie aktuell zeigt sich in der Suizidalität sowohl die Abwehr, nämlich der Versuch, durch den eigenen Tod dem Erleben von Unbeschütztsein, Versagen, Angst und Selbstwertzweifeln zu entgehen als auch das Abgewehrte, nämlich gerade schutzlos der eigenen Destruktivität und Vernichtungsangst ausgeliefert zu sein.

■ Diskussion

Der systematische Fallvergleich suizidaler älterer Männer mit Idealtypen, gebildet aus einer Zufallsstichprobe suizidaler jüngerer Männer (beide Gruppen in psychoanalytisch orientierter ambulanter Behandlung) zeigt, dass Ähnlichkeiten zwischen beiden Gruppen in Bezug auf Selbstwertprobleme und auf erneut erlebte Konflikte um Abhängigkeit und Autonomie bestehen. Unter den 5 älteren Männern fand sich keiner, der sich sozial völlig zurückgezogen hätte. Ein möglicher Grund hierfür kann darin liegen, dass ältere Männer, die intrapsychisch und psychosozial zu massivem Rückzug von den Objekten neigen (vergl. [26]), noch seltener in psychotherapeutische Behandlung kommen als ähnliche jüngere Männer. Klinische Beobachtung in anderen Settings [10] sprechen für diese Annahme.

Das suizidale Erleben der untersuchten älteren Patienten weist auf lebenslange intrapsychische Konfliktthemen hin, die die

(männliche) Identität, den Selbstwert und den Kernkonflikt um Fusions- und Abgrenzungswünsche betreffen. Der Körper nimmt dabei eine zentrale und altersspezifische Rolle ein: Körperliche Veränderungen und Einschränkungen führen zu einer Destabilisierung einer oft lebenslangen Abwehr und damit zu einem Erleben verdrängter Ängste, Unsicherheiten und Ungeborgenheitserfahrungen. Dies wird mit suizidalen Phantasien und suizidalem Agieren sowohl abgewehrt als auch ausgedrückt.

In den Beziehungen dieser Männer, besonders zu Liebespartnerinnen und Kindern, wird sowohl eine Stabilisierung als auch die Gefahr der Destabilisierung eines unsicheren Selbst-erlebens deutlich.

In der therapeutischen Situation finden sich spezifische Übertragungssituationen, in denen sich der jüngere Therapeut mit Anteilen des kindlichen Erlebens des Patienten identifiziert.

Suizidalität und Körper im Alter

Bereits Freud sah im eigenen Körper ein Objekt, das zugleich als fremd und als eigen erlebt werden kann. Er sah im Schmerz den Ursprung allen körperlichen Selbsterlebens. „Das Ich ist vor allem ein körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche“ [27]. In der 1927 erschienenen englischen Übersetzung fügte er hier als Fußnote an: „I.e., the ego is ultimately derived from bodily sensations, chiefly from those springing from the surface of the body. It may thus be regarded as a mental projection of the surface of the body, besides, [...] representing the superficies of the mental apparatus“ [27]. Körperliche Veränderungen im Alter, so ließe sich demnach ableiten, werden vor dem Hintergrund einer lebenslangen Geschichte von Körpererfahrungen, angefangen bei den frühesten Wahrnehmungen von Hunger, Durst, Kälte und ihrer „Behandlung“ durch die elterlichen Versorgungspersonen, erlebt und interpretiert. Reale körperliche Erfahrungen, z. B. als Schmerz, rühren an diese im Körper repräsentierten Erfahrungen an, reaktualisieren sie und stellen zugleich die bisherige Körperabwehr infrage. So lockert der Schmerz die Abwehr früher, im Körper repräsentierter Erfahrungen und bringt sie an die Oberfläche des Bewusstseins, wo sie erneut Abwehrprozessen unterliegen.

Zu diesen abgewehrten Erfahrungen zählt auch der frühe Neid, wie er von Melanie Klein [28] beschrieben wurde. Sie beschreibt Neid als einen konstitutionellen Faktor, der die pathologische paranoid-schizoide Position erklären kann: Ein neidischer Angriff auf das gute Objekt ist untrennbar verbunden mit depressiver Angst, das gute Objekt zu zerstören. Klein sieht im Neid auch einen Aspekt des Angriffs auf das Leben und den Ursprung des Lebens, was auch die Möglichkeit beinhaltet, die eigene Existenz neidisch anzugreifen, wenn zentral wichtige Kriterien um Besitz und Kontrolle nicht erfüllt sind. Fonagy [29] stellt aus der Perspektive der Bindungstheorie dazu fest, dass Aggression sich eben nicht auf eine Reaktion auf Frustration reduzieren ließe. Aus diesem Grund erleben Patienten wie Herr A die direkte Aufnahme und Ansprache ihres tiefen Neides auf sie umgebende Personen, die sich in einem besseren körperlichen Zustand befinden.

den als sie selbst als angenehm. Sie fühlen sich verstanden und entlastet.

Ähnlich wie bei den jüngeren Männer des Idealtyps „Gekränkt“ dient der Körper bei den älteren Patienten als Medium einer geschwächten Abwehr aggressiver und neidischer Impulse, jedoch auch von Gefühlen der Leere und einer tiefgreifenden Unsicherheit in der männlichen Identität.

Insgesamt weisen gerade die körperbezogenen suizidalen Dynamiken der 5 untersuchten Patienten auf das Vorliegen lebenslang bestehender intrapsychischer Konfliktthemen bei Suizidalität hin. Die Realisierung von körperlichen Veränderungen, seien sie bedingt durch den Alterungsprozess oder als Krankheitssymptome medizinisch erklärbar, reaktualisieren bei suizidalen älteren Männern Konflikte aus dem Themenbereich frühen Erlebens von Verlust, existenzieller Verunsicherung und mangelnder Resonanz durch die versorgenden Primärpersonen. Die damit verbundenen Affekte werden aggressiv abgewehrt, können erneut projiziert werden und zwar sowohl (destruktiv) auf den eigenen Körper als auch auf andere Objekte (d. h. wichtige Personen oder auch Dinge). Das Konzept des Aktualkonflikts im Alter [10], nach dem die akute Symptomatik ausschließlich auf altersspezifische äußere Lebensbelastungen oder intrapsychische Entwicklungskonflikte zurückgeführt wird, greift bei suizidalen Patienten wohl zu kurz und übersieht, dass manche frühen Konflikte aus Kindheit und Jugend im Lebensverlauf gut kompensiert sein, im Alter aber wieder symptomatisch werden können.

Übertragung

Die beschriebenen Übertragungsbeziehungen bestätigen die Altersspezifität von Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie älterer Patienten. Radebold [10, 20] beschreibt die „umgekehrte Übertragungskonstellation“, eine Übertragungssituation zwischen (deutlich) älterem Patienten und jüngerem Therapeuten, in der vom Patienten unbewusste Wünsche, Phantasien, Befürchtungen, die sich auf nahestehende jüngere Familienmitglieder (Geschwister, Kinder, Enkel) richten, auf den Therapeuten projiziert werden und auch der Therapeut sich im Rahmen seiner emotionalen „Antwort“ auf den Patienten in der komplementären Rolle wiederfindet. Diese Situation gilt es zu erkennen, nicht nur um Verstrickungen im Sinne der Wiederholung unbewusster dysfunktionaler Beziehungsmuster zu vermeiden, sondern auch um dem Patienten nach Möglichkeit dabei zu helfen, seine ihm wichtigen Beziehungen situationsangemessener und befriedigender zu gestalten. Dabei kann, wie im Fall von Patient H, die Übertragungskonstellation zwischen der „regelhaften“ und der „umgekehrten“ Übertragung recht rasch oszillieren.

Beziehungen

Ein bedeutsamer Unterschied zwischen den älteren und den jüngeren Patienten, die zur Bildung der Idealtypen suizidaler Männer [6] herangezogen wurden, liegt in der Anwesenheit und Bedeutung wichtiger und langjähriger Beziehungen. Während nahezu alle Männer der jüngeren „Vergleichsgruppe“ alleine leben und ledig sind, d. h. alle Patienten, bis auf den einzigen > 60-Jährigen der Stichprobe aktuell keine langanhaltenden Liebesbeziehungen haben, gibt es in der Gruppe der

Älteren intensive, meist hochambivalente Beziehungen zu Partnerinnen, aber auch zu Kindern, gekennzeichnet durch massive Konflikte und Trennungen. Die Ambivalenz geht dabei so weit, dass die Beziehungen zu Partnerinnen und Kindern sowohl suizidale Krisen auslösen als auch, wie im Fall von Patient H und Patient L und zum Teil auch Patient A, die Patienten an ein Weiterleben binden, z. B. um den Kindern nicht die emotionale Erfahrung (von Schuld, Verzweiflung und Ärger) zuzumuten, die mit dem Suizid eines Elternteils verbunden wäre [30]. Hier entsprechen die Kinder offensichtlich einem stabilisierenden, aber, wie im Fall von Patient T, auch bedrohlichen Objekterleben eines „Selbstobjekts“, in dem eine als unentbehrlich erlebte nahe Person als „Stütze des eigenen Selbst“ ([31] zitiert nach [32]) erlebt wird. „Das Selbstobjekt ist der subjektive Aspekt einer das Selbst erhaltenden oder fördernden Funktion, die durch die Beziehung zwischen Selbst und Objekt ermöglicht wird“ [31]. Dabei ist allerdings zu betonen, dass die hier beschriebenen Männer derartige Beziehungen, auch gerade zu ihren Kindern, sowohl als lebenserhaltend als auch als bedrohlich, demnach sehr konflikthaft erlebten.

■ Relevanz für die Praxis

1. Ambivalente konfliktreiche Beziehungen zu Partnerinnen und Kindern können bei älteren suizidalen Männern eine wichtige Rolle spielen.
2. Der Körper und das Erleben seiner Veränderung durch Krankheit und Alter sind mit dem suizidalen Erleben verbunden.
3. Im professionell helfenden Kontakt finden sich aggressive und anhänglich-abhängige Beziehungsmuster, in denen sich Sohn-Eltern-Konflikte mit wechselnden Rollen wiederholen können.

Diese Arbeit wurde vom Forschungskolleg Geriatrie der Robert-Bosch-Stiftung gefördert.

Literatur:

1. Schmidtke A, Sell R, Löhr C, Gajewska A, Schaller S. Epidemiologie und Demographie des Alterssuizids. Suizidprophylaxe 2009; 36: 12–20.
2. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. Psychol Med 2004; 34: 137–46.
3. Fortin A, Lapierre S, Baillargeon J, Labelle R, Dubé M, Pronovost J. Suicidal ideation and self-determination in institutionalized elderly. Crisis 2001; 22: 15–9.
4. Wolfersdorf M. Der suizidale Patient in Klinik und Praxis: Suizidalität und Suizidprävention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2000.
5. Sperling U, Thüler C, Burkhardt H, Gladisch R. Äußerungen eines Todesverlangens – Suizidalität in einer geriatrischen Population. Suizidprophylaxe 2009; 36: 29–35.
6. Lindner R. Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2006.
7. Duberstein PR, Conwell Y, Cox C. Suicide in widowed persons. A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. Am J Geriatr Psychiatry 1998; 6: 328–34.
8. Teising M. Suizid im Alter ist Männersache. Psychodynamische Überlegungen zur Erklärung. In: Fiedler G, Lindner R (Hrsg). So hab ich doch was in mir, das Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1999; 99–120.
9. Lindner R. Aggression und Rückzug bei Suizidalität im Alter. Suizidprophylaxe 2009; 36: 42–6.
10. Heuft G, Kruse A, Radebold H. Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag, Basel-München, 2000.
11. Gallagher-Thompson D, Hanley-Peterson P, Thompson L. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. J Consult Clin Psychol 1990; 62: 543–9.
12. Scogin F, McElrath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. J Consult Clin Psychol 1994; 66: 69–74.
13. Erlemeier N. Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Bd. 212, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer, Stuttgart, 2001.
14. Landreville P, Landry J, Baillargeon L, Guérette A, Matteau E. Older adults' ac-

ceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 56: P285–P291.

15. Wei W, Sambamoorthi U, Olsson M, Walkup JT, Crystals S. Use of psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 711–7.

16. Martindale B. Becoming dependent again: The fears of some elderly persons and their younger therapists. *Psychoanal Psychother* 1989; 4: 67–75.

17. Teising M. Suicidality in the elderly. Vortrag: International Congress „Suicidality Psychoanalysis“, Hamburg, 30.8.–2.9.2001.

18. Heifner C. The male experience of depression. *Perspect Psychiatr Care* 1997; 33: 10–8.

19. Alvidrez J, Arean PA. Physicians willingness to refer older depressed patients for psychotherapy. *Gerontologist* 2002; 32: 392–8.

20. Radebold H. Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer-Verlag, Berlin, 1992.

21. Lindner R. Männersuizid – psychodynamische Aspekte. *Blickpunkt der Mann* 2008; 6: 32–6.

22. Weber M. Die „Objektivität“ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Weber M. *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Mohr, Tübingen, 1988 (1904): 146–214.

23. Wachholz S, Stuhr U. The concept of ideal types in psychoanalytic follow-up research. *Psychother Res* 1999; 9: 327–41.

24. Elliott R, Fischer CT, Rennie DL. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *Br J Clin Psychol* 1999; 38: 215–29.

25. Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 1. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto, 1991.

26. Steiner J. *Psychic retreats. Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients*. Routledge, London-New York, 1993.

27. Freud S. *Das Ich und das Es*. GW Bd. 13. Fischer, Frankfurt, 1923; 235–89.

28. Klein M. Envy and gratitude. In: Klein M. *The Writings of Melanie Klein*. Vol 3: Envy and Gratitude and other works. Hogarth Press, London, 1957 (1975); 176–235.

29. Fonagy P. Being envious of envy and gratitude. In: Roth P, Lemma A (eds). *Envy*

and Gratitude Revisited. International Psychoanalytical Association, London, 2008; 201–10.

30. Lindner R, Fiedler G, Altenhöfer A, Götz P, Happach C. Psychodynamic ideal types of elderly suicidal persons based on countertransference. *J Soc Work Pract* 2006; 20: 347–65.

31. Milch W. *Lehrbuch der Selbstpsychologie*. Kohlhammer, Stuttgart, 2001.

32. Klöpper M. Reifung und Konflikt. Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Mentalisierungskonzept in der tiefenpsychologischen Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart, 2006.

PD Dr. med. Reinhard Lindner

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Seit 1994 Mitarbeiter, seit 2007 Leiter des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Aktuell als Stipendiat des Forschungskollegs Geriatrie der Robert-Bosch-Stiftung psychosomatische Tätigkeit im Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Albertinen-Haus, Hamburg.



Psychosomatische Tätigkeit im Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Albertina-Haus, Hamburg.

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Gender- und altersspezifische Aspekte der Suizidalität, Psychotherapieforschung, Suizidprävention.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)