

# „Lebenssatt“ – „Lebensmüde“ im hohen Alter

Ethikforum i.R. der Aus- und Fortbildung Ethik im  
Gesundheitswesen, Erzbistum Köln, 27. Februar 2018

**PD Dr. med. Reinhard Lindner**

Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie  
Medizinisch-Geriatriische Klinik, Albertinen-Haus  
MVZ Zentrum für psychische Gesundheit, Hamburg

Lindner, R., Schneider, B. (2016). Psychotherapie der Suizidalität. Nervenarzt 87:488-495

- Kasuistik: Suizid im Alter: Hr. S., 88 Jahre, Suizid in einer geriatrischen Klinik
- Lebenssattheit, Lebensmüdigkeit und Suizidalität als Thema in professionellen Kontakten mit älteren Menschen
- Entwicklungsfördernde therapeutische Haltung in der Beratung Älterer
- Fazit für die Praxis

# Kasuistik: Suizid im Alter: Hr. S., 88 Jahre, Suizid in einer geriatrischen Klinik

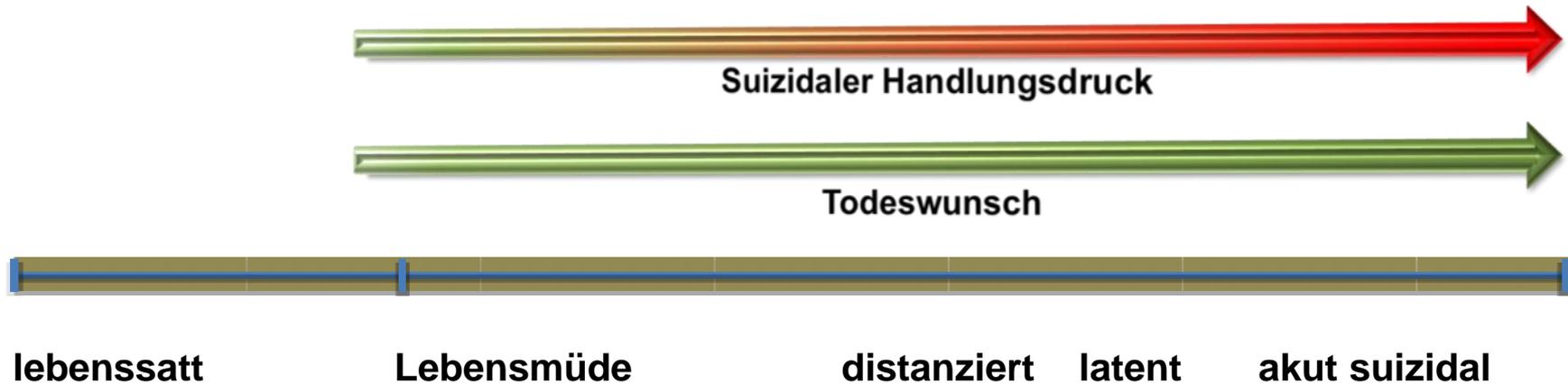


Lindner, R. (2009). Aggression und Rückzug bei Suizidalität im Alter. Eine Kasuistik. Suizidprophylaxe 36: 42-46.

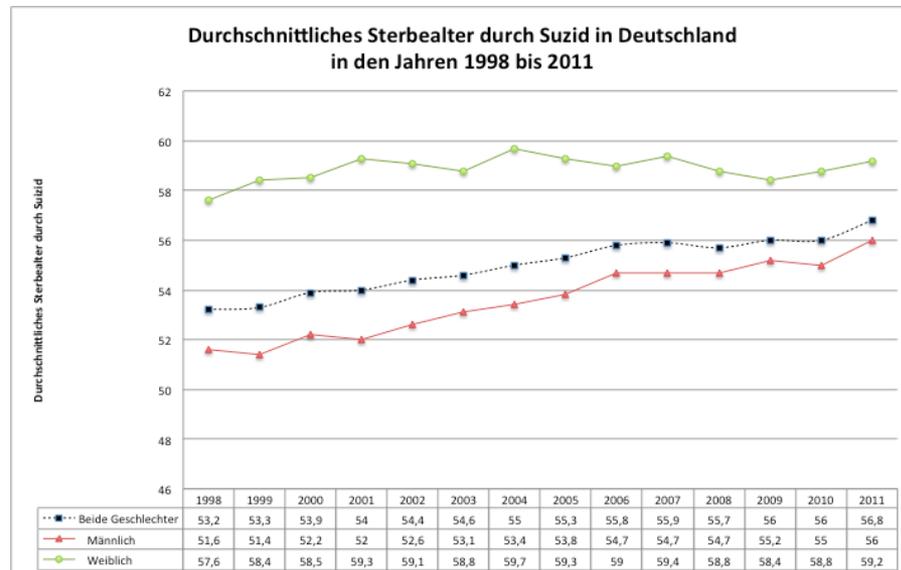
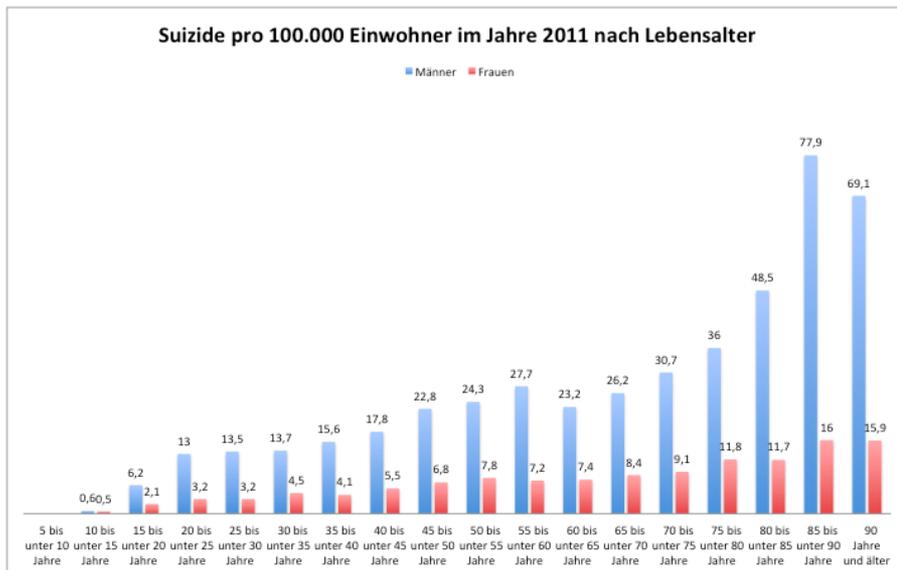
- **Lebenssatttheit** – Zufrieden mit dem Erlebten und Erreichten, auch dem Sterben gegenüber ohne Groll: C'est ici ou j'attends la mort sans la desire ni la craindre (Es ist hier, wo ich den Tod erwarte, ohne Verlangen und ohne Furcht)
- **Lebensmüdigkeit** – Wunsch, zu sterben, ohne eigene Aktivität: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



- **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

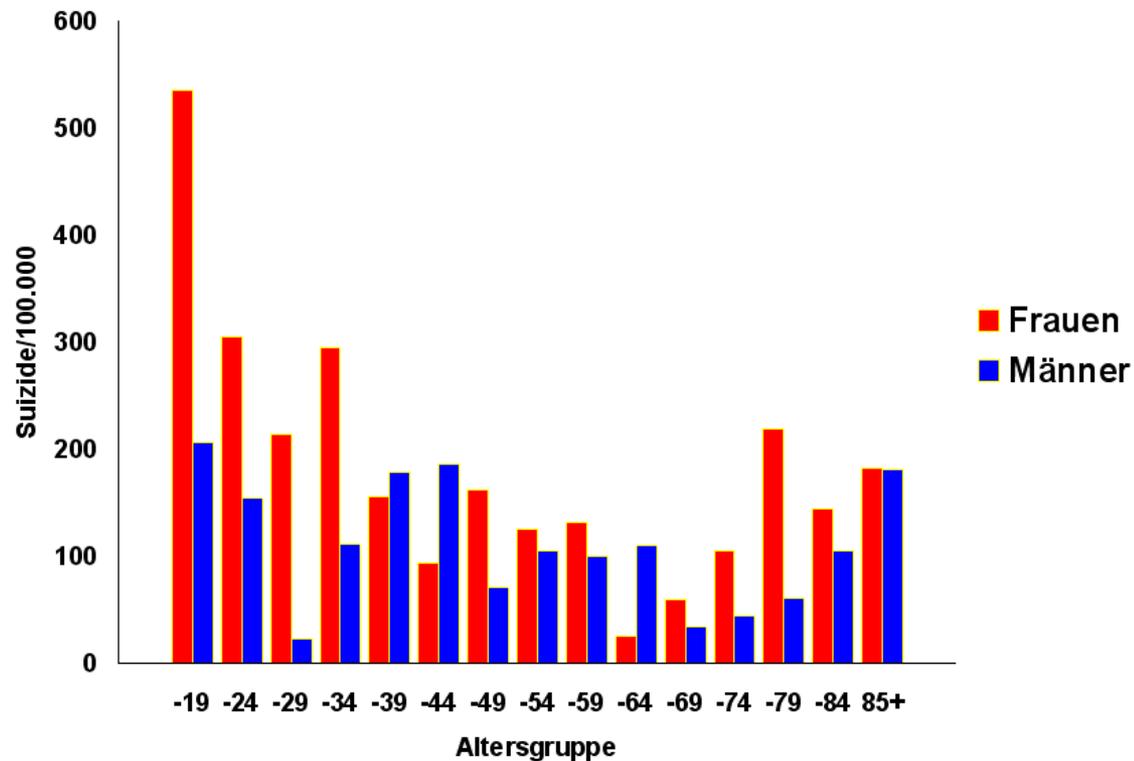


- Der Suizid trägt die Handschrift des Alters
- Jede zweite Frau, die sich in Deutschland suizidiert ist über 60 Jahre alt
- Das durchschnittliche Sterbealter durch Suizid steigt an

Fiedler (2012) Suizide in Deutschland



### 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)

- 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

- 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

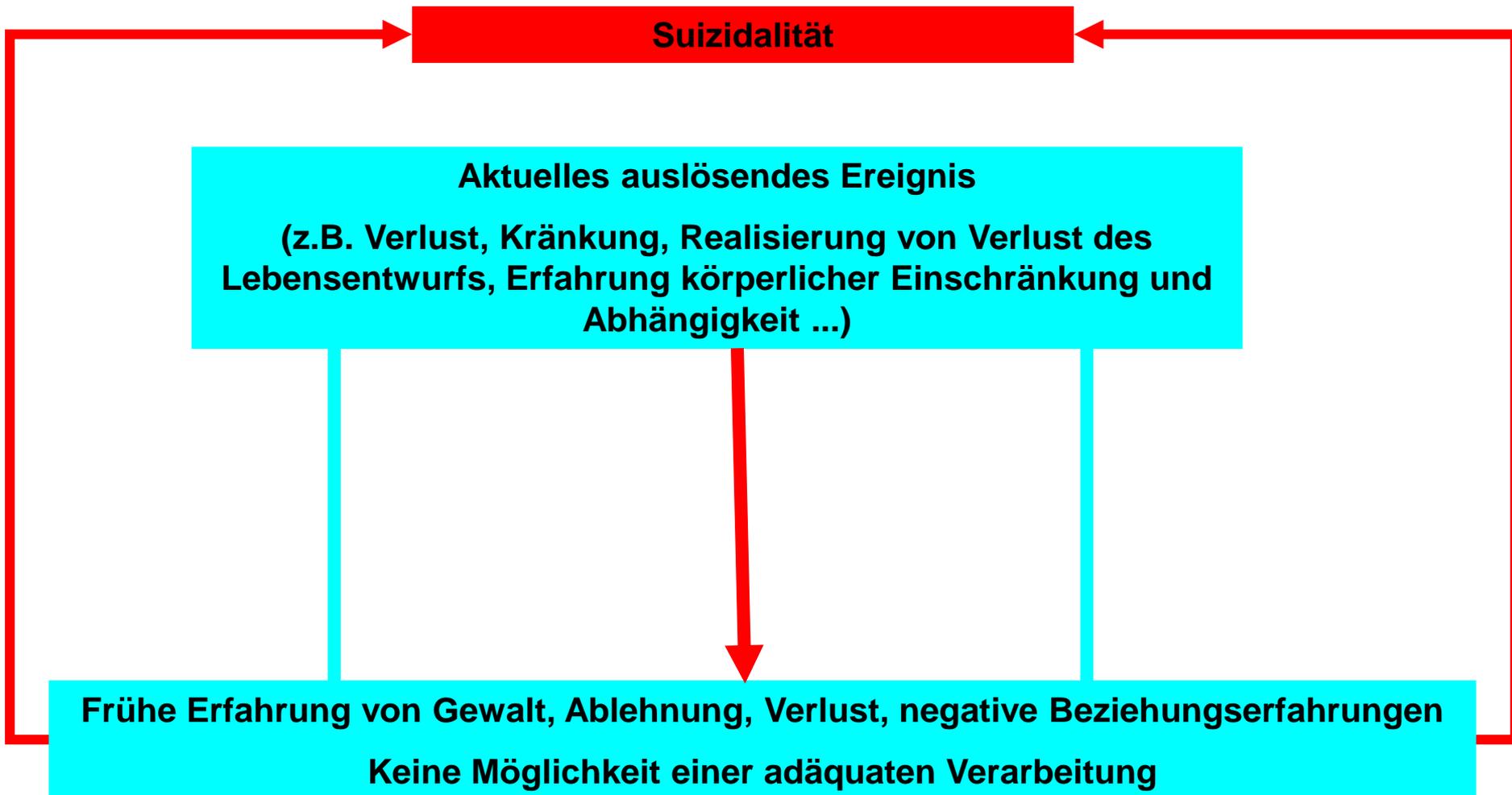
- **Verbal**

- 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

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



# Und was ist Lebensmüdigkeit?

## Erkennen

---

- Lebensmüdigkeit ist die am wenigsten bedrohliche Form der Suizidalität, mit einem äußerst geringen Druck zu Handeln oder zu Unterlassen
  - Kann ein Zustand einer psychischen Krise sein
    - Überdross, Perspektivlosigkeit, Langeweile, Verdruss, Sinnlosigkeit, Ärger
  - Ein Zustand der Ambivalenz
    - Es geht nicht darum, unbedingt zu sterben, sondern „müde“ zu sein, die Lasten des Lebens weiter zu tragen
  - Ein interaktionelles (Beziehungs-)Geschehen
    - Kann bei anderen Sorge, Fürsorge, Scham, Schuld, Ärger, Inkompetenz ... auslösen
-

- **2.5 – 15% der älteren Allgemeinbevölkerung beurteilt das Leben als nicht lebenswert**
- Todeswünsche liegen bei 2.6– 6% vor
- Suizidgedanken und –pläne haben 1 – 2.8%
- Suizidversuche machen 0.2 - 0.6%
- 5% aller geriatrischen Akutpatienten äußern Todeswünsche
- Populationen mit einem hohen Anteil psychischer Krankheit im Alter sind deutlich häufiger suizidal. **29 – 35 % finden ihr Leben nicht lebenswert, 23 – 28% äußern Todeswünsche**, 9 – 10 %, 9-10% hatten Suizidgedanken, 1.7 – 3.3% hatten Suizidpläne, 0.6% hatten Suizidversuche gemacht
- Patienten eines psychosomatischen Konsil-/Liaisondienstes in einer Akutgeriatrie waren zu **7.4% lebensmüde**

Paykel et al. 1974, Skoog et al. 1996, Barnow et al. 1997, Scocco et al. 2002, Burkhardt et al. 2003, Lindner 2017

## 179 Patienten der stationären Geriatrie

- Auswahl nach pragmatischen Gesichtspunkten
- Durchschnittsalter 81 Jahre „Fallgruppe“, 78 Jahre „Kontrollgruppe“
- Zwei Befragungen in einer Woche

## Ergebnisse

- **Patienten mit dem Gedanken, das Leben sei nicht lebenswert**
  - Insgesamt weniger zufrieden als Kontrollen, weniger Vorstellung, was sich ändern sollte, um am Leben zu bleiben, tendenziell eher Angst, dass Ihnen etwas zustoßen könnte, belastende Wohnsituation, Veränderungen ihrer sozialen Kontakte wurden negativer eingeschätzt
- **Patienten mit Todeswünschen**
  - Erlebten die Veränderung ihrer Aktivitäten und Interessen als wesentlich negativer, hatten mehr Menschen, die sie unterstützten, hatten Menschen „ihres Vertrauens“ – auf Gegenseitigkeit. Tendenziell waren sie religiöser, sozial mehr eingebunden als Patienten ohne Todeswünsche
- **Patienten mit Suizidgedanken**
  - Hatten schon früher Suizidgedanken, hatten bereits Hilfsangebote angenommen, waren gesundheitlich stärker gefährdet, konnten ihre Wohnung seltener verlassen

Sperling et al. (2009). Suizidprophylaxe 36: 29 - 35

- 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/Lebensmüdigkeit der Person nicht „wegnehmen“ wollen
- Sich als unvoreingenommen, akzeptierend, unabhängig und belastbar erweisen

- Kennen Sie Ihre Möglichkeiten!
  - Sie können Weichen stellen
  - Informieren Sie sich über psychiatrische und psychotherapeutische Hilfen (niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten in Ihrer Nähe, psychiatrische Institutsambulanzen und Kliniken, Kriseninterventions- und Beratungsstellen)
  - Wenn möglich, bieten Sie bis zur Klärung der Weiterbehandlung kurzfristige, zeitlich definierte Gesprächstermine
- Kennen Sie Ihre Grenzen!
  - Bieten Sie nur die Unterstützung und Hilfe an, die Sie leisten können, persönlich, organisatorisch, fachlich und zeitlich

- Unterscheiden sich bezüglich eines Handlungsdrucks hin zu selbst herbeigeführtem Sterben
- Haben ähnliche Auslöser und Ursachen
- Sie sind Ausdruck eines spezifischen, oftmals ambivalenten Wunsches nach Austausch, Reflektion und Kontakt
- Ziel ist nicht, sie zu beseitigen, zu entfernen, sondern sie zu verstehen, den inneren Umgang damit zu differenzieren und damit den Druck zu handeln zu senken