

WOLFERSDORF M (1997) Suizidprävention - Erkennen und Handeln bei Akuter Suizidalität. In: Fortschritte der Medizin, München: Urban & Vogel Bd. 115 (1997), 11, S. 38-46

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ilan Gans
Therapiezentrum für Suizidgefährdete
an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

E-mail: gans@uke.uni-hamburg.de

Suizidalität im höheren Lebensalter

Astrid Altenhöfer

Zusammenfassung

Suizidalität spielt im höheren Lebensalter eine weitaus wichtigere Rolle als gemeinhin angenommen, sie wird jedoch anders kommuniziert als bei jüngeren Menschen und endet häufiger in einem Suizid. Der vorliegende Beitrag diskutiert mögliche Risikofaktoren und Besonderheiten der Psychodynamik sowie des suizidalen Ausdrucks. Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, warum psychotherapeutische Behandlungsangebote von suizidalen Älteren so selten in Anspruch genommen werden und wie sich dies verändern ließe.

Schlüsselwörter: Suizidalität Älterer, Risikofaktoren, Behandlung

Suicidality in the Elderly

Abstract

Suicidality in the elderly is a more important topic and results more often in suicide as is commonly assumed. In this article risk factors and the psychodynamic background are discussed as well as the specific expression of suicidality in this age group. The fact that older suicidal persons very rarely seek psychotherapeutic treatment is explored and the way this could possibly be changed.

Keywords: Suicidality in the elderly, risk factors, treatment

Eine 73jährige allein lebende ehemalige Krankenschwester wird nach einer dreimonatigen stationär-psychiatrischen Behandlung einer schweren depressiven Episode in eine ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vermittelt. Anlass zur Aufnahme in die Klinik war ein massiver psychosozialer Rückzug. Die Patientin habe beispielsweise nicht mehr die Kraft gehabt, ihre Wohnung zu verlassen, stattdessen sei ihr Denken nur noch um Todeswünsche und Sterbefantasien gekreist. Auch körperlich sei es ihr immer schlechter gegangen – eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung bei Nikotinabusus drohte zu entgleisen.

Die Anamnese ergibt mehrere stationäre und ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen in den letzten 30 Jahren, meist aufgrund von depressiven Dekompensationen und parasuizidalem Agieren im Zusammenhang mit Partnerschaftskrisen und Trennungen. Die Beziehungen in der Kindheit waren charakterisiert durch traumatische Verlusterfahrungen (nach Geburt von der Mutter zur Adoption freigegeben, Adoption durch eine wenig Halt bietende Familie, frühe sexuelle Traumatisierung, dann Stabilisierung durch altruistische Aufopferung im Beruf). Aus ihren Schilderungen geht hervor, dass sie in den bisherigen therapeutischen Beziehungen die Therapeuten zunächst sehr idealisiert zu haben scheint, sich aber am Ende meist enttäuscht und fallen gelassen fühlte.

Hinsichtlich ihrer Suizidalität merkt sie an: „Ob ich noch ein Jahr lang lebe (dieser Zeitraum war als Behandlungsrahmen abgesprochen), weiß ich nicht. Vielleicht hilft die Therapie mir ja, ein Jahr durchzuhalten. Wenn sich nichts bessert, werde ich mich vorher umbringen. Ich denke viel darüber nach, wie ich es machen soll“.

Einleitung

Suizidalität spielt im höheren Lebensalter eine weitaus wichtigere Rolle und stellt ein weitaus größeres Gefahrenpotential dar als oftmals angenommen, da die Suizidrate mit zunehmendem Alter exponentiell („ungarisches Muster“) ansteigt. Die Suizidziffern der über 60jährigen Männer liegen in den westlichen Ländern um das 1.7fache, die der über 60jährigen Frauen um das 2.0fache höher als die Gesamtsuizidziffern der jeweiligen Geschlechtsgruppe (Schmidtke et al. 2002). Jede zweite tödliche Suizidhandlung bei Frauen wird von einer über 60jährigen ausgeführt (Erlemeier 2002), bei Männern ist der Anteil an Älteren unter dem Gesamt der Suizide überproportional erhöht. Da seit 1952 der Anteil Älterer an der Gesamtheit der Suizide deutlich zunimmt, ist unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung in Deutschland (Anstieg des Anteils älterer Menschen in der Gesellschaft) in der Zukunft mit einer weiteren Zunahme (der absoluten Anzahl) an Suiziden bei älteren Menschen zu rechnen.

Demgegenüber zeigt sich bei Suizidversuchen, über deren Häufigkeit aus Datenschutzgründen keine amtliche Statistik geführt wird, ein gegenläufiges Bild: Über 60jährige sind nach der WHO/Euro-Multicenter-Study of Suicidal Behavior nur zu 7% an Suizidversuchen beteiligt (Schmidtke et al. 2002), d.h. wird ein älterer Mensch suizidal, dann ist die Wahrscheinlichkeit eines Suizids deutlich höher als in jüngeren Lebensjahren. Es gilt, dass Ältere, die einen Suizidversuch unternommen haben, eine hohe Mortalitätsrate aufgrund von Suizid und körperlichen Erkrankungen haben. Einen Suizidversuch im Alter wiederholen 5.4% der Betroffenen (pro Jahr) und 1.5% sterben pro Jahr durch Suizid (Hepple & Quinton 1997).

Risikofaktoren für Suizidalität im höheren Lebensalter

Trotz intensiver Forschungen in den letzten Jahrzehnten liegt bislang zur Suizidalität Älterer kein überzeugendes Erklärungsmodell vor, ebenso wenig eine empirische Überprüfung der Gewichtung und Interaktion zentraler Risikofaktoren (Erlemeier 2002). Aus diesem Grund ist die Sicht auf Einflussfaktoren der Alterssuizidalität nach wie vor eher additiv, nicht integrativ. Deren Wechselwirkung und Einflussgewichtung ist weitgehend unerforscht. Auch die aktuelle neurobiologische Suizidforschung liefert hier bislang keine gesicherten Erkenntnisse (Rifai et al. 1992, Bronisch & Brunner 2002).

Häufig wird die Suizidalität älterer Menschen in enger Beziehung zu psychischen Erkrankungen, insbesondere zur Depression beschrieben. Des Weiteren spielt die Zunahme der somatischen Multimorbidität eine wesentliche Rolle, insbesondere neurologischer Störungen und maligner Erkrankungen, verbunden mit funktionellen Störungen und Einbußen, wie etwa Schmerzsyndromen, Immobilität und Sehbehinderungen (Cattell & Jolley 1995, Carney 1994,

Draper 1996, O'Connell et al. 2004). Untersucht man, ob einschneidende Lebensereignisse kurz vor einem Suizid auftraten, so lassen sich z.B. deutlich mehr körperliche Erkrankungen als bei Jüngeren feststellen. Es konnte jedoch in größeren Studien nachgewiesen werden, dass diese körperlichen Einbußen sich weniger stark auf eine suizidale Entwicklung auswirken als psychische Belastungen (Cattell & Jolley 1995, Carney et al. 1994, Draper 1996), soziale Einschränkungen und die Qualität der Bewältigungsstrategien (Summa 1988). In einer schwedischen Bevölkerungsstichprobe fanden Skoog et al. (1996) eine deutlich erhöhte Suizidalität bei über 85jährigen Personen mit psychischen Störungen: 29.2% der psychisch kranken Hochbetagten hielten ihr Leben nicht mehr für lebenswert (4.0% der Gesunden), 27.5% hatten Todeswünsche (4.0% der Gesunden), 9.2% dachten daran, sich das Leben zu nehmen (0.9% der Gesunden) und 1.7% planten ernsthaft einen Suizid (keiner der Gesunden).

Altersbedingte körperliche Veränderungen, beispielsweise eine nachlassenden körperliche Attraktivität oder Leistungseinbußen, wirken sich häufig negativ auf das Körperselbsterleben aus, was zu Verunsicherung bis hin zu massiven Selbstzweifeln führen kann. Diese machen intrapsychische Anpassungs- und Integrationsprozesse notwendig, die sich wiederum auf soziale Beziehungen und Interaktionen auswirken. Dadurch bedingt kann es beispielsweise zu Beziehungsabbrüchen, zu einem sozialen Rückzug und zu Isolation kommen. Im Alter verändern sich häufig die individuellen Bedürfnisse und Wünsche an Beziehungen, d.h. die Beziehungsqualität verändert sich, wodurch soziale Defizite und Abhängigkeiten zu Tage treten können (Wagner, Schütze & Lang 1996). Ein besonderes Augenmerk sollte auch auf Beziehungsprobleme gelegt werden, die durch die psychische Erkrankung, wie etwa eine Depression oder eine Demenz, eines Lebenspartners ausgelöst werden können.

Neben Einsamkeit, somatischen Erkrankungen und finanziellen Problemen, zählen vor allem intrafamiliäre Konflikte und Schwierigkeiten in langen Partnerschaften zu den Hauptrisikofaktoren für Suizidalität bei Älteren (Cattell 2000, Rubenowitz et al. 2001, Duberstein et al. 2004). Hierbei betonen neuere empirische Arbeiten insbesondere deren individuelle psychische Verarbeitung. Canetto (1992, 1994) fordert, dass Probleme innerhalb von Beziehungen und Schwierigkeiten, überhaupt Beziehungen zu leben, aus einer geschlechterdifferenten Perspektive betrachtet werden müssen. Ihre Studie an über 60jährigen Personen zeigt, dass Männer und Frauen gleichermaßen in und an Beziehungen, jedoch durch unterschiedliche Auslöser suizidal werden: Bei Männern scheinen sich eingeschränkte Beziehungserfahrungen, die Abwesenheit einer Halt gebenden Beziehung sowie Verluste sozialer Privilegien zur Sicherung der maskulinen Identität suizidfördernd auszuwirken. Frauen neigen entgegen allgemeiner Vermutung weniger zu pathologischer Abhängigkeit, sondern leiden unter dysfunktionalen

Beziehungen im Sinne schwerer emotionaler Vernachlässigung, Unglück und physischem Missbrauch.

Empirische Untersuchungen und Befunde zu biografisch determinierten Ursachen von Suiziden im Alter sind eher spärlich. Duberstein et al. (1998) führten eine psychologische Autopsiestudie an 35 verwitweten Personen durch, die in einem Zeitraum von sechs Jahren im Alter von 50 Jahren und älter Suizid begingen. Es zeigte sich, dass die Gruppe der Suizidenten, die erst vor weniger als vier Jahren ihren Partner verloren hatte, signifikant häufiger Suizid beging, häufiger in psychiatrischer Behandlung war und in der Tendenz häufiger einen Substanzmittelabusus betrieb. Hinzu kam, dass sich in dieser Gruppe auch biografische Schilderungen von Trennungen (elterlicher Tod, Scheidung oder Trennung vor dem 18. Lebensjahr des Probanden) signifikant häuften. Vor dem Hintergrund der kontroversen Debatte um die Validität biografischer Angaben (s. dazu Lindner 2006) schränken die Autoren ein, ein Beweis für einen Kausalzusammenhang von frühem Verlust und Suizid im Alter nicht gefunden zu haben: „Die Beziehung zwischen frühem Verlust und durchgeführtem Suizid ist wahrscheinlich indirekt und beeinflusst von lang anhaltenden Persönlichkeits- und Bindungsstörungen und ausgelöst durch intervenierende Ereignisse, wie Verlust des Partners“ (Duberstein et al. 1998, S. 332).

Psychodynamische Konzepte zur Suizidalität im Alter

Im Gegensatz zu der eher „lärmenden“ Suizidalität Jugendlicher und jüngerer Menschen, mit deutlich appellativem Charakter, verläuft diese bei älteren Menschen eher blande und endet häufiger final mit einem Suizid (vgl. Lindner et al. 2006; O’Connell et al. 2004). Götze (2004) führt dies darauf zurück, dass ältere Menschen in ihrem suizidalen Erleben weniger ambivalent sind. „Im Vergleich zu jüngeren scheint bei älteren Patienten die Ambivalenz zwischen lebenserhaltenden und lebensvernichtenden Bestrebungen und Befindlichkeiten bei Suizidgefährdung schwächer ausgeprägt zu sein. Die älteren Menschen verhalten sich in ihren suizidalen Gedanken, Gefühlen und Handlungen offensichtlich eindeutiger, d.h. auch kommunikativ mit weniger Gewissensnot.“ (ebd., S. 278). Zudem benutzen ältere Menschen signifikant mehr harte Suizidmethoden als jüngere (Pitkälä et al. 2000). Leenaars (2003) formulierte auf der Basis empirischer Ergebnisse von Abschiedsbriefen und dem Fall Sigmund Freud hypothetisch eine Theorie des Suizids Älterer. Demnach sind alte Suizidenten weniger ambivalent, sie handeln direkter. Sie leiden weniger unter Aggressionen, die sie im suizidalen Akt gegen sich und andere richten, und haben einen stärkeren Sterbewunsch. Eine Überprüfung dieser Hypothese steht allerdings noch aus.

Aus unserer eigenen, jedoch auch den publizierten klinischen Erfahrungen in der Psychotherapie älterer

suizidaler Patienten und langjähriger Erfahrungen (z.B. Radebold 1992, Teising 1999) in (konsiliarischen) Untersuchungen älterer Patienten nach Suizidversuch wird immer wieder eine Grundhypothese deutlich: Der jüngere, heranwachsende Mensch sucht seinen Selbstwert, sein Lebensgefühl und seine Lebenshaltung, ich-synthon herauszubilden und zu stabilisieren, während der ältere und der alte Mensch aufgrund von zunehmenden belastungsabhängigen psychosozialen und körperlichen Veränderungsprozessen um die Bewahrung seines Selbstwertgefühls – und damit letztlich auch seiner Identität – ringt. Die Vulnerabilität – durch äußere und innere Faktoren – im höheren Lebensalter ist in unserem heutigen Gesellschaftssystem besonders hoch, so dass Ressourcen, die die depressiv-suizidale Dekompensation im Dienste der Abwehr in Schach halten können, aufgebraucht erscheinen (Götze 2002).

In einer Kasuistik beschreibt Götze (2004) den Zusammenbruch einer narzisstischen Abwehr und daraus resultierend eine depressive Dekompensation. Zum Suizid führte demnach der Verlust pathologischer Selbstobjekte in ihrer Funktion zur Aufrechterhaltung und Regulierung des Selbstgefühls und zur Triebbefriedigung. Anhand einer weiteren Kasuistik nennt Götze (2005) schützende intrapsychische Faktoren, wie etwa kreative Gestaltungsmöglichkeiten in Verbindung mit dem Erleben von Verlässlichkeit auf persönliche Eigenschaften im Selbstverständnis. Der Umgang mit bzw. die Integration einer schmerzhaften Realität sowie von Verlusten gelingt, wenn es dem Älteren möglich ist, eine selbstregulative Dynamik zu nutzen: Die Verbindung omnipotenter Phantasien, wie sie auch das Kind zur Entwicklung seines Selbstgefühls braucht, mit verlässlichen Selbst- und Objektrepräsentanzen. Diese Hypothese wird von Clark (1993) unterstützt. Er beschreibt ausgehend von drei Fällen ein hypothetisches Modell des Suizids bei Älteren, bei denen ein lebenslanger Charakterdefekt psychopathologisch unsichtbar bleibt, bis altersbezogene Lebensveränderungen dieses Defizit offenkundig machen. Es scheint eine fundamentale Adaptationsfähigkeit zu fehlen, die nie recht vorhanden war, weil diese Personen lebenslang mit ungelösten Konflikten zu „Vertrauen versus Misstrauen“, „Autonomie versus Scham und Zweifel“ und „Überlegenheit versus Unterlegenheit“ beschäftigt waren. Körperlich und sozial bedingte Einbußen reaktualisieren diese Konflikte, wodurch es in einer narzisstischen Krise zu einer existentiellen und alternativlos krisenhaften Zuspitzung kommt. Diese wiederum führt zu einem Zusammenbruch der Abwehr sowie einem Ausbruch intensiver Angst und Wut mit verschiedenen suizidalen Zerstörungsdynamiken.

Teising (1999, 2001) schildert den Fall eines 70jährigen Mannes, der im Alter von 60 Jahren wegen eines ängstlich-agitierten Syndroms berentet wurde, da er nicht länger in der Lage gewesen sei, neue Technologien zu erlernen. Sein Versuch, im Bereich der „Kundenberatung“ tätig zu werden, scheiterte ebenfalls daran, dass er nicht länger „irgendwas mit Leuten zu tun haben“ könne. In den ersten

psychotherapeutischen Sitzungen berichtete der Patient unter anderem, wie lebensgefährlich es für ihn gewesen sei, als seine Mutter ihn als Dreijährigen in den Schweinestall eingesperrt habe und er von ihr völlig abgeschnitten gewesen sei. Sein Vater sei hirnerkrankt und behindert und von daher nie besonders hilfreich für den Patienten gewesen. Die therapeutische Beziehung war bestimmt von einem bedrückenden Wunsch des Patienten nach Hilfe, verbunden mit einem „wegsperrenden“ Moment, insofern als er von seiner Suizidalität nur wenig erzählte und insbesondere den Therapeuten nicht innerlich alarmierte, der seinerseits eine eher abweisende innere Haltung entwickelte. Als der Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkasse abgelehnt wurde, nahm sich der Patient noch am selben Tag das Leben. Sein letzter Wille im Abschiedsbrief sei es gewesen, neben der Mutter beerdigt zu werden.

Teising versteht die Suizidalität älterer Männer vor dem Hintergrund einer lebenslang bestehenden labilen Geschlechtsidentität, hervorgerufen durch eine besonders destabilisierende Art der De-Identifizierung vom mütterlichen Primärobjekt während der Zeit der frühen Triangulierung. Diese macht den alten Mann gerade für körpernahe Verlusterfahrungen verletzlich und reaktualisiert existentielle Zerstörungsgefühle (Teising 1999).

In einem anderen Fallbeispiel einer 72jährigen Frau nach Suizidversuch durch Erhängen stellt Teising (1998) eine das ganze Leben durchziehende Ablehnungs- und Schamkonfliktthematik dar: Die Patientin reinszenierte zunächst eine Möglichkeit, sie schnell auf der somatischen Ebene wegen erheblicher Schmerzen in eine Schmerzklinik abzuweisen, ohne auf den eigentlichen Aufnahmegrund in eine psychiatrische Klinik nach Suizidversuch einzugehen. Erst die Tatsache, dass dieses Übertragungsangebot nicht mitagiert wurde, führte zu einer Klärung der Hintergründe ihres Suizidversuchs. Sie war beschämt, weil sie aufgrund der Schmerzen, aber auch wegen finanzieller Probleme, den Sohn nicht besuchen und die Enkelkinder nicht beschenken konnte. Sie selbst war ein jüdisches Adoptivkind, ihre Herkunft war zugleich beschämend und durch massive Ablehnung durch die Adoptiveltern gekennzeichnet. Diese Dynamik durchzog ihr gesamtes Leben.

Vor dem Hintergrund einer tief greifenden Störung der Geschlechtsidentität und einer massiven Zuspitzung von intrapsychischen Konflikten um Fusion und Abgrenzungswünsche, verbunden mit einer Störung der intrapsychischen Beziehung zwischen Körperselbst und psychischem Selbst, ist die Hypothese berechtigt, dass suizidale Ältere meist unter langjährigen strukturell fixierten Dynamiken leiden, die oftmals bereits in jüngeren Jahren zu manifesten psychiatrischen Symptomen führten. Des Weiteren kann es im Sinne einer Trauma-Reaktivierung im Alter zu einer Reaktualisierung spezifischer traumatisch erworbener Erlebnisweisen kommen.

Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung älterer suizidaler Patienten

Nicht nur für Deutschland gilt: Es besteht eine auffällige Diskrepanz zwischen erhöhter Suizidgefährdung mit tödlichem Ausgang im Alter einerseits und geringer Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch ältere Menschen andererseits. Diese Diskrepanz ist besonders groß bei älteren und alten Männern. Über 60jährige sind mit rund 38% überproportional an der Gesamtsuizidmortalität beteiligt, als Ratsuchende mit maximal 10% in ambulanten Krisendiensten jedoch deutlich unterrepräsentiert (McIntosh et al. 1994).

Aus Befragungen von über 60jährigen ist vor allem der Befund erwähnenswert, dass sich diese in suizidalen Krisen hilfesuchend vor allem an Angehörige, Freunde, den Hausarzt oder einen Pfarrer wenden, d.h. an Personen, die ihnen vertraut sind bzw. denen sie vertrauen. Institutionelle ambulante Einrichtungen, die mit einer Fachkompetenz ausgestattet sind, werden von den über 60jährigen – und nicht nur von den Männern – selten aufgesucht. So macht diese Gruppe nur 10% des dortigen Klientel aus (wie erwähnt), während sie mit 20% in der Gesamtbevölkerung vertreten sind (Erlemeier 2001).

Vorbehalte älterer Menschen gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung

Ältere Menschen erleben Psychotherapie viel seltener als adäquate Behandlungsmöglichkeit für sich selbst als jüngere Menschen. Die Akzeptanz psychotherapeutischer Behandlungen ist nach einer Studie von Laudreville et al. (2001) abhängig vom Schweregrad einer Depression und vom Alter. Peters und Lange (1997) führen die Zurückhaltung und geringe Motivation älterer Patienten auf fehlendes Wissen und die fehlende Möglichkeit, Psychotherapie als etabliertes Behandlungsverfahren kennen zu lernen, zurück. Des Weiteren scheint eine narzisstische Problematik eine zentrale Rolle zu spielen, resultierend aus der beginnenden Multimorbidität mit ihren lebenspraktischen Einschränkungen.

Teising (2001) leitet aus Erfahrungen in längeren Psychotherapien mit älteren Patienten einen spezifischen Übertragungswiderstand dieser Patientengruppe ab, vor allem wenn sie auf einen jüngeren Therapeuten treffen. Es kann sich eine unbewusste Übertragung von Anteilen der Beziehung des Patienten zu seinen Kindern auf den Therapeuten entwickeln, in der der Patient dem Therapeuten z.B. unterstellt, ihn gar nicht verstehen zu können. Ähnlich beschreibt Martindale (1989) die besondere Angst Älterer vor Abhängigkeit in einer therapeutischen Beziehung, die sich lediglich in Gefühlen von Hilflosigkeit und Unfähigkeit auf Seiten des Therapeuten, die Beziehung halten, ertragen und psychologisch „entgiften“ zu können, – wie ehemals Elternfiguren im Leben des Patienten – äußert. Eine derartige, oftmals unbewusste Beziehungserinnerung kann manchmal jahrzehntelang, zum Beispiel durch einen Beruf kompensiert worden sein, in dem Abhängigkeit vermieden

oder andere Menschen kompensatorisch versorgt wurden. Erst durch die Aufgabe der Berufstätigkeit können diese Ängste reaktualisiert werden.

Mehrere Studien haben sich mit weiteren Ursachen für die geringe Inanspruchnahme therapeutischer Angebote bei Älteren beschäftigt: Heifner (1997) stellte fest, dass ein Suizidversuch bei älteren suizidalen und depressiven Männern unter dem unbewussten Wunsch stand, die Kontrolle über das eigene Leben wieder zu erlangen. Professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen bedeutete für diese Männer, etwas Wichtiges aufgeben zu müssen, ein Stück weit sich selbst in der Therapie zu verlieren und möglicherweise eine Beschädigung ihres Selbst-Konzepts zu erleiden. Hilfe konnte dann oft nur in/nach dramatischen Inszenierungen angenommen werden, wie z.B. im Rahmen einer Notaufnahme oder im Zusammenhang mit Panikattacken oder akuten Erregungszuständen. Dies lässt sich u.U. durch projektive Mechanismen erklären: Der suizidale ältere Mann projiziert eigene destruktive Impulse auf die potentiellen Helfer. Ein ähnlich negatives Bild über Psychotherapie fand sich in einer strukturierten Befragung von 200 Personen zwischen 17 und 76 Jahren. Die älteren Probanden tendierten zu der Einstellung, Psychotherapie würde eher schaden, die Beziehung zum Therapeuten sei eher schwierig und die Sitzungen problematisch. Psychotherapeuten würden ihre Patienten in Techniken und Strategien unterrichten. Patienten würden nur langsam Fortschritte machen (Furnham & Wardley 1990).

Vorbehalte potentieller Therapeuten gegenüber älteren Patienten

Eine ganze Reihe von Gründen ist bekannt, die Psychotherapeuten davon abhalten, ältere Patienten in Behandlung zu nehmen. So befürchten diese beispielsweise, über kein ausreichendes Expertenwissen etwa im Hinblick auf die im Alter häufigere Komorbidität mit körperlichen Krankheiten zu verfügen. Des Weiteren wird die höhere Ambivalenz Älterer, eine Psychotherapie zu beginnen, negativ erlebt, und es besteht das Risiko, sich eher als bei einem jüngeren Patienten mit der aktuellen Hilf- und Hoffnungslosigkeit älterer Patienten zu identifizieren. In der Beziehung zu einem Patienten, der das Lebensalter der eigenen Eltern hat, können bei einem Therapeuten kindliche Gegenübertragungsgefühle reaktiviert werden, die wiederum Ohnmachtsgefühle zusätzlich verstärken können.

Ein positiver Trend ist allerdings dahingehend erkennbar, dass ältere Patienten zunehmend häufiger in psychotherapeutische Behandlung genommen werden (Zank & Niemann-Mirmehdi 1998).

Psychotherapie der Suizidalität

Die Behandlung der Suizidalität erfolgt meist mit einem multimodalen Ansatz. Sie ist differenziert nach Art und Ausprägung der Suizidalität, nach dem Vorhandensein psychiatrischer Erkrankungen und nach den real vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten. Bei suizidalen Patienten handelt es sich um „Hochrisikopatienten mit einer hohen Rezidivquote“ (Fiedler & Götze 2005), aus diesem Grund ist gerade bei diesen Patienten eine psychotherapeutische Behandlung und Bearbeitung des suizidalen Erlebens, der zugrunde liegenden und auslösenden Konflikte dringend erforderlich. Kriseninterventionen und Behandlungen mit Psychopharmaka wirken insofern nicht suizidpräventiv, als sie ein suizidales Restpotential nicht erreichen und deshalb bei entsprechenden äußeren oder intrapsychischen Auslösern die Suizidalität nach einer zunächst entaktualisierenden Behandlung erneut reaktualisiert werden kann. Vor diesem Hintergrund wurde u.a. im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete ein Konzept der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie (notfallinduzierte psychodynamische Psychotherapie) der Suizidalität entwickelt und evaluiert (für eine ausführliche Darstellung des Behandlungskonzepts siehe Fiedler et al. 1999, Fiedler & Götze 2005, Fiedler 2007). Diese ist gekennzeichnet durch einen niedrigschwelligen Zugang, da das Hilfesuchverhalten und die Beziehungsaufnahme zu Psychotherapeuten bei suizidalen Patienten – nicht nur bei älteren – von großer Ambivalenz geprägt sind. Die Kontaktaufnahme wird zusätzlich durch die vordergründige Aggressivität und Gereiztheit vieler Patienten erschwert. Lindner beschrieb diese Beziehungsaufnahme mit dem Zitat eines Patienten „Ich komme nur, um mich zu verabschieden“ (Linder 2007).

Psychotherapie Älterer

Es gibt inzwischen eine breite empirische Basis an Forschungsergebnissen, die die Effektivität der Psychotherapie mit älteren Menschen belegt. In den letzten Jahren ist besonders durch die Arbeiten von Radebold (z.B. 1992, 1998) in der Fachöffentlichkeit das Bewusstsein gewachsen, dass Ältere bei Anpassungsstörungen im Alterungsprozess von Psychotherapie und psychosomatischen Behandlungen profitieren können, um länger mit einer höheren Lebenszufriedenheit und autonom leben zu können. Auch im deutschsprachigen Raum konnte nachgewiesen werden, dass Psychotherapie bei Älteren möglich, sinnvoll, notwendig und langfristig erfolgreich ist. Outcome-Studien im ambulanten und stationären Bereich konnten die Wirksamkeit belegen (Übersicht bei Radebold 1998). Damit ist das alte Diktum von Sigmund Freud (1923) entkräftet worden, dass Personen über 50 Jahre einer psychotherapeutischen Behandlung nicht zugeführt werden sollten, weil sie sich nicht mehr in ihrer psychischen Verfasstheit ändern könnten und die Behandlungen zu lange dauerten (Freud 1898). Daten von Fallstudien zeigen, dass Methoden in der Behandlung jüngerer Patienten auch bei

älteren Personen anwendbar sind, obwohl die Behandlung in einer langsameren Geschwindigkeit voranzukommen scheint.

Auch andere Formen der psychosozialen Betreuung sind wirksam. In den USA reduzierte ein spezielles „Care management“ älterer suizidaler Patienten, eine persönliche Betreuung in der pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung durch einen „Care manager“, effektiv die Suizidalität und depressive Symptome (Bruce et al. 2004). In Japan führte ein regionales Präventionsprogramm gegen Suizidalität bei über 65jährigen in einem 10-Jahreszeitraum ebenfalls zu einer signifikanten Senkung der Suizidraten (Oyama et al. 2004).

Hilfreich können bei diesem Krankheitsbild auch Selbsthilfebücher sein. Allerdings ist zu beachten, dass es bei 30% der Patienten mit einer depressiven Erkrankung im Alter auch ohne Behandlung zu einer Besserung ihrer Symptomatik kommt, auch ohne eine psychopharmakologische Behandlung (Woods & Roth 1996).

Die bisherigen Erfahrungen in der Behandlung älterer Patienten haben sowohl im Bereich psychoanalytisch orientierter als auch verhaltenstherapeutischer Psychotherapien zu spezifischen Behandlungskonzepten geführt. Während in psychoanalytischen Psychotherapien Älterer der Fokus auf die veränderte Übertragungskonstellation (älterer Patient mit jüngerem Therapeuten) und den damit verbundenen Gegenübertragungsaspekten, auf die Bedeutung der eigenen Altersbilder bei Patient und Therapeut und dem Umgang mit der biografischen Materialfülle gelegt wird, befassen sich altersspezifische verhaltenstherapeutische Techniken mit thematischer Fokussierung, Anpassung an die sensorische Verlangsamung, auf Nutzung multisensorischer Methoden (Flipcharts, Handouts, Tonbänder von der Sitzung) und fordern vom Psychotherapeuten ein fundiertes medizinisches Wissen über die häufigsten körperlichen Erkrankungen und deren Behandlungsstandards (Maercker 2003).

Empfehlungen für die psychotherapeutische Behandlung älterer suizidaler Patienten

Wie bereits erwähnt, sind Ältere in Behandlungseinrichtungen für suizidale Patienten deutlich unterrepräsentiert. Ganz offensichtlich fehlen spezifische Zugangswege sowie spezifische, auf die Belange Älterer abgestimmte Behandlungs- und Beratungsangebote. Die meisten Erkenntnisse über suizidale Ältere beruhen auf Untersuchungen und Befragungen von Patienten. Über die Gruppe der suizidalen über 60jährigen, die sich nicht in eine psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlung begeben, ist nach wie vor nur wenig bekannt. So blieb bislang z.B. offen, welche Dynamiken genau ältere Menschen suizidal werden lassen und zugleich verhindern, dass diese Behandlungen und Hilfe in Anspruch nehmen.

Vor diesem Hintergrund wurde 2003 ein von der Werner Otto-Stiftung und der Hinrich Rave-Stiftung gefördertes Forschungsprojekt zur „Inneren Welt und psychosozialen Lebenssituation älterer Suizidgefährdeter“ am Therapiezentrum für Suizidgefährdete begonnen, das sich in zwei Projektphasen untergliedert: Zunächst wurden in einem ersten Schritt 30 Tiefeninterviews durchgeführt und mittels der systematischen qualitativen Methode der *verstehenden Typenbildung* ausgewertet. Auf diese Weise entstanden idealtypische Konstellationen zur Suizidalität Älterer im Hinblick auf ihr Inanspruchnahmeverhalten und ihre Beziehungsgestaltung (für eine detaillierte Darstellung dieser Untersuchung siehe Lindner et al. 2006). Aufbauend auf diesen hypothesengenerierenden Ergebnissen der ersten Phase wurde nachfolgend ein strukturiertes Interview entwickelt, das im Rahmen des Forschungsprojekts mit insgesamt 67 über 60jährigen Probanden – 27 nicht-suizidalen Älteren, 15 suizidalen Älteren in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung und 25 suizidalen Älteren, die ihre Suizidalität nicht in eine Behandlung einbringen konnten – durchgeführt wurde. Ziel dieser Studie, der sich mittlerweile weitere Nachfolgeprojekte anschließen, ist es, mehr über die Lebensbedingungen – aktuell wie biographisch – von suizidalen Älteren zu erfahren, vor allem von denjenigen, die die derzeit verfügbaren Behandlungsangebote nicht in Anspruch nehmen. Auf diesem Wege sollen u.a. Ideen für neue Behandlungskonzepte und Behandlungseinrichtungen für ältere suizidale Menschen generiert und evaluiert werden.

Aus den Ergebnissen der qualitativen Voruntersuchung lassen sich bereits folgende handlungsorientierte Überlegungen ableiten, und zwar sowohl hinsichtlich strukturell-organisatorischer als auch psychotherapeutisch-technischer Aspekte:

1. Entmedizinisierung professioneller Hilfsangebote und Unterstützungen z.B. in Form von Cafés, Treffs und anderen sozialen Kontakträumen, in denen über suizidale Gedanken, Befindlichkeiten und Pläne gesprochen werden kann. Weitere Angebote könnten aber auch Gruppentherapie, ein „aufsuchender“ Telefonkontaktdienst und eine aufsuchende Laienbetreuung, etwa durch andere Ältere, sein.

Insgesamt ist die Empfehlung zu unterstützen, psychotherapeutische Angebote stärker an die aktuelle Lebenssituation der älteren Suizidalen anzupassen.

2. Suizidale Ältere, insbesondere diejenigen, die sich nicht in Behandlung begeben, haben oftmals nur wenige soziale Kontakte bzw. enge Bezugspersonen. Diese sind zudem häufig durch massive, oftmals langjährige interpersonelle Konflikte belastet, so dass ein sozialer Rückhalt, ein so genanntes soziales Netz als externe Ressource in Krisensituationen fehlt. Aufgrund ihrer lebensgeschichtlich eher negativ geprägten Beziehungserfahrungen und damit einhergehend eines latenten Misstrauens in engeren Beziehungen wünschen sich diese Patienten von professionellen Helfern Verständnis, Ernstgenommen- und

Nicht-bewertet-werden, weil sie Unverständnis, Nicht-ernstgenommen-werden und Entwertung erlebt haben. Die Konflikte in wichtigen Beziehungen kreisen um Erfahrungen von Ablehnung und Kränkung, die ihrerseits Auslöser für suizidales Erleben darstellen. Darüber zu sprechen, ist jedoch sehr schwierig, weil dies eine Kontaktaufnahme erfordert, die wiederum das Risiko beinhaltet, erneut Zurückweisung und Ablehnung zu erfahren. In dieser Form des psychischen und sozialen Rückzugs wird dann Suizidalität auch als beruhigend, die Vorstellung eigener Autonomie fördernd erlebt.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich Empfehlungen für suizidpräventive Strategien und therapeutische Techniken ableiten: Bei professionellen Helfern – Altenpflegern, Hausärzten, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten etc. – sollte durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen die „Awareness“ für Formen des psychosozialen Rückzugs im Alter erhöht werden. Dies bedeutet auch eine spezifische Sensibilisierung für narzisstische Kränkungen, beispielsweise durch eine Schulung im Umgang mit kränkbaren Patienten. Auch die organisatorische Struktur eines Behandlungsangebots muss Aspekte der Kränkung und Scham sowie mögliche Schuldgefühle berücksichtigen.

3. Wenn die Suizidalität im Rahmen einer Institution (z.B. einer geriatrischen Klinik) behandelt werden soll, so ist die professionelle Absprache mit den anderen Behandlern unumgänglich und sollte Teil der Gesamtbehandlung sein.

4. Zentral wäre zudem eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit. Gestützt auf die Wünsche vieler Suizidaler nach Austausch mit Freunden, nach anderen, nicht-professionellen Hilfsangeboten und auf das schlechte Abschneiden der Ärzte, als Beispielprofession für helfende Berufe, gilt es, den gesellschaftlichen Dialog über Suizidalität, ihre Bedeutung und Hintergründe zu fördern, um gesamtgesellschaftlich mehr Akzeptanz zu entwickeln. Nicht, indem der Suizid Älterer begrüßt oder stillschweigend toleriert wird, sondern indem die Bereitschaft erhöht wird, die suizidale Befindlichkeit, ihre Ursachen und Auslöser je nach Art der helfenden Beziehung miteinander zu sehen, zu tragen und, wenn möglich, zu bewältigen und zu lösen.

Literatur

- BRONISCH T, BRUNNER J (2002) Neurobiologie. In: BRONISCH T et al. (Hrsg.) Suizidalität. Ursachen, Warnsignale, therapeutische Ansätze. Schattauer, Stuttgart, S 25-47
- BRUCE ML, TEN HAVE TR, REYNOLDS CF, KATZ II, SCHULBERG HC, Mulsant BH, BROWN GK, MCAVAY GJ, PEARSON JL, ALEXOPOULUS GS (2004) Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *Journal of American Medical Association* 291: 1081-1091
- CANETTO SS (1992) She died for love and he for glory. *Omega* 26: 1–17
- CANETTO SS (1994) Gender issues in the treatment of suicidal behaviour. *Death Studies* 18: 513–327
- CARNEY SS (1994) Suicide over 60: The San Diego Study. *Journal of the American Geriatric Society* 42: 174-180
- CATTELL H (2000) Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment* 6:102-108
- CATTELL H, JOLLEY DJ (1995) One hundred cases of suicide in elderly people. *British Journal of Psychiatry* 166: 451-457
- CLARK DC (1993) Narcissistic crisis of aging and suicidal despair. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 23 (1): 21-26
- DRAPER B (1996) Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11: 577-587
- DUBERSTEIN PR, CONWELL Y, COX C (1998) Suicide in widowed persons. A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 6 (4): 328-334
- DUBERSTEIN PR, CONWELL Y, CONNER KR, EBERLY S, CAINE ED (2004) Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine* 34: 137-146
- ERLEMEIER N (2001) Suizidalität und Suizidprävention im Alter. BD. 212, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer, Stuttgart
- ERLEMEIER N (2002) Stand und Perspektiven ambulanter Krisenhilfe bei Suizidgefährdung im Alter – Ergebnisse einer Befragung. *Suizidprophylaxe* 28: 158-164
- FIEDLER G (1994) Interaktion im Erstkontakt mit Suizidgefährdeten. Vortrag auf dem Symposium „Kurzpsychotherapie mit Suizidgefährdeten“, Hamburg, 3. – 5.3.1994
- FIEDLER G (2007) Psychotherapie und Suizidalität. Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS). *Suizidprophylaxe* 34 : 113-123
- FIEDLER G, GÖTZE P, GANS I, GERISCH B, LINDNER R, RICHTER M (1999) Psychoanalytische Psychotherapien bei akuter Suizidalität. Das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung – ein Überblick. *Hamburger Ärzteblatt* 53: 537-542
- FIEDLER G, GÖTZE P (2005) Ambulante Psychotherapie der Suizidalität. *Kerbe* 1: 14-17

- FREUD S (1898) Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. In: GW I, FREUD S, Fischer, Frankfurt M, S 491-516
- FREUD S (1923) Das Ich und das Es. In: GW XIII, FREUD S, Fischer, Frankfurt M, S 237-289
- FURNHAM A, WARDLEY Z (1990) Lay theories of psychotherapy I: attitudes toward and beliefs about psychotherapies and therapists. *Journal of Clinical Psychology* 46: 878-890
- GÖTZE P (2002) Psychodynamik und Psychotherapie narzisstischer Störungen im Alter. In: HIRSCH R, BRUDER J, RADEBOLD H (Hrsg.) Suizidalität im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie Bd. 4, Bonn, Hamburg, Kassel, S 187-204
- GÖTZE P (2004) Narzissmus und Suizidalität im höheren Lebensalter. *Psychotherapie im Dialog* 3: 278-282
- GÖTZE P (2005) Identität und Suizidalität im höheren Lebensalter. Vortrag auf dem 17. Symposium Psychoanalyse und Altern: Die Zukunft des Alters – Visionen und Illusionen, Universität Kassel, 2. – 3. Dezember 2005
- HEIFNER C (1997) The male experience of depression. *Perspectives in psychiatric care* 33: 10-18
- HEPPLE J, QUINTON C (1997) One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *British Journal of Psychiatry* 171: 42-6
- KIND J (1992) Suizidal. Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- LEENAARS AA (2003) Can a Theory of Suicide Predict All „Suicides“ in the Elderly? *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide* 24 (1): 7-16
- LAUDREVILLE R, LANDRY J, BAILARGEON L, GUÉRETTE A, MATTEAU É (2001) Older adults acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 56B: 285-291
- LINDNER R (2006) Suicidality in Men in Psychodynamic Psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy* (im Druck)
- LINDNER R (2007) „Ich komme nur, um mich zu verabschieden“ – Ambivalenz und Krise in der Suizidalität. In: *Impulse für die Psychotherapie*. Band 12. Jedem Abschied folgt ein Anfang – Krise als Herausforderung. Akademie für ärztliche Fortbildung, Hannover, S 129-148
- LINDNER R, FIEDLER G, ALTENHÖFER A, GÖTZE P, HAPPACH C (2006) Psychodynamic Ideal Types Of Elderly Suicidal Persons Based On Counter Transference. *Journal of Social Work Practice* 20: 347-365
- MAERCKER A (2003) Alterspsychotherapie. Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut* 48: 132-149
- MARTINDALE B (1989) Becoming dependent again: the fears of some elderly persons and their younger therapists. *Psychoanalytic Psychotherapy* 4: 67-75
- MCINTOSH JL et al. (1994) Elder suicide – Research, theory and treatment. American Psychological Association, Washington
- O'CONNELL H, CHIN A, CUNNINGHAM C, LAWLOR BA (2004) Recent developments: Suicide in older people. *BMJ* 329: 895-899
- OYAMA H, KOIDA J, SAKASHITA T, KUDO K (2004) Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal* 40: 249-263
- PETERS M, LANGE C (1997) Empirische Ergebnisse zur Psychotherapiemotivation älterer Patienten. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (Hrsg.) Depressionen im Alter. Steinkopf, Darmstadt, S 282-284
- PITKÄLÄ K, ISOMETSÄ ET, HENRIKSSON MM, LÖNNQUIST JK (2000) Elderly suicide in Finland. *International Psychogeriatrics* 12: 209-220
- RADEBOLD H (1992) Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer, Berlin
- RADEBOLD H (1998) Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei über 60jährigen Menschen. In: KRUSE A (Hrsg.) Psychosoziale Gerontologie Bd. 2 Intervention. Hogrefe, Göttingen, S 155-167
- RIFAI AH, REYNOLDS CF, MANN JJ (1992) Biology of elderly suicide. *Suicide and Life-threatening Behavior* 22: 48-61
- RUBENOWITZ E, WAERN M, WILHELMSON K, ALLEBECK P (2001) Life events and psychosocial factors in elderly suicides – a case-control study. *Psychological Medicine* 31: 1193-1202
- SCHMIDTKE A, WEINACKER B, LÖHR C, SCHALLER S (2002) Suizidprävention im Alter: Internationale Perspektiven. In: HIRSCH RD, BRUDER J, RADEBOLD H (Hrsg.) Suizidalität im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Bd. 4, Bonn, Hamburg, Kassel, S 59-79
- SKOOG I, AEVARSSON O, BESKOW J, LARSSON L, PALSSON S, WAERN M, LANDAHL S, OSTLING S (1996) Suicidal Feelings in a Population Sample of Nondemented 85-Year-Olds. *American Journal of Psychiatry* 153 (8): 1015-1020

SUMMA JD (1988) Körperliche Erkrankungen als Risikofaktoren von Suizidhandlungen im Alter. In: BÖHME K, LUNGERSHAUSEN E (Hrsg.) Suizid und Depression im Alter. Roderer, Regensburg, S 118-129

TEISING M (1998) Psychotherapie suizidgefährdeter im höheren Lebensalter – eine psychoanalytische Konzeption. In: KRUSE A (Hrsg.) Psychosoziale Gerontologie Bd. 2 Intervention. Hogrefe, Göttingen, S 194-207

TEISING M (1999) 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, S 99-120

TEISING M (2001) Suicidality in the Elderly. Lecture at the International Congress Suicidality Psychoanalysis, Hamburg, 30. August – 2. September 2001

TEISING M (2002) Psychodynamische Aspekte der Alters-Suizidalität. In: HIRSCH R, BRUDER J, RADEBOLD H (Hrsg.) Suizidalität im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Bd. 4, Bonn, Hamburg, Kassel.

WAGNER M, SCHÜTZE Y, LANG FR (1996) Soziale Beziehungen alter Menschen. In: MAYER KU, BALTES PB (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, S 301-309

WEI W, SAMBAMOOTHI U, OLFSON M, WALKUP JT, CRYSTAL S (2005) Use of psychotherapy for depression in older adults. American Journal of Psychiatry 162: 711-717

WOODS R, ROTH A (1996) Effectiveness of psychological interventions with older people. In: ROTH A, FONAGY P (Eds.) What works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. The Guilford Press, New York, S 321-340

ZANK S, NIEMANN-MIRMEHDI M (1998) Psychotherapie im Alter: Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. Zeitschrift für Klinische Psychologie 27 (2): 125-129

Korrespondenzadresse:

Dr. Astrid Altenhöfer
Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
E-mail: altenhoe@uke.uni-hamburg.de

Suizidalität bei Frauen:

Repräsentationen in Forschung, Praxis und Kulturproduktionen

Benigna Gerisch

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird der Versuch unternommen, einen kursorischen Abriss der Forschungsarbeiten zur Suizidalität von Frauen zu geben, die aus der psychotherapeutischen und wissenschaftlichen Arbeit von 1990 – 2007 aus dem Therapiezentrum für Suizidgefährdete heraus entstanden ist. Während zunächst die impliziten und expliziten Erklärungsentwürfe zur weiblichen Suizidalität im traditionellen suizidologischen Diskurs von der vorigen Jahrhundertwende bis zur Gegenwart kritisch hinterfragt

werden, wird dann aus psychoanalytischer Perspektive ein entwicklungspsychologisches Verstehensmodell zur Suizidalität von Frauen dargestellt. Vor dem Hintergrund moderner psychoanalytischer Konzeptualisierungen werden weitere, über die Suizidalität hinausgehende Forschungsarbeiten vorgestellt, die sich insbesondere auf die geschlechtsspezifische Genese des Körpers und seiner Instrumentalisierung in Form von (autodestruktiven) Konfliktlösungsstrategien beziehen.