

Suizid im Alter

Vortrag auf den 6. Internationalen Sylter Palliativtagen, 11.-14.
März 2017

Reinhard Lindner

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

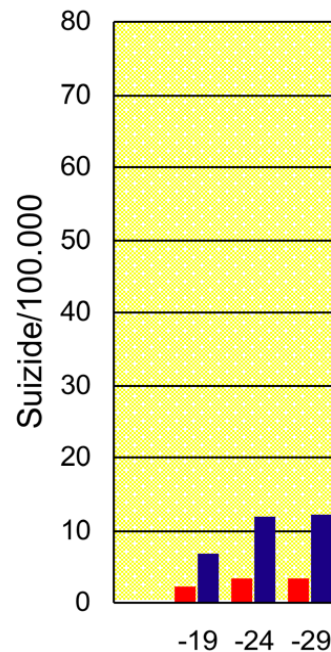
- Worüber wir reden: Definitionen
- Die Welt der Zahlen: Epidemiologie
- Verstehen: Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität
- ... im Alter
- ... am Lebensende
- Der Wunsch nach Suizidassistenz: Bericht einer Psychotherapie am Lebensende

Sylter Palliativtage 2017

- **Lebenssattheit:** Gefühl, genug gelebt zu haben, im Einklang mit sich selbst bereit zu sein, zu sterben, ohne dies aktiv herbei führen zu wollen
- **Lebensmüdigkeit:** Sterben-wollen, Lebensüberdruß mit geringem Handlungsdruck
- **Suizidalität:** das gesamte Spektrum von Gedanken, Gefühlen und Handlungen betreffend den Suizid, wie auch Suizidgedanken und suizidales Verhalten
- ... und wo sind die **Todeswünsche** angesiedelt?

Die Welt der Zahlen:

• Der Suizid trägt die

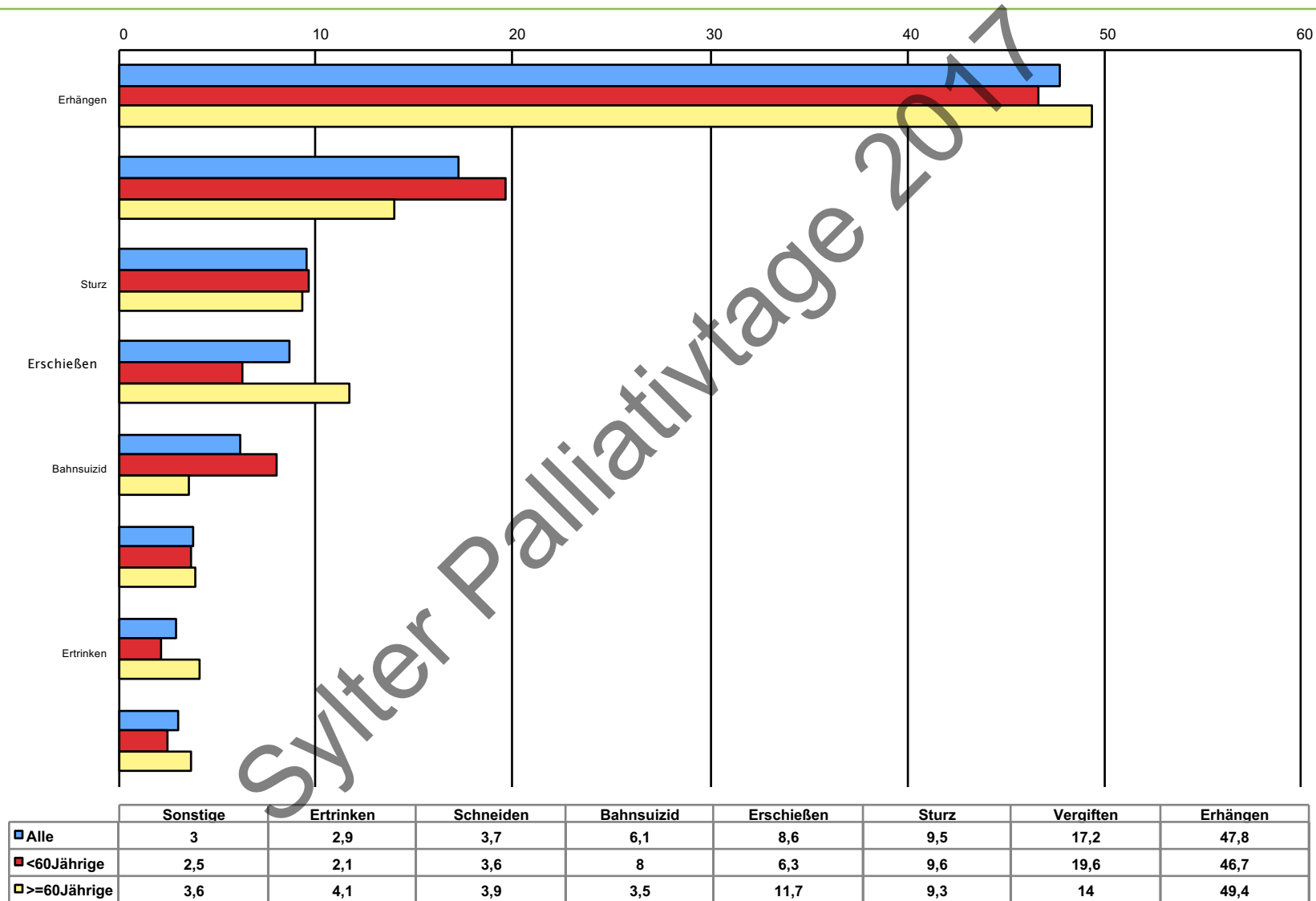


Maßnahme	Quelle	Evidenzklasse	Empfehlungsgrad
Metaanalyse	Oyama et al. 2008	Ia	A
IMPACT (1): Aktivierungsprogramme, Care Manager, Pharmako- und Verhaltenstherapie	Unützer et al. 2002 Unützer et al. 2006	Ib	A
PROSPECT (2): Care Manager, Monitoring, interpersonelle Psychotherapie, Follow-up, Antidepressiva	Alexopoulos et al. 2009, Bruce et al. 2004	Ib	A
Depressionsscreening, Workshop zur psychischen Gesundheit für Ältere, Follow-up, Überweisung zum Psychiater und Behandlung (3)	Chiu et al. 2003, Oyama et al. 2004, 2006a,b,c	Ib	A
Gruppenaktivitäten zur Erholung, körperlichem Training und Selbsthilfe, Selbstbewertung von Depressivität (4)	Oyama et al. 2005	III	B
24 Std. Alarm System und wöchentliche Telefonkontakte (5)	DeLeo et al. 1995, 2002	III	B
Sozialpädagogische Arrangements, stützende Psychotherapie, nur per Telefon	Morrow-Howell et al. 1998	III	B
Antidepressiva und interpersonelle Psychotherapie (IPT)	Szanto et al. 2001	III	B
Zielektive, telefonische Beratung, Hausbesuche, 24-Std.-Hotline	Fiske und Arbore 2000	III	B
Antidepressiva und interpersonelle Psychotherapie (IPT)	Szanto et al. 2003	III	B
Interpersonelle Psychotherapie zur	Heisel et al. 2009	III	B

Lapierre, Erlangen, Waern et al. (2011) Crisis 32: 88–98, Erlangen, Nordentoft, Conwell et al. Crisis, DOI:10.1027/0227-5910/a000053, Lindner, In: Pantel, Schröder, Sieber, Kruse, Bollheimer (Hrsg.): Praxishandbuch Altersmedizin, Kohlhammer, 2014
Schneider, Sperling, Wedler (2011) Crisis 32: 88–98, Erlangen, Nordentoft, Conwell et al. Crisis, DOI:10.1027/0227-5910/a000053, Lindner, In: Pantel, Schröder, Sieber, Kruse, Bollheimer (Hrsg.): Praxishandbuch Altersmedizin, Kohlhammer, 2014

Die Welt der Zahlen: Epidemiologie

– Suizidmethoden (2007)

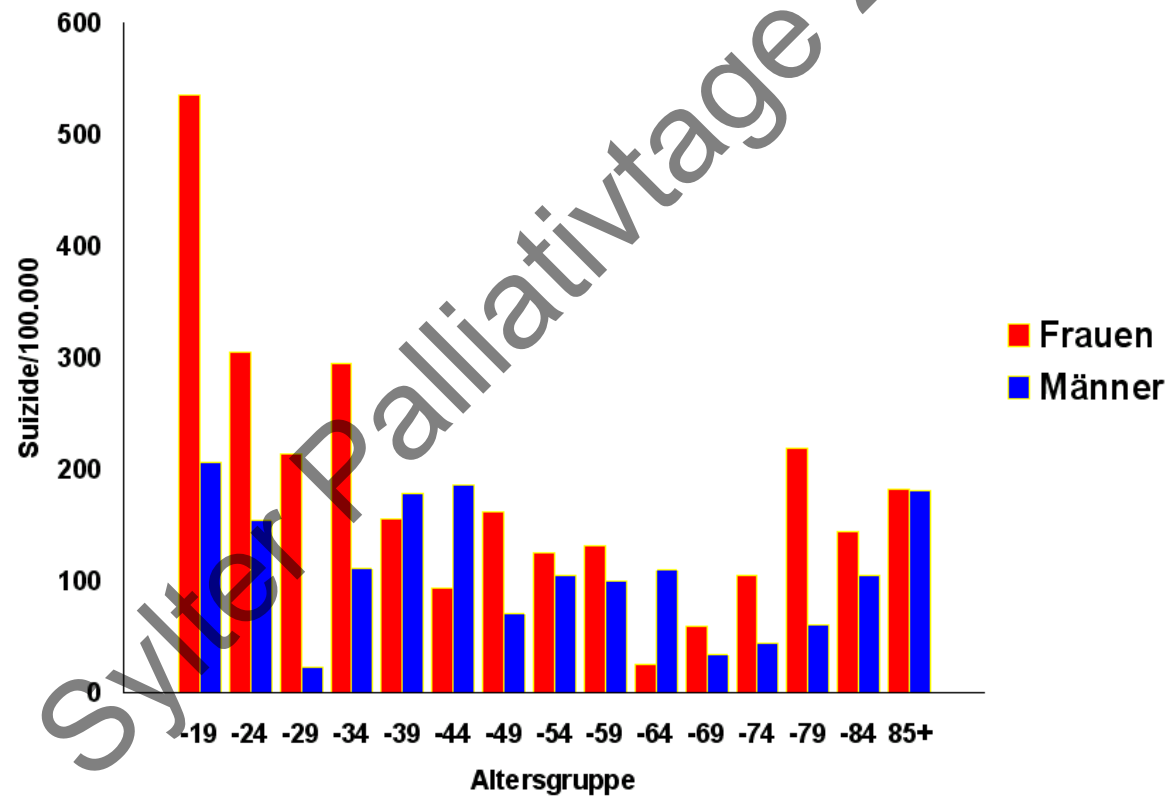


Die Welt der Zahlen: Epidemiologie

Suizidversuche im Alter



Suizidversuchsraten in Deutschland (WHO-Erfassungsgebiet Würzburg: 2002)



- 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

Verstehen: Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität

- **Auslöser:** Häufig beziehungsorientiert: Trennungen, Verluste, Kränkungen, schwere Erkrankungen, Isolation
- **Ursachen:** Unzureichend bewältigte Lebens- und Entwicklungskrisen in Kindheit und Jugend, Ablehnungs- und Gewalterfahrungen, Störungen der Identitätsbildung

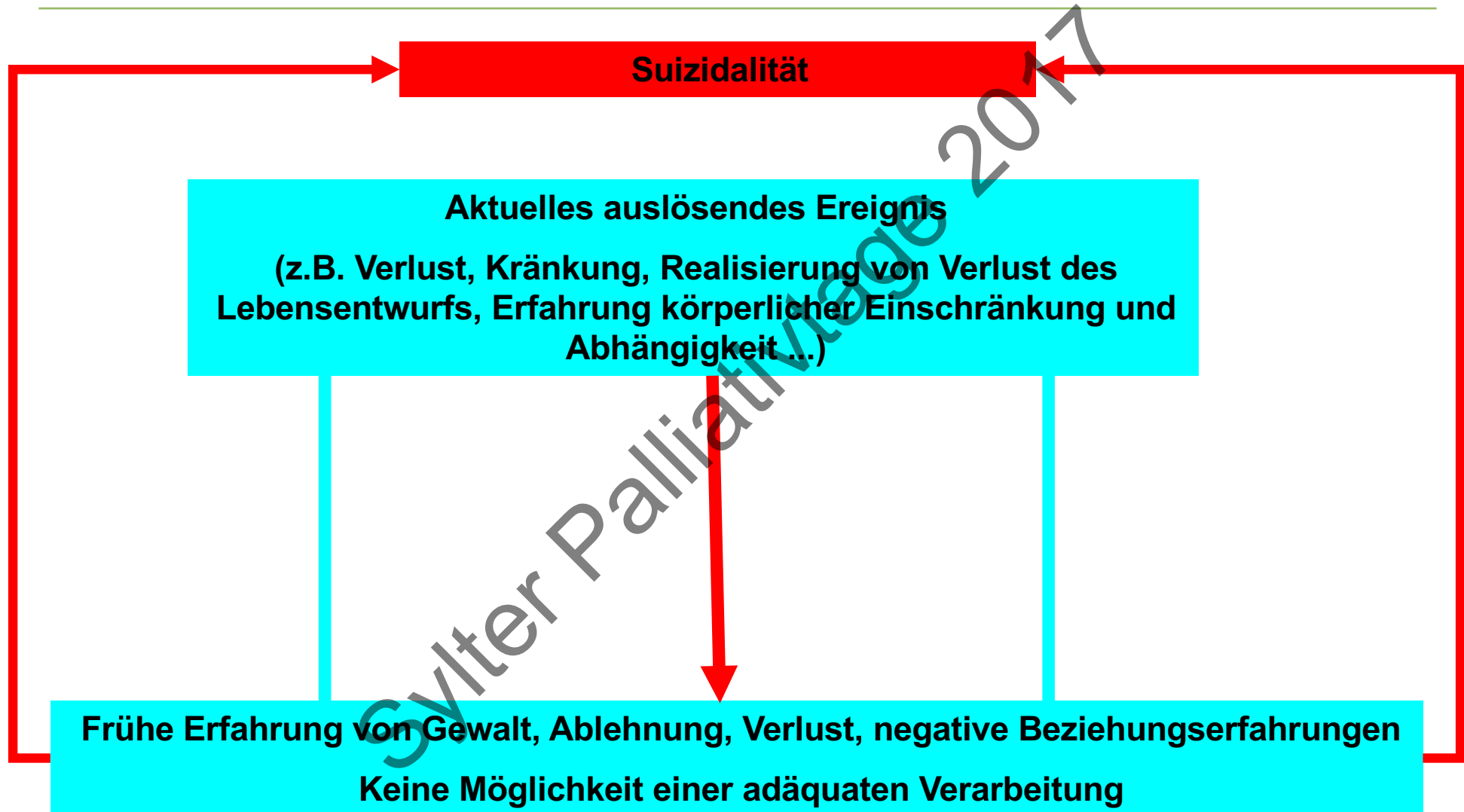
Gerisch B et al. (2000) In: Kimmerle, G. (Hrsg.): Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Reihe Anschlüsse, Bd. 4. edition diskord, Tübingen, S. 9-64

Verstehen: Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität

- Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch verzweifelt über sich selbst, sein eigenes Leben ist und keine Hoffnung und Perspektiven sieht
- Psychoanalytische Konzeption
 - Auslöser (Trennungs-, Verlust- und Kränkungserfahrungen) führen zur Schwächung der vorherigen Möglichkeiten, mit Belastungen umzugehen, damit
 - zu einem Zurückgreifen auf weniger situationsangemessene, radikalere Formen der Bewältigung und
 - Wiederbelebung konflikthafter Erlebnisweisen von Aggression, Autonomie/Abhängigkeit, welche
 - zu einem bewussten widersprüchlichen Erleben von Ohnmacht und zu einem Handlungsdruck führen

Gerisch et al. 2000 in: Kimmeler 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, **Lindner** 2009 *Psychother Psych Med* 60: 290-297

Verstehen: Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität:
Ein vereinfachtes Modell von Anlass und Ursachen suizidalen Erlebens
und Verhaltens



Gerisch, Fiedler, Gans, et al. (2000) In: Kimmerle. (Hrsg.): **Zeichen des Todes in der psycho-analytischen Erfahrung**. edition diskord, Tübingen, S. 9–64, Lindner (2006) **Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Studie**. Psychosozial-Verlag, Gießen, Altenhöfer, Lindner, Fiedler et al. (2008). **Psychotherapie im Alter** 5: 225–240 , Lindner (2010) **Psychother Psych Med** 60: 290–297, Lindner (2012) **DMW** 137 (40) : 2002–2004

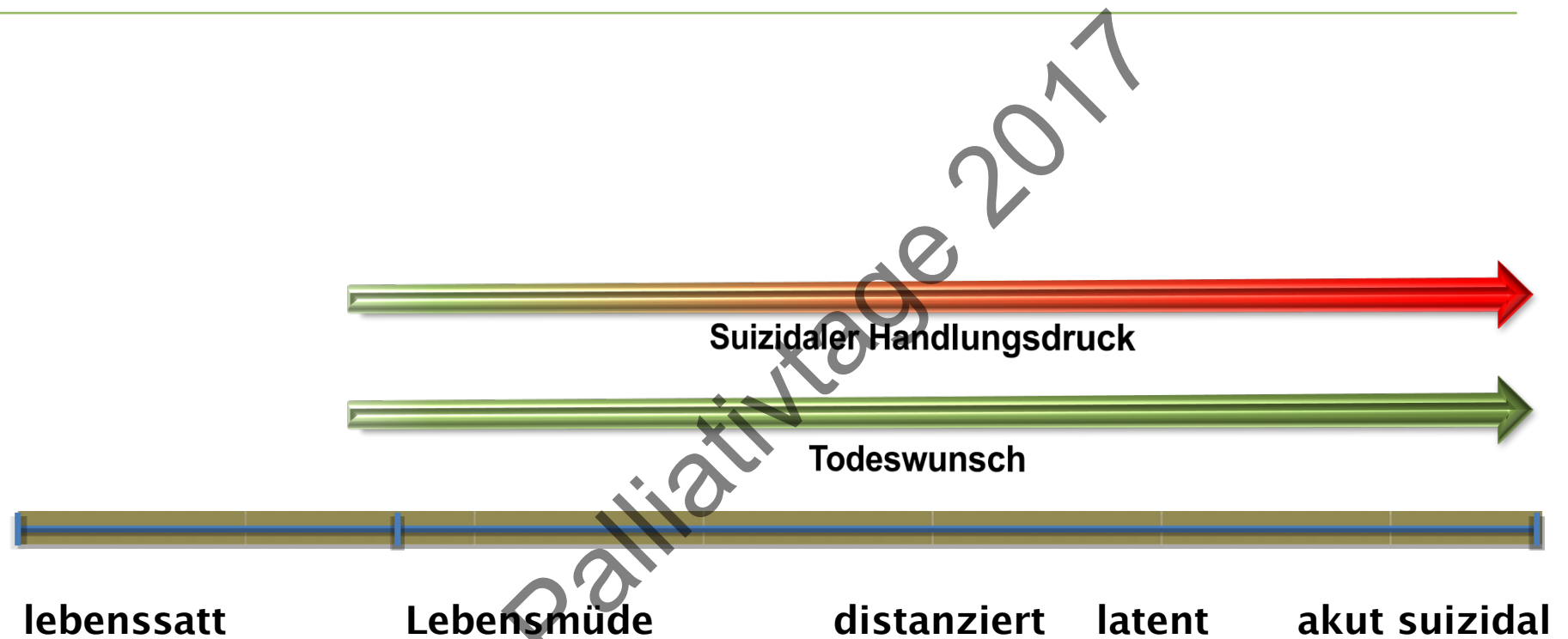
- Hauptauslöser
 - Verlust des Partners oder/und des sozialen Netzwerks
 - Verlust der Freiheit, Angst vor schweren Erkrankungen
 - Demenzangst, Abhängigkeitsangst
 - Soziale Konflikte mit wichtigen Personen (Partner, Kinder, Freunde)
- Komorbidität: Affektive Störungen in 50-80% der Suizide
- Hochrisikogruppe: alte Männer, verwitwet, allein oder geschieden, mit wenig interpersoneller Kompetenz und Alkoholismus
- Körperliche Komorbiditäten

Henriksson et al. (1995) J Affective Disorders 36:11-20, **Lindner** et al. (2008) Psychotherapie im Dialog 9:48-52, **Canetto** (1991) J Psychology 125:605-620, **Kapusta** et al. (2004) jmhg 1:197-202

- Körperliche Erkrankungen und Suizidalität
 - Komplexe Interaktionen und Assoziationen zwischen körperlichen Erkrankungen und Suizidalität, besonders bei Hirninfarkten, Schmerz, COPD und Krebs
 - Kein signifikanter Zusammenhang zwischen Suizidalität und Multimorbidität bei Hochbetagten
 - ABER hohe Signifikanz zwischen Suizidalität im hohen Lebensalter und Verlust funktioneller Kompetenz, weniger mit spezifischen Erkrankungen
 - Suizidalität bei Multimorbidität ist wechselhaft, veränderbar und schwer vorherzusagen

Waern et al. (2002) BMJ 324:1355 , **Sperling** et al. (2009) Suizidprophylaxe 36: 29-35, **Fässberg** et al. (2013) BMJ Open. Doi: 10.1136/bmjopen-2012002260, **Kang** et al. (2014) Int. Psychogeriatrics 26:59–67 , **Melqvist** et al. (2015) Aging and Mental Health <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>

...am Lebensende



- 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

Der Wunsch nach Suizidassistentz: Bericht einer Psychotherapie am Lebensende

