

Ina Manfredini:

Suizidalität hochbetagter Menschen als Herausforderung für PsychotherapeutInnen

Dieser Beitrag ist eine ergänzte Fassung des im Dezember 2013 veröffentlichten Artikels erschienen in der Fachzeitschrift „Systemische Notizen der Lehranstalt für systemische Familientherapie“.

1. Einleitendes

In unserer heutigen Gesellschaft – vor allem in der westlichen Welt – lebt eine nie da gewesene Anzahl älterer Menschen. SozialarbeiterInnen können in unterschiedlichsten Zusammenhängen mit älteren und alten Menschen in Kontakt kommen, sei es unmittelbar als Hilfesuchende, sei es mittelbar über Angehörige oder andere Menschen aus dem Umfeld. Der Bedarf an Sozialer Arbeit mit alten Menschen steigt daher beständig und wird auch in den nächsten Jahren weiter stark steigen.

Darüber hinaus ergeben sich durch den demografischen Wandel und auch durch die mit dem gesellschaftlichen Strukturwandel einhergehende zunehmende Differenzierung der Personengruppe in der so genannten „dritten Lebensphase“ neue Herausforderungen. Die Hilfsangebote, z. B. bei Pflegebedarf, müssen der jeweiligen Lebenssituation angepasst und auf ältere Menschen abgestimmt werden. Ältere und alte Menschen und deren Angehörige sind als Personen zu sehen, die Anspruch auf eine Auswahl von Dienstleistungen und auf Mitbeteiligung an der Organisation solcher Angebote haben (vgl. EUSTaCEA 2010).

Oft wäre in diversen sozialen Angeboten für ältere Menschen ein multiprofessionelles Team zur Abdeckung der unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse erforderlich (Sozialarbeit, Psychologie, Medizin, Pflege, Therapie ...) – doch ist dies nicht immer gegeben. SozialarbeiterInnen können und könnten hier auch innerhalb des Teams vermittelnde und koordinierende Funktionen übernehmen. In jedem Fall ist ein hohes Ausmaß an interdisziplinärem Austausch und – nach Möglichkeit – Zusammenarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen im Sinne der betroffenen Menschen anzustreben und zu fördern.

Ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet für die Sozialarbeit mit älteren Menschen ist die Suizidprävention und Vernetzung mit Kriseneinrichtungen, sozialpsychiatrischen Notdiensten und niedergelassenen PsychotherapeutInnen um der zunehmenden Suizidalität hochbetagter Menschen zu begegnen.

Der Leiter des Kriseninterventionszentrums in Wien, Dr. Claudius Stein, arbeitet und forscht u. a. zu Suizidalität im Alter:

„In den westlichen Industrienationen ist man heute auf Grund der steigenden Lebenserwartung mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung konfrontiert. Dies stellt die Gesellschaft als Ganzes wie auch das Gesundheits- und Sozialsystem laufend vor neue Herausforderungen. Das Alter umfasst mittlerweile eine Lebensspanne von über 40 Jahren. Der Gesundheitszustand, die ökonomischen Möglichkeiten, die soziale Einbindung, unterschiedliche Werthaltungen und Lebensstile differenzieren diese Gruppe nachhaltig. Während sich einerseits die Lebensbedingungen der Menschen im dritten Lebensalter (d. h. der 60- bis 75-Jährigen, Kruse Andreas, 2009) in den letzten Jahren ständig verbessert haben, steigt im ‚vierten Lebensalter‘ (über 75-Jährige) das Risiko deutlich an, bestimmten Belastungen, wie Verlusten von Partnerinnen und Freunden, schwerer Krankheit oder Behinderung begleitet von entsprechenden Einschränkungen ausgesetzt zu sein (...) Die hohen Suizidraten älterer Menschen sind ein besorgniserregender Ausdruck dieser gesellschaftlichen Problematik.“ (Stein 2009)

2. Demografische Entwicklung

Die europäische Bevölkerung ist zur Jahrtausendwende an einem Wendepunkt ihrer demografischen Geschichte angelangt. Bis zu den 1960er-Jahren erreichten die durchschnittlichen Wachstumsraten der Bevölkerung ihren Höhepunkt. Danach wurde der Bevölkerungszuwachs kontinuierlich geringer bis hin zum Bevölkerungsrückgang. Dieser Trend wird sich voraussichtlich in den kommenden Jahrzehnten noch verstärken. Die eigentliche „demografische Revolution“ besteht allerdings im absehbaren Wandel der Altersstruktur mit seinen weitreichenden gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Folgen. (vgl. Rosenmayr/Böhmer 2006: 131ff)

- Zwischen 1923 und 1970 stieg in Österreich die Zahl der über 60-Jährigen von 150.000 auf 1,5 Mio. Personen an. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0 bis unter 20 Jahre) blieb praktisch unverändert (ca. 2,3 Mio.), ebenso die Zahl der 20- bis 59-Jährigen (ca. 3,6 Mio.).
- Beginn der 1970er-Jahre: jeder/jede 5. EinwohnerIn Österreichs ist 60 Jahre oder älter.
- Bis 2000: die Zahl der über 60-Jährigen stieg kaum, die Zahl der 20- bis 59-Jährigen dagegen deutlich (von 3,665 Mio. auf 4,59 Mio.). Die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0 bis unter 20 J.) verringerte sich um beinahe 500.000 (1970: 2,32 Mio.; 2000: 1,84 Mio.).
- Prognosen zufolge werden in Österreich 2013 erstmals mehr als 2 Mio., 13 Jahre später (2026) über 2,5 Mio. und ab 2035 mehr als 2,8 Mio. über 60-Jährige leben. Dem gegenüber steht ein deutlicher Rückgang der Kinder und Jugendlichen sowie der 20- bis 59-Jährigen: der Anteil der 60- und Mehrjährigen wird daher in den kommenden Jahrzehnten von 34% auf 37% steigen.

- Nach 2030: Die geburtenschwachen Jahrgänge der 1960er-Jahre erreichen das 60. Lebensjahr – der demographische Alterungsprozess kommt langsam zum Stillstand.
- 2050: In der ganzen Welt werden Prognosen zufolge mehr ältere Menschen (60+) als jüngere (bis 14) leben. Die Gruppe der Älteren wächst weltweit um 2 Prozent pro Jahr.

3. Epidemiologie suizidalen Verhaltens

Mit steigendem Alter nimmt das Suizidrisiko erschreckend zu, besondere Gefährdung besteht für alte Männer. Diese haben gemäß WHO ein mehr als 10-fach höheres Risiko an Suizid zu versterben als die Durchschnittsbevölkerung (vgl. WHO 2010). Die WHO berichtet, dass in den vergangenen 45 Jahren die Suizide weltweit um 60 Prozent zugenommen haben. Im Jahr 2000 starben den Länderberichten und Statistiken zufolge mehr als eine Million Menschen durch Suizid.

Suizidalität ist die Gesamtheit all derjenigen Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen, die selbstdestruktiven Charakter haben können und die den eigenen Tod direkt oder indirekt in Kauf nehmen sowie aktiv oder durch Unterlassung anstreben. (vgl. Volk/Travers/Neubig 1998: 44) Suizid ist nur eine Möglichkeit von Menschen – Suizidgefährdung ist keine Krankheit, sondern ein Ausdruck von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. (vgl. Sonneck 2000: 151)

Die WHO hat zudem errechnet, dass von jedem Suizid oder Suizidversuch noch insgesamt sechs weitere Menschen, wie Angehörige oder Freunde, betroffen sind. Eigene Schuldgefühle, Schuldzuweisungen aus dem Umfeld und die Frage nach dem Warum belasten viele trauernde Angehörige über lange Zeiträume hinweg – und sind vielfach bedrückendes Thema in der psychotherapeutischen Praxis.

In Österreich nahmen sich 2011 gem. Statistik Austria (2012, zit. in Kapusta 2012: 4) 1286 Menschen das Leben, siehe Tabelle 1.

Tabelle 1. Österreichische Suizidzahlen der letzten Jahre nach Geschlecht.

Österreich	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Suizide absolut									
Männer	1068	1073	1043	997	965	962	968	968	973
Frauen	388	345	349	296	315	303	305	293	313
Gesamt	1456	1418	1392	1293	1280	1265	1273	1261	1286
Suizidraten pro 100.000*									
Männer	27,1	27,0	26,1	24,8	23,9	23,7	23,8	23,7	23,7
Frauen	9,3	8,2	8,3	7,0	7,4	7,1	7,1	6,8	7,3
Gesamt	17,9	17,4	16,9	15,7	15,4	15,2	15,3	15,0	15,3

*Berechnungen basieren auf der Jahresdurchschnittsbevölkerung.

Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt 08/2012

Tabelle 1: Österreichische Suizidzahlen der letzten Jahre nach Geschlecht (Statistik Austria 2012 zit. in Kapusta 2012: 4)

Ältere Menschen haben eine deutlich erhöhte Suizidrate. In Österreich entfallen nahezu ein Drittel aller Suizide auf Menschen im Alter über 65 Jahren. Die Suizidrate älterer Menschen in Österreich zählt im europäischen Vergleich zu den höchsten, während dies für die Rate der Gesamtbevölkerung nicht mehr gilt. Auffallend ist, dass

Männer deutlich häufiger Suizide begehen als Frauen. Noch dramatischer ist in Österreich die Situation bei Männern über 85 Jahren, die eine fast fünfmal so hohe Suizidrate (112,6/100.000) wie die Gesamtheit der österreichischen Männer haben (27,4/100.000) (vgl. Stein 2009: 40)

Kapusta (2012: 10) präsentiert die Suizidraten nach Altersgruppen in Österreich (5-Jahres-Schnitt 2006-2010), siehe Abbildung 1. Die Suizidrate gibt die Anzahl der Suizide pro 100.000 Personen an:

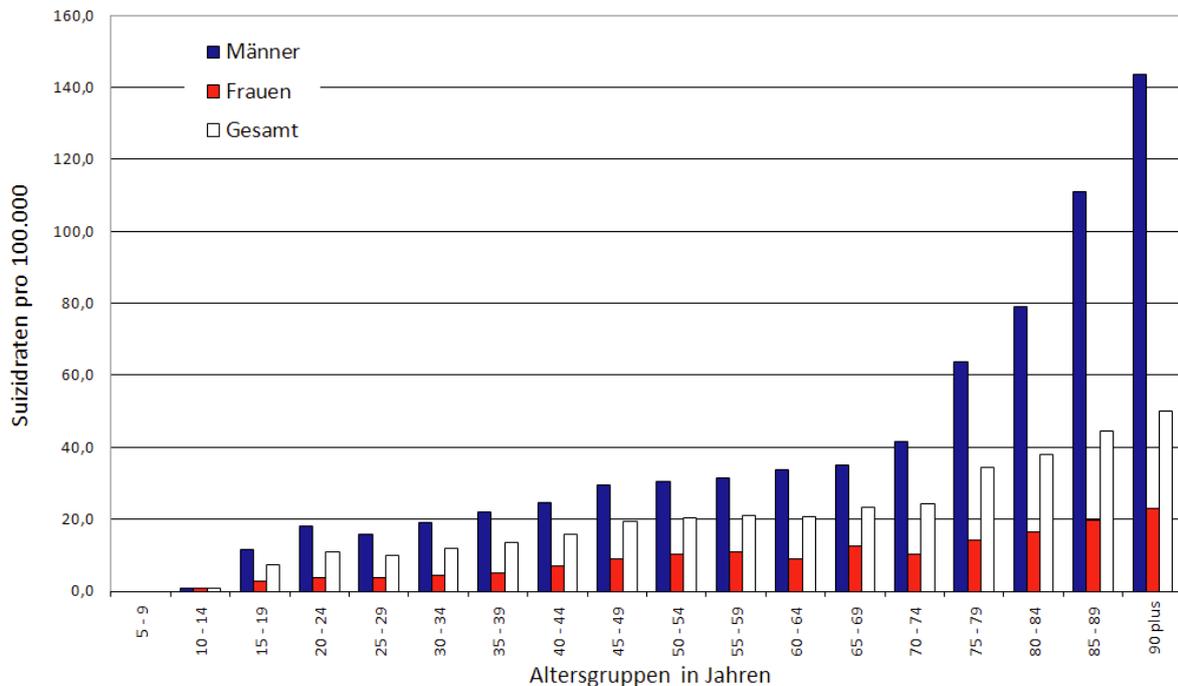


Abbildung 1: Suizidraten nach Altersgruppen in Österreich (5-Jahres-Schnitt 2006-2010) (Kapusta 2012: 10)

Verwitwete ältere Männer haben im Vergleich zur männlichen Gesamtbevölkerung ein 2,5-fach erhöhtes Risiko im Jahr nach dem Tod der Partnerin an einem Suizid zu sterben. (vgl. Wilkening 1997) Ihre Lebenssituation kann sich durch körperliche und seelische Belastungen so verschlechtern, dass sie nicht mehr weiterleben wollen. Diese Risikogruppe wird von psychosozialen Einrichtungen und niedergelassenen PsychotherapeutInnen noch nicht ausreichend erreicht. Möglicherweise wird übersehen, dass auch im hohen Alter Suizidprävention, Krisenintervention, Therapie und Leidensminderung möglich sind.

Bedrückend ist, dass trotz der seit Jahrzehnten bekannten Suizidstatistiken noch zu wenige Maßnahmen gesetzt werden, um die Situation älterer Menschen so zu verbessern, damit sie bis zu ihrem Lebensende in Würde leben können, ohne vereinsamt Suizid zu begehen, der möglicherweise zudem einen schrecklichen Todeskampf bedeutet. Teising schrieb zu den Suizidstatistiken bereits 1992 in provozierender Weise:

„Sie lösen keine Diskussion aus. Wir meinen die Gründe zu kennen, ohne gefragt zu haben. Der Alte ist entweder krank oder hat Bilanz gezogen. Den entwürdigenden äußeren Lebensumständen vieler alter Menschen stehen wir

aber passiv gegenüber. Bewegen wir uns auf dem Boden eines verdrängten und überwunden geglaubten Sozialdarwinismus? Sind die Jungen gar erleichtert, wenn die Alten verschwinden?“ (Teising 1992: 20)

Weltweit setzen sich Arbeitsgruppen im Rahmen nationaler Suizidpräventionsprogramme zum Ziel, über Gründe und Anzeichen der Suizidgefährdung im Alter aufzuklären. Sie zeigen Wege auf, die helfen suizidalen Entwicklungen vorzubeugen.

Die Suizidraten der Gesamtbevölkerung in Österreich und in europäischen Ländern nehmen insgesamt seit Mitte der 1980er-Jahre stetig ab. Dies wird auf die bessere psychosoziale Versorgung, die bessere notfallmedizinische Versorgung bei Suizidversuchen, die Früherkennung und Behandlung von depressiven Erkrankungen, Schulungen zur Suizidprävention, insbesondere von HausärztInnen, und eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung (Ehrenkodex der österreichischen Presse¹) in Zusammenhang mit Suiziden zurückgeführt.

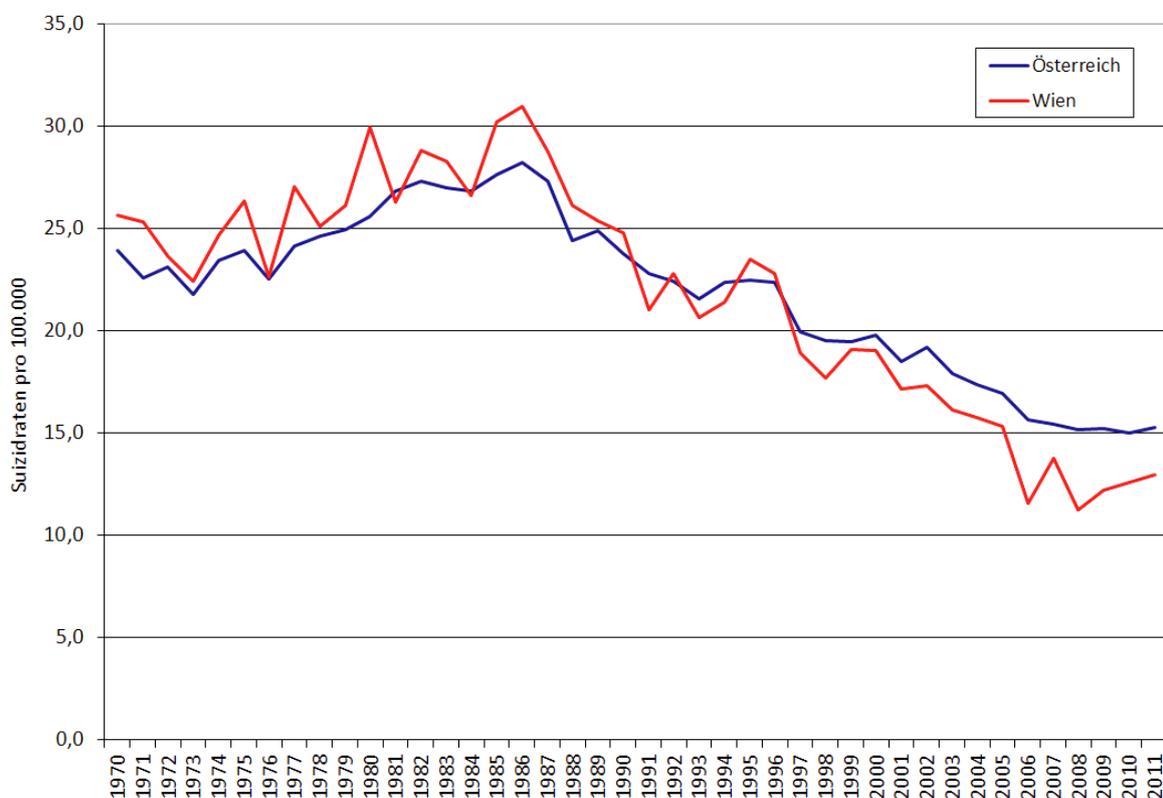


Abbildung 2: Der Rückgang der Suizidraten in Wien versus Österreich (Kapusta 2012: 9)

4. Krisenintervention bei Suizidalität im hohen Alter

Die Ursachen von Krisen sind tagtägliche Schwierigkeiten, die übergangen werden: Wo ein Bedarf nicht wichtig genommen wird, macht er sich wichtig. Suizidale Krisen haben einen Auslöser, der den letzten Anstoß gibt und bestehende Probleme akut werden lässt. Anlass der Krise ist die subjektive Bedeutung und die Relevanz der realen und fantasierten Konsequenzen.

Menschen in suizidalen Krisen erleben ihre momentane Lebenssituation massiv eingeschränkt, sie sind mit belastenden Ereignissen oder Lebensumständen

konfrontiert, die bisherige Lebensziele in Frage stellen und die nicht mit den üblichen Lebensbewältigungsstrategien gemeistert werden können.

Das Versagen von Bewältigungsstrategien ruft bei den Betroffenen meist ein massives Gefühl von Überforderung und Erleben des persönlichen Versagens hervor. Lebensmut und Lebensfreude gehen verloren. Dies wird als unangenehm und bedrohlich erlebt. Es entstehen Spannung, Ärger, Verbitterung, Verzweiflung, Traurigkeit und Lebensüberdruß, die zu einer Verzerrung und Verleugnung der Realität führen können.

Alle seelische und körperliche Kraft wird in die Problembewältigung investiert. Dadurch können oft die Herausforderungen des Alltags nicht mehr bewältigt werden und das Selbstwertgefühl ist massiv beeinträchtigt. Am Höhepunkt der Krise kann es zu Zweifeln am Sinn des Lebens und dem Gedanken an Suizid als einzigem Ausweg kommen. Gefühle von Einsamkeit und Isolation und der Verlust stützender Netzwerke und Beziehungen, die nicht durch neue ersetzt werden können, können das Ausmaß von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, insbesondere bei hochbetagten Menschen, erhöhen und ohne adäquate Unterstützung zu einer Selbsttötung führen.

4.1 Fallbeispiel Charles und Lilly²

Charles und Lilly wurden gemeinsam in ein Pflegeheim aufgenommen, da Lilly durch einen Schlaganfall schwer pflegebedürftig und nicht ansprechbar war. Beide waren zum Zeitpunkt der Aufnahme über 90 Jahre alt und seit 70 Jahren miteinander verheiratet.

Charles kündigte mehrfach an, sich das Leben nehmen zu wollen, sobald Lilly sterben sollte. Er würde „todsicher“ handeln – er habe schon ausgekundschaftet, dass es im 6. Stock eine Terrasse gab, von der er sich hinunterstürzen würde – seine Ankündigung und der konkrete Plan wiesen ein erhöhtes Risiko für eine Suizidhandlung auf und erforderten schützende, stabilisierende und entlastende Maßnahmen.

Die Suizidankündigung wurde als Ausdruck einer ihn überfordernden Situation verstanden, die Charles nicht mehr alleine bewältigen konnte. Die offene und nicht wertende Gesprächsatmosphäre erlaubte Charles, offen und direkt über seine Suizidabsichten und -pläne zu sprechen, das Aussprechen half ihm, seinen Gefühlen Ausdruck zu geben und wirkte damit entlastend.

Als im Pflegeheim tätige Psychotherapeutin wurde ich von der Stationsärztin gebeten das alte Ehepaar in dieser schweren Krisensituation zu unterstützen, da Lilly ihrer Einschätzung nach nicht mehr lange zu leben hätte.

Mein erstes Treffen fand im Zimmer der Eheleute statt, Charles hatte die beiden Betten zusammen geschoben und saß auf dem Doppelbett, in seinen Armen Lilly. Der Anblick berührte mich sehr, sofort „verliebte“ ich mich in das Paar – die zarte Frau und ihren wunderschönen, ganz kleinen, hageren Mann mit seinem schlohweißen, schulterlangen Haaren, der aufmerksam seine Umgebung musterte und jede/n BesucherIn und jede pflegerische Handlung bei Lilly sehr kritisch prüfte.

Charles wurde als sehr schwierig beschrieben – hatte er den Eindruck, dass mit ihm oder seiner Lieben nicht respektvoll umgegangen wurde, konnte er sehr aggressiv

werden, fing an laut zu schimpfen oder warf mit Tellern voller Essen und mit Gläsern um sich.

Charles und Lilly waren als Varieté-Künstler jahrzehntelang durch Europa gereist, erst in den letzten Jahrzehnten blieben sie in ihrer Wohnung in der Singerstraße, die sie bereits in den 1940er-Jahren gemietet hatten. Die Ehe blieb kinderlos, es gab keine lebenden Familienmitglieder mehr, alle Freunde und Verwandten waren bereits gestorben – sie hatten nur noch einander und waren bis in ihr hohes Alter im Wesentlichen ohne fremde Hilfe ausgekommen.

In unseren Gesprächen bestätigte Charles seine Selbsttötungsabsicht, hatte jedoch der Ärztin versprochen, bis zum Tod seiner Frau nichts zu unternehmen – er war sich der rechtlichen Implikationen und möglichen Verlegung in eine gerontopsychiatrische Abteilung durchaus bewusst – und aus unserer Sicht wäre es eine Tragödie gewesen, die beiden in dieser prekären Lage zu trennen.

Suizidäußerungen und -handlungen sind nicht das Ergebnis einsamer Entscheidungen, sondern die Zuspitzung einer krisenhaften Entwicklung, die durch professionelle Hilfe aufgelöst werden kann. Dennoch können Suizidhandlungen auch mit umfassender professioneller Kompetenz nicht immer verhindert werden. Suizidabsichten üben jedoch großen Handlungsdruck aus, der den Spielraum für psychosoziale HelferInnen stark einschränkt.

Eine rasch einsetzende engmaschige Betreuung und Krisenintervention in dieser akuten Krisensituation war erforderlich, um nicht zu einem völligen Zusammenbruch der individuellen und situativen Hilfs- und Selbsthilfepotentiale zu führen – bei Charles und Lilly mussten wir einen schützenden, stabilisierenden und entlastenden Rahmen schaffen. Das Überwinden einer Krise kann durchaus – unabhängig vom Lebensalter – eine Kompetenzerweiterung und eine Neuorientierung ermöglichen. (vgl. Sonneck 2000)

„Erlebt sich nun ein Mensch in einer so genannten Krise, so beschreibt er sich meist abhängig von bestimmten Verhaltensweisen anderer, für ihn bedeutsamer Personen und beschreibt ein Gefühl des Ausgeliefertseins, der Ausweglosigkeit. Er glaubt, kaum noch über Einflussmöglichkeiten auf seine aktuelle Lebensgestaltung zu verfügen. Der Blick für Verhaltensoptionen engt sich drastisch ein. Die Menschen erleben häufig einen hohen Grad an Angst, Stress, Verbitterung und Verzweiflung und haben das dringende Bedürfnis, diesen Zustand so schnell als möglich auf welche Weise auch immer zu beenden, unter Umständen selbst dann, wenn er das Leben kostet.“
(Egidi/Boxbücher 1996: 8)

Krisenintervention ist gekennzeichnet durch höhere Aktivität der TherapeutInnen, am Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu arbeiten, die antisuizidal wirken kann. Sie erfordert das Erfassen der momentanen Lebenssituation mit allen Auswirkungen und der subjektiven Bedeutung, die Unterstützung beim Ausdruck und Benennen der mit der belastenden Situation verbundenen überschwemmenden Gefühle, die Installierung eines haltgebenden HelferInnennetzes und die vorsichtige Planung nächster Schritte – immer eine Orientierung entlang des akuten Krisenanlasses mit dem Ziel, Selbständigkeit und Autonomie zu stützen und zu erhalten.

In den folgenden Gesprächen mit Charles ging es zunächst darum, sein Vertrauen zu gewinnen, eine Gesprächsbasis aufzubauen, die er annehmen konnte, ihn zu stützen und in seiner Trauer zu stärken, die Suizidankündigung als Notsignal zu verstehen, da er nicht wusste, wie er das Sterben und den Tod seiner Frau verkraften sollte. Die Erzählungen rund um Lilly standen im Vordergrund seiner Mitteilungen – die guten Zeiten miteinander, das erste Kennenlernen, der gemeinsam überstandene Krieg, die Aufbaujahre, ihre gemeinsame Arbeit und den Abschied, den er nun bewältigen musste. Wir waren alle bewegt von seiner Verzweiflung, von seinen inständigen Bitten an Lilly, ihn nicht allein zu lassen.

Kern des Krisenmanagements war, ihm das Gefühl zu vermitteln, dass er in dieser schweren Zeit seines Lebens nicht ganz alleine sei und auf unsere Unterstützung zählen konnte. Dies erreichten wir, indem wir ein dichtes HelferInnennetz von Personen um ihn schufen, die er schätzen konnte: Durch eine Pflegehelferin, die liebevoll Lilly pflegte und beiden sehr zugetan war, eine Physiotherapeutin, die mit ihm arbeitete, damit er – vor Sorge und Schlaflosigkeit stark abgemagert und schwach – körperlich wieder kräftiger wurde, den hinzu gerufenen Seelsorger, der ihm spirituelle Stütze war, die er annehmen konnte, den Neurologen, der sorgfältig beruhigende Medikamente verordnete, den psychotherapeutischen Rahmen, der ihm ermöglichte, vorurteilsfrei über seine Todes- und Suizidgedanken zu sprechen, die Sozialarbeiterin und die Stationsschwester – Menschen die mit Wärme und Herzlichkeit Verständnis und Anteilnahme für seine Situation vermitteln konnten.

Als Lilly in einer stürmischen Nacht zu atmen aufhörte und ganz friedlich starb, war Charles nicht alleine mit ihr. Susanna, die Pflegehelferin, hatte Nachtdienst und wachte mit ihm für Stunden am Totenbett von Lilly, bis sie abgeholt wurde.

Charles wurde am nächsten Tag in ein Mehrbett-Zimmer nahe dem Schwestern-Stützpunkt verlegt. Er war in Tränen aufgelöst, traurig und außer sich, klagte und weinte und berührte mit seinem offen gezeigten Kummer und der Trauer um den Verlust seiner Frau. Während dieser Zeit halfen ihm viele Gespräche mit seinen BesucherInnen, die Fürsorge vermittelten und ihm halfen, seine Trauer auszudrücken. In diesen bewegten Tagen wechselten Ruhe und Gefasstheit mit starken Weinkrämpfen, abgelöst von Zeiten äußerer Ruhe und Zwiesgesprächen mit seiner verstorbenen Lilly.

Charles erholte sich, für uns sichtbar, doch überraschend gut. Bald begann er, sich Gedanken um das Begräbnis für Lilly zu machen und besprach Einzelheiten der Einsegnung, der Blumen und der Inschrift auf der Grabtafel – nur der Schriftzug „Charles und Lilly“ sollte am Grab an beide erinnern.

Auch nach dem Begräbnis blieb er im Pflegeheim. Er war still und gefasst, doch nie im Schweigen verharrend, Charles nahm Notiz von seiner Außenwelt und war zu Gesprächen bereit. In unseren Therapiestunden ging es um die anstrengenden und sorgenvollen Wochen der Betreuung von Lilly, doch zunehmend mehr um ihn und seine Überforderung in dieser Zeit. Die Suizidgedanken waren immer wieder Gegenstand unserer Gespräche, doch Charles verneinte auf meine Fragen stets eine Suizidabsicht und schien damit zu bestätigen, dass sie Ausdruck der seelischen Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit in der akuten Krisensituation waren, die er alleine nicht bewältigen konnte.

Nach einigen Wochen begann er – mittlerweile 94 Jahre alt – wieder nach Hause zu gehen, um nach dem Rechten zu sehen. Er brachte Fotoalben in die

Therapiestunden mit und ließ nochmals sein bewegtes Leben mit Lilly Revue passieren. Er erzählte vom Brand des Stephansdoms in den letzten Kriegsmonaten des Jahres 1944 und wie Menschenketten mit Wasserkübeln versucht hatten den Dom zu retten. Ich erlebte wiederum, welches therapeutische Privileg es war, in die Lebenswelten und Lebensgeschichten hochbetagter Menschen eintauchen zu dürfen.

Die Frage der Zustimmung, ihn nach Hause gehen zu lassen, war im Zusammenhang mit seinen früher geäußerten Suizidabsichten immer mit dem Bedenken verbunden, dass er sich zu Hause töten könnte. Die sorgfältige und stetig neu zu bewertende Einschätzung der Suizidalität stellte einen heiklen Balanceakt zwischen Kontrolle durch die Institution und die Wahrung seiner Autonomie dar.

In dieser Zeit beschäftigten uns HelferInnen ethische Fragestellungen, die über die gesetzlich geregelten, rechtlichen Rahmenbedingungen weit hinausgingen: Haben wir das Recht, einen Menschen von einer Selbsttötung abzuhalten, zu der er/sie sich vielleicht nach reichlicher Überlegung entschieden hat? Ist es möglicherweise anmaßend, einem Menschen das Recht über die Entscheidung über das eigene Leben abzuspochen? (vgl. Eink/Haltenhoff 2009: 14) Können wir ermessen, was in Charles vorging, der nach einem langen erfüllten Leben nicht mehr weiterleben mochte? Können wir erahnen, aber nicht ermessen, welche Leere im Leben dieses Mannes war? Hatten wir ein Recht, darüber zu entscheiden, wie ein Mensch über seine verbleibende Lebenszeit verfügen mochte, die vorher durch ein (fast) lebenslanges gemeinsames Leben mit seiner Frau erfüllt und überwiegend glücklich erschien?

Wolfersdorf weist darauf hin, dass Suizidalität (meist) kein Ausdruck von Freiheit und Wahl-Möglichkeit, sondern von Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011: 104) ist. Die Einschätzung von Suizidalität ist eine der verantwortungsvollsten Aufgaben für PsychotherapeutInnen und stets neu vorzunehmen, selbst wenn von KlientInnen eine solche verneint wird.

Nach dem Fragenkatalog von Pöldinger (1968) waren für die Einschätzung der Suizidalität bei Charles ein erhöhtes Risiko und damit verbundene Aufmerksamkeit geboten:

Schlüsselfragen bei suizidalen Menschen (Pöldinger 1968)

1. Denken Sie daran, sich das Leben zu nehmen?
2. Häufig?
3. Denken Sie daran, oder müssen Sie daran denken? Drängen sich die Gedanken auf?
4. Wie würden Sie es tun?
5. Wann wollen Sie sich umbringen?
6. Haben Sie mit anderen darüber gesprochen und wie haben diese reagiert?
7. Welche Vorbereitungen haben Sie getroffen?
8. Wissen Sie, wem Sie Abschiedsbriefe schreiben würden? Haben Sie schon einen geschrieben?
9. Was hat Sie bisher gehindert, einen Suizidversuch zu machen?
10. Haben Sie früher schon einen (mehrere) Suizidversuch(e) gemacht?
11. Gibt es Suizide in der Familie?
12. Leiden Sie unter schweren Schlafstörungen?

13. Sind Sie alleine in Ihrer Wohnung?
14. Haben Sie Freunde?

Charles Äußerungen und Beschreibungen wiesen eine Reihe von Risikofaktoren auf, die auf eine weitere gedankliche Auseinandersetzung mit seinen Suizidabsichten hinwies. Für KrisenhelferInnen ist eine Auseinandersetzung mit diesen existentiellen Fragen und der damit verbundenen Frage: „Unter welchen Umständen würde ich selbst nicht mehr leben wollen?“ eine wichtige Voraussetzung, um sich selbst vorurteilsfrei und nicht wertend mit Menschen, existentiellen Themen wie Todessehnsucht, Sterben und Selbsttötung zu befassen.

Charles war ein kluger und gebildeter Mensch, der Kohärenz und Ernsthaftigkeit der Begegnung in wunderbarer Weise spürte, sich öffnen oder sich abweisend verhalten konnte. Unreflektiert konnte man ihm nicht begegnen. Seine klaren Fragen: „Frau Manfredini, was meinen Sie denn jetzt genau?“ wiesen mich darauf hin – eine Fähigkeit, die ich in meiner therapeutischen Tätigkeit bei hochbetagten Menschen oft erleben durfte.

Wir verhandelten, und sorgsam musste ich mit Charles die Ambivalenz schaukeln: Was sprach für das Leben? Was sprach dagegen?

Die zunehmende Differenzierung der beiden Seiten der Ambivalenz schaffte Unterschiede und erweiterte damit seine Handlungsoptionen.

Wir konnten innere Ressourcen erschließen: Er hatte viele Krisen in seinem Leben gemeistert, das Wissen regte seine Kräfte an, er spürte die schützende Hülle, die wir um ihn gewoben hatten, und nahm sie an.

Gemäß der Skala der *Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)* (vgl. Kozel et al. 2007), die in viele psychiatrischen Abteilungen eingesetzt wird, musste die vorhandene Suizidalität bei Charles ebenfalls hochrisikoreich eingestuft werden:

1. Vorhandensein/Einfluss von Hoffnungslosigkeit
2. Kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse z. B.: Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebende Gerichtsverfahren
3. Deutlicher Hinweis auf Stimmen hören/Verfolgungsideen
4. Deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse oder Verlust an Freude
5. Deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug
6. Äußerung von Suizidabsichten
7. Deutlicher Hinweis auf einen Plan zur SuizidAusführung
8. Familiengeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid
9. Kürzlicher Verlust einer nahe stehenden Person oder Bruch einer Beziehung
10. Vorliegen einer psychotischen Störung
11. Witwe/Witwer
12. Frühere Suizidversuche
13. Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse
z. B.: Schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut
14. Vorliegen von Alkohol- oder anderem Substanzmissbrauch
15. Bestehen einer terminalen Krankheit
16. Mehrere psychiatrische Hospitalisierungen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung

Selbsttötungen hochbetagter Menschen können in vielen Fällen verhindert werden und benötigen Kenntnisse der spezifischen Belastungen dieser Altersgruppe, stützende Helfersysteme, eine Sensibilisierung für ihre Nöte und Sorgen und eine gute Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen. Es erfordert eine gesellschaftliche Haltung, die die besonderen Belastungen hochbetagter Menschen in ihrer letzten Lebensphase erkennt und entschieden andere Perspektiven eröffnet.

Einige internationale Good-Practice-Modelle – zum Beispiel nachbarschaftlich organisierte Telefonketten, die einen täglichen Anruf bei hochbetagten, alleinstehenden Menschen garantieren – zeigen, dass es möglich ist, Einsamkeit und Isolation zu durchbrechen. Durch diesen Telefondienst gingen die Suizidzahlen bei älteren Menschen in Obertalien drastisch zurück. Ebenso führten suizidpräventive Trainingsprogramme bei HausärztInnen auf der schwedischen Insel Gotland – die den Schwerpunkt auf das Erkennen und Behandeln von Depressionen legten – dazu, dass die Suizidrate innerhalb von drei Jahren um die Hälfte zurückging. (vgl. Rutz et al. 1987: 39ff) Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bei suizidpräventiven Programmen in Deutschland. Dennoch waren in Deutschland 42,9 Prozent der Menschen, die sich 2009 das Leben nahmen, über 60 Jahre alt.

Als PsychotherapeutInnen müssen wir uns mit den demographischen Entwicklungen und gesundheitlichen Risiken der Bevölkerungsgruppe hochbetagter Menschen auseinandersetzen. Theoretische Erkenntnisse, Wissen über Krankheitsbilder im Alter und Interventionsmöglichkeiten sollten sowohl in Ausbildungen als auch in Fort- und Weiterbildungen einfließen. Als PsychotherapeutInnen sind wir aufgerufen, bestmögliche Anstrengungen zu unternehmen, um Menschen über 60 Jahre – insbesondere die Gruppe der Hochbetagten – gezielter anzusprechen und therapeutisch zu begleiten.

Charles beschloss, im Pflegeheim zu bleiben – bis zu dem Tag als ein Brief des Gerichts mit der Aufkündigung seines Mietvertrags wegen nicht Benutzens seiner Wohnung eintraf. In seiner Empörung entwickelte er ungeahnte Kräfte und beschloss, wieder in seine Wohnung zurückzukehren. Er kam über lange Zeit hinweg regelmäßig ins Pflegeheim zu Besuch, mit Hilfe ambulanter sozialer Dienste kam er gut zu Hause zurecht.

Verweise

¹ vgl. Österreichischer Presserat 2012

² Namen geändert.

Literatur

Egidi, Karin / Boxbücher (Hg.) (1996): Systemische Krisenintervention. Tübingen: dgvt-Verlag.

Eink, Michael / Haltenhof, Horst (2009): Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

EUSTaCEA Projekt im Daphne III Programm (2010): Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfs- und pflegebedürftiger Menschen. Begleitendes Handbuch. http://www.age-platform.eu/images/stories/22495_guide_accompagnement_DE_low.pdf (10.02.2014).

Kapusta, Nestor (2012): Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2011. www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich_2011.pdf (10.02.2014)

Karl Fred (1993): Sozialarbeit in der Altenhilfe. Herausforderungen, Arbeitsfelder, Ausbildung. Freiburg: Lambertus.

Kozel, Bernd / Grieser, Manuela / Rieder, Peter / Seifritz, Erich / Abderhalten, Christoph (2007): Nurses' Global Assessment of Suicide Risk. <http://www.zppg.eu/zppgneu/index.php?journal=PpG&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=> (10.02.2014).

Kruse, Andreas / Wahl, Hans-Werner (2009): Zukunft Altern – individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg: Spektrum.

Österreichischer Presserat (2012): Ehrenkodex für die Österreichische Presse. Fassung von 2012, http://www.presserat.at/show_content.php?hid=2.

Pöldinger, Walter (1968): Die Abschätzung der Suizidalität. Eine medizinisch-psychologische und eine medizinisch-soziologische Studie. Bern: Hans Huber.

Rosenmayr, Leopold / Böhmer, Franz (Hg.) (2006): Hoffnung Alter. Wien: Facultas.

Rutz, Wolfgang / Walinder, Jan / Von Knorring, Lars / Rihmer, Zoltan / Pihlgren, Hans (1997): Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. In: International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 01/1997, S. 39-46.

Sonneck, Gernot (Hg.) (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfadens für den Umgang mit Menschen in Krisen. Wien: Facultas.

Stein, Claudius (2009): Suizidprävention im Alter. Hausarzt online, webarchive (24.02.2012).

Teising, Martin (1992): Alt und lebensmüde: Suizidneigung bei älteren Menschen. München: Reinhardts Gerontologische Reihe.

Volk, Stephan / Travers, Heinz-Werner / Neubig, Herbert (1998): Depressive Störungen. Diagnostik, Ursachen, Psycho- und Pharmakotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

Wilkening, Karin (1997): Wo finden alte Menschen Hilfe. Zum Aufbau und Ausbau neuer soziale Netze. In: Freytag, Regula / Witte, Michael (Hg.): Wohin in der Krise? Orte der Suizidprävention. Göttingen, S. 139-146

WHO (2010): Country reports and charts available. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html (24.02.2012).

Wolfersdorf, Manfred / Etzersdorfer, Elmar (2011): Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.

Über die Autorin

DSA Ina Manfredini

Leiterin der Lehranstalt für systemische Familientherapie,
Sozialarbeiterin,

Lehrtherapeutin, Lehrbeauftragte an der Fachhochschule
Campus Wien – Soziale Arbeit;

Psychotherapeutin im Pflegekrankenhaus Haus der
Barmherzigkeit von 1996 bis 2002

Abstract

In Österreich haben ältere Menschen eine deutlich erhöhte Suizidrate. Der vorliegende Beitrag zeigt anhand eines Fallbeispiels aus der psychotherapeutischen Praxis, dass multiprofessionelle Zusammenarbeit und Krisenintervention

Suizidprävention ermöglicht. Selbsttötungen bei hochbetagten Menschen können durch Kenntnis der besonderen Belastungen in dieser Lebensphase verhindert werden und entschieden andere Perspektiven eröffnen.