
SUIZIDALITÄT IM ALTER – WER IST BESONDERS GEFÄHRDET?

EINE VERGLEICHENDE LITERATURARBEIT

Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich
im ersten Nebenfach „Psychopathologie für das Erwachsenenalter“

Verfasst von Martina Hirzel
 Etzelstrasse 53
 8808 Pfäffikon SZ
 Tel: 055/410 41 78

Studentin des Hauptfachs Psychologie an der
 Abteilung für Angewandte Psychologie
 Schönberggasse 2
 8001 Zürich

Betreut von Dr. Hans-Martin Zöllner
 Leitender Psychologe
 der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Eingereicht bei Prof. Dr. med. Daniel Hell
 Ärztlicher Direktor
 der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Ort und Datum Pfäffikon SZ, 20. Juni 2000

Kurzbeschreibung der Lizentiatsarbeit

- Vorwort
- 1. Einleitung
- 2. Begriffe und Definitionen
- 3. Suizidtheorien aus Philosophie, Soziologie, Psychologie und Biologie
- 4. Epidemiologie und soziodemographische Daten
- 5. Besonderheiten der Alterssuizidalität (Psychologie des Alterns, Risikofaktoren und Motive, Depression und Depressivität, Demenz, Bilanzsuizid)
- 6. Ausblick: Prävention, Krisenintervention und Therapie
- Methodische Probleme und Erfahrungen während der Aufarbeitung des Themas
- Umfang 182 Seiten

• Vorwort

Anhand von Kurzbiographien zweier alter Menschen wird die Gegenwärtigkeit der Alterssuizidalität reflektiert. Die beiden Protagonisten repräsentieren fast das ganze Spektrum der Motivkonstellationen und Risikofaktoren, die zum Entschluss führen können, auch im hohen Alter Hand an sich zu legen.

1. Einleitung

In westlichen Gesellschaften nehmen sich alte Menschen mit grösserer Wahrscheinlichkeit das Leben als Menschen aller anderen Altersgruppen. Auffallend ist die wesentlich höhere Suizidrate der Männer gegenüber derjenigen der Frauen. Durch den markanten Wandel der Altersstruktur unserer Bevölkerung wird das Alter als Lebensabschnitt nicht nur häufiger, sondern auch länger. Was treibt aber einen alten Menschen am Ende des Lebens dazu, sich den Tod zu geben, nachdem das bisherige Leben doch gemeistert worden ist? Wie stellt sich die Gesellschaft zum Phänomen des Alterssuizids? Das Pendel schwingt im Laufe der Geschichte von der Forderung nach der Selbsttötung im hohen Alter bis zu ihrer Ablehnung und scheint sich zur Zeit der stillen Akzeptanz des Alterssuizids zu nähern.

2. Begriffe und Definitionen

Es werden Begriffe und Aspekte zu folgenden Themenbereichen angesprochen und geklärt:

2.1. Suizid und suizidales Verhalten:

Suizid / Suizidversuch / Suizidideen / Suizidalität / chronischer Suizid / larvierter Suizid / Bilanzsuizid / Doppelsuizid / erweiterter Suizid.

2.2. Alter und Alterssuizid:

Altersklassen und -kategorien / Verhältnis zwischen Suizid und Suizidversuch / hohes Suizidrisiko der hochbetagten Männer / „Todesinitiatoren“ / Ernsthaftigkeit des Sterbewunsches / gesellschaftliche Akzeptanz des Alterssuizids / zweite Phase der Abhängigkeit / indirekt selbstschädigendes Verhalten / altersspezifische Motivkonstellation.

3. Suizidtheorien

Die Einstellungen zum Suizid wandelten sich im Laufe der Geschichte und waren seit jeher den gesellschaftlichen Strömungen und dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der jeweiligen Epoche unterworfen. Verschiedene Suizidtheorien aus Philosophie, Soziologie, Psychologie/Psychiatrie und Biologie sind entwickelt worden. Auch wenn sie nicht immer den alten Menschen in ihre Erwägungen explizit mit einbeziehen, sind die Hypothesen und Schlussfolgerungen in den meisten Fällen auf das höhere Lebensalter übertragbar und vermögen zumindest ansatzweise den Alterssuizid zu erklären.

3.1. Aus der Philosophie

In den philosophischen Schulen der **Antike** standen sich zwei völlig gegensätzliche Ansichten gegenüber. Während Sokrates, den Selbstmord befürwortete, verurteilten Platon und Aristoteles die Selbsttötung als einen Akt der Willensschwäche. Einzig der „Greis“ dürfe von eigener Hand sterben, da die Götter ihn ohnehin bald zu sich rufen würden. Die Kirchenväter im **christlichen Mittelalter**, allen voran Augustinus und Thomas von Aquin, lehnten den Suizid entschieden als eine schwere Sünde ab. Die Denker der **Renaissance** und der **Aufklärung** hatten eine tolerantere Einstellung gegenüber dem Suizid. Montesquieu und Humes betonten zwar die Verantwortung des Einzelnen gegenüber der Gesellschaft, liessen aber in ausweglosen Situationen wie bei schwerer Krankheit oder in hohem Alter die Möglichkeit des Suizids offen. Eine völlige Bejahung des „Freitods“ findet sich im **19. Jahrhundert** bei Schopenhauer und bei Nietzsche, welcher den rechtzeitigen Tod – wenn nötig durch eigene Hand – sogar forderte.

An der Schwelle des 20. Jahrhunderts verteilt sich die Betrachtung des Selbstmords auf verschiedene Wissenschaftszweige. Neue bedeutsame Suizidtheorien entstehen insbesondere in der Soziologie und der Psychologie (s. Tab. 1, S. 45).

3.2. Aus der Soziologie

Die soziologische Wissenschaft betrachtet den Selbstmord vor allem als ein soziales Faktum. In seinem wegweisenden Werk „Le suicide“ stellt **Durkheim** 1897 vier mögliche Arten des Suizids dar: den „egoistischen“, „altruistischen“, „anomischen“ und den (weniger bedeutsamen) „fatalistischen Suizid“. Weitere soziologische Suizidtheorien, welche zum Teil auf Durkheims Konzepten aufbauen, stammen von **Henry** und **Short** (1954) sowie **Gibbs** und **Martin** (1964). **Christa Lindener-Braun** (1990) legt einen motivationstheoretisch begründeten Ansatz zur Erklärung suizidalen Verhaltens vor, bei welchem durch ein asymmetrisches Attributionsmuster sich beim Individuum eine negative Affektbilanz entwickelt. Negative und positive Anreize zum Suizid werden miteinander „verrechnet“ und allenfalls in eine Suizidhandlung umgesetzt.

3.3. Aus der Psychologie

Die Psychologie hat eine ganze Reihe von Suizidtheorien hervorgebracht. Der tiefenpsychologische Erklärungsansatz wurde von **Sigmund Freud** begründet. In seinem Werk „Trauer und Melancholie“ von 1917 unterscheidet er diese beiden ähnlichen und doch gegensätzlichen Reaktionsweisen auf einen tiefgreifenden Verlust. Bei der Melancholie introjiziert das Individuum die verlorene geliebte Person und erlebt die Aggressionsgefühle, die eigentlich dem Anderen gelten, gegen das eigene Selbst gerichtet. Zusammen mit dem „Todestrieb“, ein Konzept, das Freud später entwickelt hat, werden nun mörderische Impulse freigesetzt, die in Verbindung mit der Aggression zum Suizid führen können.

Auf der Todestriebtheorie von Freud basiert das Suizidkonzept von **Menninger** (1938), wozu drei Suizidmotive unterschieden werden: der Wunsch zu töten, der Wunsch getötet zu werden und der Wunsch zu sterben. **Henseler** (1974) dagegen knüpft an Freuds Theorie der narzisstischen Objektwahl an. Kommt es zu einer narzisstischen Krise, muss das Individuum

den Zusammenbruch seines Selbstwertgefühls befürchten. Diesem Zusammenbruch kommt es mit dem Selbstmord zuvor und bewahrt sich auf diese Weise eine „Illusion von Selbstbestimmung“.

Erwin Ringel (1953) betrachtet den Selbstmord aus medizinisch-psychiatrischer Sicht. Für ihn ist die Selbsttötung der Endpunkt einer krankhaften Entwicklung. Zentral in seiner Theorie ist das Konzept des präsuizidalen Syndroms, das durch drei Faktoren charakterisiert wird: die Einengung (situativ, dynamisch, zwischenmenschlich, bezogen auf die Wertewelt), die gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression und zwanghaft sich aufdrängende Selbstmordphantasien. Das Zusammenspiel dieser Elemente mündet schliesslich im suizidalen Akt. Sozialpsychologische Ansätze stammen von **Stengels** (1969) und weiterführend von **Wiendieck**. Sie betonen die Ambivalenz der Selbstmordmotive und unterscheiden beim Suizidversuch eine appelative, d.h. lebensbezogene Tendenz und eine evasive, d.h. todesbezogene Tendenz. Ein „verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens“ wurde von **Schmidtke** (1988) entwickelt, während **Erlemeiers** (1988) Suizidtheorie auf die Life-Event-Forschung und die transaktionale Stresstheorie von Lazarus et al. zurückgeht. Im Zentrum von **Shneidmans** (1985, 1987) Modell suizidalen Handelns steht das Konzept des Seelenschmerzes („Psychache“).

3.4. Aus der Biologie

Familiäre Häufungen suizidalen Verhaltens führten zur Vermutung, dass es eine angeborene Disposition zum Suizid geben könnte. Zwillingsstudien weisen auf einen möglichen **genetischen** Ursprung suizidaler Veranlagung hin. Eine weitere biologische Auffassung des Selbstmords gründet auf der Annahme, dass bei klinisch depressiven Menschen eine niedrige Aktivität des **Neurotransmitters** Serotonin aggressive und impulsive Neigungen erzeugen, welche das Individuum besonders anfällig für suizidales Denken und Handeln machen.

4. Epidemiologie und soziodemographische Daten

Um sich ein Bild von der Verbreitung und Verteilung der Alterssuizidalität machen zu können, sind Kenntnisse epidemiologischer und soziographischer Daten erforderlich. Insgesamt ist die epidemiologische Datenlage der Suizide aber unsicher, was sich in den grossen Differenzen zwischen den verschiedenen Studien zeigt.

4.1. Methodische Probleme der Suizidstatistik

Zahlreiche methodische Probleme erschweren die Erhebung statistischer Daten zu Suizid und Suizidversuch. Statistiken zu Suizidhandlungen im Alter müssen grundsätzlich als Schätzung angesehen werden. Die Unterbewertung der „stillen“ oder „larvierten“ Suizide und die zahlreichen Grenzfälle zu tödlichen Unfallverletzungen und weiteren unklaren Todesursachen führen zu einer grossen **Dunkelziffer** nicht erfasster Selbstmorde, insbesondere auch von alten Menschen.

4.2. Vollendeter Suizid

Der vollendete Suizid (s. Tab. 2, S. 51; Abb. 3 u. 4, S. 52) kommt bei Männern 2,5 bis 3 mal so häufig vor wie bei Frauen. Auffallend ist die hohe Suizidrate ab dem 65. Lebensjahr und die markante Verdoppelung bei den **85-jährigen und älteren Männern**. Über die Zeit betrachtet schwankt die Anzahl der Suizide. Bei der Interpretation solcher Verläufe müssen allerdings **Kohorteneffekte** mit berücksichtigt werden, die durch politische, wirtschaftliche oder kulturelle Ereignisse ausgelöst werden können und manchmal das Verhalten einer ganzen Generation beeinflussen. **Saisonale Schwankungen** zeigen ein Ansteigen der Suizidziffern während der Frühlings- und Frühsommermonate und der Festtage Ende Jahr.

Im **europäischen Vergleich** verzeichnen Ungarn die höchsten und Malta die tiefsten Selbstmordziffern; die Schweiz steht an sechster Stelle (s. Abb. 5, S. 55). In **Amerika** mit seiner durchmischten Gesellschaft werden die Suizidziffern nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach der Hautfarbe unterschieden. Am suizidgefährdetsten sind hier die älteren weissen Männer, die geschieden oder verwitwet sind und eine Schusswaffe zur Hand haben (McIntosh et al., 1994).

4.3. Suizidversuch

Die geschätzte Zahl der Suizidversuche liegt etwa um ein Zehnfaches höher als diejenige der „gelungenen“ Selbstmorde. Suizidversuche werden grundsätzlich mehr von Frauen und jüngeren Menschen verübt als von Männern und älteren Personen. In jungen Jahren besteht ein **Verhältnis von Männern : Frauen** beim Suizid von 1/3 : 2/3, beim Suizidversuch dagegen von 2/3 : 1/3. Im Alter ist jedoch eine gegenläufige Entwicklung und eine Verringerung des Geschlechtsunterschieds festzustellen. Aufgrund verschiedener Befunde wird dem Alterssuizid eine grössere **Ernsthaftigkeit** zugesprochen als den Suizidhandlungen von Personen in jungem und mittlerem Alter.

4.4. Suizidmethoden

Bei den Selbstmordmethoden wird unterschieden zwischen den sogenannten „**harten**“ (Erhängen, Erdrosseln oder Ersticken sowie Erschiessen, Sturz aus grosser Höhe, Eisenbahnsuizide, Schnitt- und Stichverletzungen) und „**weichen**“ **Methoden** (Vergiften mit Medikamenten oder anderen Stoffen und Ertrinken). Die harten Suizidmethoden werden vorwiegend von Männern und zunehmend von alten Menschen beiderlei Geschlechts gewählt. Frauen, besonders junge, tendieren eher zu den weichen Suizidmethoden. Schwierig zu erfassen sind Suizide, die indirekt und verdeckt und zum Teil auch unbewusst verübt werden. Besonders in Alters- und Pflegeheimen kommt nicht selten der „larvierte“, „passive“ oder „chronische“ Suizid vor als Folge eines **indirekten autodestruktiven Verhaltens**.

5. Besonderheiten der Alterssuizidalität

Die suizidale Entwicklung im Alter unterliegt zu einem grossen Teil anderen Gesetzmässigkeiten als in jüngeren Lebensjahren. Ein komplexes multifaktoriell bedingtes Gefüge von Motiven ist kennzeichnend für die Ätiologie des Alterssuizids.

5.1. Theorien und psychologische Merkmale des Alters

Verschiedene Theorien versuchen die Besonderheiten des Alters und des Altseins zu erfassen. Gemäss der **Disengagement-Theorie** von Cumming und Henry (1961) entspricht es dem Bedürfnis alter Menschen, soziale Kontakte zu vermindern und sich aus früheren Verpflichtungen zurückzuziehen. Die **Aktivitätstheorie** und das später daraus entwickelte **Kompetenzmodell** vertreten eine gegensätzliche Sichtweise, wonach nur derjenige Mensch zufrieden ist, der (noch) aktiv sein und etwas leisten kann.

Nach dem Konzept der **Entwicklungsaufgaben** von Erikson (1972) und Havighurst (1963, 1982) stellt sich im Alter die Aufgabe der sog. „Integrität“, bei welcher der Mensch gefordert ist, seine biographischen Erlebnisse in ein Ganzes zu integrieren und sein eignes Leben als solches anzunehmen. Misslingt diese letzte Stufe der Entwicklungsaufgaben, so droht Verzweiflung, ein Zustand, in welchem alles zutiefst sinnlos, nutzlos, verschwendet und verloren ist.

In der „**kognitiven Persönlichkeitstheorie des Alters**“ von Thomae (1970) steht die These im Zentrum, dass die *subjektive* Bewertung von Begebenheiten und Situationen viel bedeutender ist als der *objektive* Tatbestand selbst, und dass diese subjektive Bewertung

zu depressiven und suizidalen Entwicklungen führen kann.

Altern ist ganz allgemein ein **mehrdimensionales Schicksal** und wird von gesellschaftlichen, kulturellen, politischen, ökologischen und ökonomischen Faktoren mitgeformt, die sich dem Einfluss des Einzelnen entziehen. Heute wird Alter weniger als ein statischer Zustand sondern vielmehr als ein prozesshaftes Geschehen betrachtet, das **biographisch verankert** und das Ergebnis einer langen **Entwicklung** ist. Fähigkeiten, die in den mittleren Lebensjahren erworben wurden, sind für die Bewältigung von Krisen und Belastungen im Alter ausschlaggebend. Körperliche und physiologische Funktionseinbußen sowie die Abnahme der geistigen Aufnahme- und Merkfähigkeit können durch Erfahrung und einen angewachsenen Wissensschatz, durch menschliche Reife und Weisheit zu einem grossen Teil kompensiert werden. Entwicklung kann aber auch ausbleiben und Perspektiven können sich verschliessen. Die Folge sind dann Depressionen, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, oft Suizidalität.

Im Bereich der **sozialen Beziehungen** sind nun weniger die Quantität als vielmehr die Qualität der Kontakte von Bedeutung. Hier ist es wichtig, dass dem alten Menschen Respekt entgegengebracht wird. Erfährt die betagte Person jedoch wiederholtermassens narzisstische Kränkungen, wird sie unsicher und reagiert mit Rückzug.

Eine besondere Schwierigkeit bei der Erforschung der Alterssuizidalität ist das vergleichsweise **junge Alter der Forscher**. Es bestehen unbewusste Vorurteile und negativ gefärbte Altersstereotypen, die eine selbstverständliche Akzeptanz des Alterssuizids beinhalten. Dagegen ist die Sichtweise der älteren Personen kaum bekannt. Wenn man Betagte hingegen direkt befragt, kann man feststellen, dass Suizidalität im Alter nicht vorherrschend ist und dass weniger die Angst vor Sterben und Tod dominiert als vielmehr die Sorge, in quälenden und einschränkenden Lebensumständen verlassen zu werden (Kastenbaum, 1992a).

5.2. Risikofaktoren und Motive für den Alterssuizid

Belastende **soziale und familiäre Situationen** gehören zu den häufigsten Suizidmotiven. Statistisch leicht feststellbar ist eine gewisse Rangfolge der Selbstmordhäufigkeit nach dem **Familienstand**. Demnach besteht das höchste Suizidrisiko bei den Geschiedenen bzw. den getrennt Lebenden, gefolgt von den Verwitweten, den Ledigen und den Verheirateten. Am meisten gefährdet sind alleinstehende Männer. Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht auch bei **zwischenmenschlichen Konflikten** vor allem mit den erwachsenen Kindern oder dem Lebenspartner. Ein bestürzendes Phänomen, das seit kurzem vermehrt in die Öffentlichkeit getragen wird, ist die Misshandlung betagter Menschen in der Familie und in Heimen. Häufig führen Überlastung in der Pflege der Betagten zu fortwährenden Konflikten. Der alte Mensch ist dieser Situation ausgeliefert und kann sie nicht mehr ertragen; manche nehmen sich schliesslich das Leben.

Häufige Suizidmotive sind auch **Isolation** und **Einsamkeit**. Am schwersten wiegt die sog. **Desolation**, wenn der alte Mensch nach dem Verlust seines Ehepartners übergangslos und ungewollt in eine isolierte Lebensweise hineinversetzt wird. In solchen Situationen wird **fehlende soziale Unterstützung** besonders schmerzlich empfunden und kann suizidauslösend wirken.

Aber nicht nur **Verwitwung** und der **Tod nahestehender Menschen** sind einschneidende Lebensereignisse, die den Lebenswillen der betroffenen Person brechen können. Zu den sog. **kritischen Lebensereignissen** im Alter gehört auch die **Pensionierung**, die vor allem bei den Männern eine Krise auslösen kann. Eine weitere mögliche Auslösesituation für einen Suizid ist die **Übersiedlung ins Altersheim**. In der Altersinstitution kommen weniger häufig offene Suizide vor, dafür eher „indirekte selbst-destruktive Verhaltensformen“ („indirect life-threatening behavior“ ILTB oder „indirect self-destructive behavior“ ISDB).

Aus der Motivforschung zum Altersselbstmord wird deutlich, dass **körperliche Erkrankungen** als suizidfördernder Faktor eine erhebliche Rolle spielen, insbesondere dann, wenn sie

sehr schmerzhaft sind, einen chronischen Verlauf nehmen und eine Heilung nicht mehr in Aussicht steht. Nicht selten sind aber hypochondrische Ängste vor drohenden Krankheiten, verbunden mit der Furcht vor langem Siechtum, Hilflosigkeit und Abhängigkeit die Hauptmotive für suizidale Handlungen. Häufig kumulieren physische und psychische Leiden zu einer belastenden und für das Alter typischen **Multimorbidität**.

Die **Suizidgefährdung der betagten Männer** ist ein viel beobachtetes Phänomen, das immer wieder zu Fragen Anlass gibt. Am Beispiel vom Selbstmord Bruno Bettelheims kann aufgezeigt werden, wie sich eine ganze Reihe von belastenden Lebensumständen zum Entschluss verdichten, Hand an sich zu legen. Teising (1996, 1999) vertritt eine psychodynamische These, wonach „Suizid im Alter Männersache“ ist, und Kastenbaum (1992b) erwähnt das Paradoxon der „hartgesottene“ alten Männer („the hardy vulnerable old men“), die zeit ihres Lebens die Starken, Fähigen und Erfolgreichen gewesen sind und sich schliesslich doch als besonders suizidgefährdet erweisen.

5.3. Alterssuizidalität bei Depressiven

Nach **Definitionen** und **Klassifizierungsversuchen** der Depression werden von den zahlreichen **Depressionstheorien** die „Kognitive Theorie der Depression“ von Beck sowie die „Theorie der erlernten Hilflosigkeit“ von Seligman et al. erläutert.

Weiter wird auf die **Epidemiologie** depressiver Erkrankungen eingegangen. Je nach methodischem Vorgehen gelangen die verschiedenen Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen. Übereinstimmend kann aber eine doppelt so hohe Erkrankungshäufigkeit der **Frauen** gegenüber derjenigen der Männer festgestellt werden. Alte Menschen, die noch in ihrer eigenen Wohnung leben, leiden in einem wesentlichen geringeren Ausmass an schweren Depressionen und dysthymen Störungen wie Bewohner und Bewohnerinnen von Altersinstitutionen.

Es gibt Depressionen ohne Suizidalität und Suizide ohne Depression. Dennoch besteht ein enger und äusserst komplexer **Zusammenhang zwischen Depression und Selbstmord**. Eine besonders hohe Suizidgefährdung besteht bei der endogenen Depression, welche im DSM-IV unter „Major Depression“ und im ICD-10 unter „schwerer depressiver Episode“ figuriert. Sowohl der Anfang der Krankheit als auch das Stadium der beginnenden Besserung sind durch eine hohe Selbstmordtendenz gekennzeichnet (Ringel, 1953/1981), denn in diesen beiden Phasen ist die Stimmungslage bereits bzw. immer noch sehr niedergedrückt und verzweifelt, der Antrieb aber in ausreichendem Mass vorhanden, dass eine Suizidhandlung begangen werden könnte. Bei der so genannten Involutionen-depression ist das Suizidrisiko besonders hoch. Die Selbstmordziffer der über 55-jährigen Involutionen-depressiven liegt etwa dreimal so hoch wie bei der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung.

Depressionen im höheren Lebensalter werden oft verkannt, unterdiagnostiziert und mit „Altersbeschwerden“ verwechselt. Charakteristische **Symptome** der Altersdepression sind eher unbestimmte und atypische Merkmale wie Reizbarkeit, Misstrauen, Hypochondrie, auch Resignation, Apathie und Müdigkeit. Zudem treten Depressionen im Alter oft sekundär zu anderen Erkrankungen auf und sind häufig verbunden mit Angst. Nicht selten verbirgt sich die Depression des älteren Menschen hinter somatischen Symptomen. In einem solchen Fall spricht man von einer „**larvierten**“ **Depression**. Der Einsatz von psychiatrischen Diagnoseinstrumenten, z.B. der „Geriatric Depression Scale“ (GDS), einer modifizierten Form des Depressions-Inventars von A.T. Beck (Yesavage et al., 1983), kann sehr nützlich sein.

Erwiesenermassen besteht sowohl bei der Depression als auch bei der Alterssuizidalität eine **multifaktorielle Ätiologie**. Das Ursachenbündel der depressiven Erkrankungen ist fast identisch mit der Motivkonstellation für Selbstmordhandlungen. Drei Bereichskreise tragen zur Pathogenese der Depression Betagter bei: eine entsprechende **Vulnerabilität** (genetische Anlage, Persönlichkeitsstörung, „broken home“, hormonelle Disbalance), **belastende Lebensereignisse** (Verlust von Bezugspersonen, Konflikte, Verlust von Rollen und Aufgaben, Übersiedlung ins Altersheim, Krankheiten) und **fehlender sozialer Rückhalt** (allein sein, Verwitung, keine Hobbies, kaum soziale Aktivitäten, keine religiöse Einbettung). Ein

besonders hohes Risiko, durch Suizid zu sterben, haben psychisch Kranke, die gleichzeitig **Alkohol** missbrauchen. Tabelle 11 (S. 147) ist der Versuch, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Risikofaktoren und Motive für depressive Erkrankungen und Suizidalität darzustellen.

Eine Besonderheit beim Auftreten von Depressionen ist die Geschlechtsverteilung. Während die Selbstmordziffer der Männer etwa doppelt so hoch ist wie diejenige der Frauen, erkranken Frauen etwa doppelt so häufig an einer Depression. Für die hohe **Depressionsanfälligkeit der Frauen** gibt es verschiedene Erklärungsansätze. Die Artefakthypothese vermutet, dass die höhere Alkoholabhängigkeit der Männer eigentlich ein depressives Symptom ist und die Männer somit gleich häufig an Depression erkranken wie die Frauen. Die X-Koppelungs-Hypothese geht davon aus, dass Depression von einer dominanten Mutation auf den X-Chromosomen hervorgerufen wird. Da Frauen zwei X-Chromosomen haben, sei ihr Risiko, depressiv zu erkranken, doppelt so hoch wie dasjenige der Männer. Weitere Erklärungsansätze stammen aus der klassischen psychoanalytischen Theorie, wonach die depressive Disposition der Frauen auf den Penisneid der Mädchen zurückgeführt wird, sowie aus dem Modell der erlernten Hilflosigkeit und aus soziokulturellen Überlegungen.

Die **Demenz** zählt mit der Depression zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter, wobei die Alzheimer-Demenz 50% der dementiellen Erkrankungen ausmacht. Erste Kennzeichen einer dementiellen Entwicklung sehen den Anzeichen einer depressiven Störung sehr ähnlich. Ist eine Depression von kognitiven Einbußen begleitet, spricht man von „Pseudodemenz“. Wie einzelne Untersuchungsergebnisse belegen, kann die beginnende Demenz ein suizidgefährdender Faktor sein. Die fortgeschrittene Demenz scheint dagegen gleichsam vor Suizid zu „schützen“; in den meisten Fällen sind dann nämlich keine eigentliche Depression oder Suizidabsichten nachweisbar.

Betagte, die im **Alters- oder Pflegeheim** leben, sind etwa viermal so häufig von einer depressiven Erkrankung betroffen wie Personen, die im Privathaushalt leben. Die „zweite Phase der Abhängigkeit im Lebenszyklus“ und die Bedrohung der Autonomie sind die im Alter am meisten gefürchteten Ereignisse und bedeuten eine schwere narzisstische Kränkung. Der offene Selbstmord ist in der Institution kaum möglich. Nachweisbar ist hingegen bei den meisten Bewohnern eine ausgeprägte Lebensmüdigkeit. Depressive Verstimmungen haben jedoch meistens schon vor dem Heimeintritt bestanden. In der neuen Lebenssituation können sie sich verstärken und in offener oder verdeckter Form manifestieren. Der Übergang zu indirekten suizidalen Verhaltensweisen ist fließend.

Religiöser Glaube wird als sinnstiftendes System und als eine Voraussetzung für seelisches Wohlbefinden im Alter gesehen. In verschiedenen Untersuchungen wurden negative Korrelationen zwischen Religiosität und depressiven Symptomen gefunden, vor allem bei betagten Menschen. Religion ist aber nicht nur Lebenshilfe. In der Depression kann die betroffene Person trotz oder gerade wegen ihres Glaubens leiden. Fehlt die Vertrauensbasis zwischen Mensch und Gott, so kann dies zur Selbstpreisgabe und zur Selbstvernichtung führen. Es gibt aber auch diejenigen Alterssuizide, welche von religiösen Menschen begangen werden, die das Leben nicht mehr ertragen können, aber gleichzeitig davon überzeugt sind, dass Gott sie in Barmherzigkeit zu sich nehmen wird.

5.4. Bilanzsuizid

Selbstmord im Alter wird häufig als das Resultat einer Bilanz des vergangenen Lebens interpretiert. Oft wird aber auch daran gezweifelt, ob der Bilanzselbstmord auf einem bewussten und klaren Entscheid einer psychisch gesunden Person beruht oder ob es die Handlung eines in seinen Entscheidungsmöglichkeiten krankhaft eingeschränkten Menschen ist – ob es sich also um einen „**Akt der Freiheit**“ oder um eine „**Tat aus Verzweiflung**“ handelt. Der Begriff „Bilanzsuizid“ suggeriert Objektivität, doch im Grunde ist es dem Menschen nicht

möglich, frei von seinen Affekten die Situation objektiv zu betrachten. Die Grenze zwischen psychisch „gesund“ und „krank“ ist oft äusserst schwierig zu ziehen. Viele Autoren weisen auch darauf hin, dass den meisten Alterssuiziden tatsächlich eine Depression oder eine andere psychische Krankheit zugrunde liegt. Dennoch können hinter dem Entschluss zum Suizid bilanzierende Anteile stehen.

Die **Motive** für einen Bilanzsuizid bestehen in schwerer körperlicher Krankheit – zum Teil im terminalen Stadium – im Nachlassen der geistigen Kräfte und in sozialen Aspekten, wie Verlusterlebnissen, Konflikten, Gefühlen der Einsamkeit. Häufig sind betagte Menschen auch ganz einfach des Lebens müde und wollen den Tod nicht in einer ungewissen Zukunft erwarten. Die Selbsttötung kann dann ein bewusster und wohldurchdachter Abschluss des eigenen Lebens sein.

Wird ein Suizid von zwei Personen geplant und durchgeführt, spricht man von **Doppelsuizid**. Meistens wird er von älteren Ehepaaren begangen, deren Beziehung durch eine starke gegenseitige Abhängigkeit gekennzeichnet war und deren gemeinsame Autonomie durch Krankheit oder durch die Einweisung in ein Pflegeheim bedroht war.

Sterbehilfe-Organisationen wie **EXIT** scheinen einem echten Bedürfnis zu entsprechen, insbesondere bei der älteren Bevölkerung. Die Vereinigung zählt mittlerweile gegen 70'000 Mitglieder, wovon zwei Drittel älter als 65 Jahre sind. Ca. 70% der EXIT-Suizide werden von über 66-jährigen Personen begangen, Frauen sind doppelt so häufig vertreten wie Männer. Die Vereinigung setzt sich für das „freie Selbstbestimmungsrecht des Kranken ein, für das Recht des Menschen auf einen humanen Tod und Freitodhilfe für sterbewillige Schwerstkranken“ („Was ist und was will EXIT“, 1985). Verwirklicht werden diese Ziele durch passive Sterbehilfe, Patientenverfügung, Freitodaufklärung und Freitodbegleitung. Die Mitgliedschaft bei EXIT scheint Menschen, die sich vor hohem Alter und chronischer Krankheit fürchten, eine gewisse Beruhigung zu bieten, da sie wissen, dass sie schlimmstenfalls ihrem Leben ein schmerzloses Ende setzen können und von EXIT dabei unterstützt werden. Gleichzeitig machen aber viele, die sich mit diesen Gedanken tragen, nie von den EXIT-Angeboten Gebrauch.

Diverse Auseinandersetzungen zum Thema Sterbehilfe haben die öffentliche Aufmerksamkeit erregt und zu heftigen Grundsatzdebatten geführt. Die Frage um Sterbehilfe scheint ein kaum lösbares Problem zu sein, denn immer liegt ihr ein grosses ethisches Dilemma zugrunde: der Widerstreit zwischen dem Grundrecht auf Selbstbestimmung und Autonomie und dem Grundrecht auf die Unantastbarkeit des Lebens. Eine übergeordnete Regelung kann den Einzelfall nicht erfassen. Im konkreten Einzelfall aber muss der Respekt vor dem Menschen (nicht nur allgemein vor dem Leben) unser Handeln leiten und die Einsicht, dass wir nicht das Beste, aber das Bestmögliche zu tun imstande sind.

6. Ausblick: Prävention, Krisenintervention und Therapie

Prävention, Krisenintervention und Therapie werden lediglich stichwortartig „angetippt“. Während die vorliegende Arbeit einem allfälligen Teil I entspricht und dem *theoretischen Verständnis* der Suizidproblematik im Alter dient, umfassen die Themen des Ausblicks einen noch zu erarbeitenden Teil II, worin auf die *konkrete praktische Tätigkeit* zur möglichen Verhütung des Alterssuizids verwiesen werden müsste.

• Methodische Probleme und Erfahrungen bei der Aufarbeitung des Themas

Von Suizid, insbesondere Suizid im Alter, wird immer wieder behauptet, dass es sich um ein Tabuthema handelt. Dem widerspricht die unerwartet grosse Literaturfülle, der man in Büchern und gerontologischen Zeitschriften begegnet. In der spezifischen Forschung zum

Selbstmordverhalten in der Bevölkerung nimmt dagegen die Alterssuizidalität einen relativ untergeordneten Stellenwert ein. Viele Erkenntnisse bewegen sich noch im Bereich der Hypothesen und Vermutungen oder müssen in Analogie zum suizidalen Verhalten jüngerer Altersgruppen erschlossen werden.

Die **Literatursuche** zur vorliegenden Arbeit fand vorwiegend in den Bibliotheken der Psychiatrischen Universitätsklinik, des psychologischen Instituts der Universität Zürich, der Zentralbibliothek und der Bibliothek der Pro Senectute in Zürich statt. In den genannten Bibliotheken stiess ich auf eine grosse Bandbreite der Suizid- und der gerontologischen Fachliteratur und auf hilfreiche Unterstützung der jeweiligen Bibliothekarinnen und Bibliothekare. Nachforschungen im Internet gestalteten sich weniger ergiebig. Meistens entsprachen die vorgefundenen Artikel nicht genau der Thematik zu, oder es fanden sich Titel, die ich bereits in den erwähnten Bibliotheken bezogen hatte.

Auf **Vorlesungen** und Veranstaltungen der Universität konnte ich für dieses Thema kaum zurückgreifen. Hilfreich war jedoch die Veranstaltung der Abteilung für Sozialpsychologie von Prof. F. Höpfliger und H.R. Schelling zum Thema „Altern im Lebenslauf“, in deren Verlauf aktuelle Daten und Trends aus der Schweiz berichtet wurden, die den Hintergrund zum Leben im Alter und den damit verbundenen Problemen sowie der Alterssuizidalität bilden.

Die Entwicklung des Konzepts und die Literatursuche sowie die Lektüre des umfangreichen Stoffes, das Schreiben des Textes und die Verarbeitung der Korrekturen waren zyklische und sich gegenseitig ablösende Prozesse. Hier konnte ich mich auf die hilfreiche Unterstützung und Anregung meines Betreuers, Herrn Dr. H.-M. Zöllner zählen.

Lebenslauf

8. Mai 1949	Geboren in Schwyz
1956 - 1965	Primar- und Sekundarschule in Rapperswil
1965 - 1969	Gymnasium II der Töcherschule in Zürich Maturität Typus B
1970 - 1973	Bühnenstudio Zürich (Schauspielakademie) Diplom
1973 - 1977	Diverse Theaterproduktionen und Temporärstellen als Sekretärin und Buchhändlerin
1977	Heirat
1977 - 1979	Buchhändlerlehre in den Buchhandlungen Bodmer und Orell Füssli in Zürich. Diplom
1977 - 1982 / 1989 - 1993	Buchhändlerin bei Orell Füssli in Zürich
1982 - 1989	Eigene Buchhandlung in Pfäffikon SZ
Ab 1993	Studium der Psychologie an der Universität Zürich
1995 - 1996	Studienurlaub mit diversen Praktika - Psychiatrische Klinik Hohenegg in Meilen - Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

	- Pro Senectute-Beratungsstelle in Lachen
1997	Praktikum an der kantonalen Berufsberatung in Pfäffikon SZ
Sept. 1998 - Feb. 1999	Praktikum am Psychiatrischen Zentrum Wetzikon
1998 - 1999	Freilichtaufführung als „Mutter Courage“ von Brecht mit der Bühne 66 in Schwyz
2001	Lizentiat der Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich

Pfäffikon SZ, Juni 2000

Martina Hirzel