

Der Suizident ist kein  
obstinater Debatter mehr.

Jean Amery

## **Suizid im Alter – Gerontologische Aspekte**

### **R. Schmitz-Scherzer**

Der Gerontologe findet bei einem Studium des Alterssuizids zwar eine umfangreiche Literatur zur Thematik Suizid vor, jedoch wenig einschlägige Untersuchungen speziell zum Alterssuizid. Ohne dieses Faktum näher zu untersuchen, sei nur am Rande vermerkt, dass sich hier nicht nur die kurze Geschichte der sich langsam etablierenden Gerontologie widerspiegelt, sondern u.U. auch das durch Untersuchungen generell bestätigte geringere gesellschaftliche Interesse an dieser Thematik überhaupt (Wiendick 1973)! Dies wird desto problematischer, wenn man feststellen muss, daß die Suizidgefährdung in den höheren Altersgruppen z.T. dramatisch ansteigt - eines der sichersten Ergebnisse der Suizidforschung überhaupt.

Generell formuliert und den Ergebnissen der Suizidforschung folgend, kann man davon ausgehen, dass Suizidhandlungen ein Motivbündel zugrunde liegt. Es sind immer mehrere, z.T. höchst unterschiedliche und verschieden zu gewichtende Motive beteiligt. Die meisten dieser Motive sind allerdings aus statistischen Studien und ex post facto aus katamnesticen Untersuchungen bekannt. Damit haftet ihnen von vornherein eine gewisse Unsicherheit an, die noch dadurch erhöht wird, dass generell die Dunkelziffer der Suizidhandlungen als sehr hoch eingeschätzt werden muss und demnach nicht alle Suizidhandlungen in die Analysen eingehen können. Dennoch sind die diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse sehr wichtig zur Orientierung. Schobert (1989) gibt eine solche Liste von Motiven bzw. möglichen zum Suizid führenden Faktoren:

- Alter,
- Furcht vor schwerer Krankheit und Schmerzen,
- chronische, starke Schmerzen,
- Misshandlungen,
- als ausweglos erlebtes Unglück,
- Zorn und Wut,
- Scham,
- verletzte Ehre,
- erniedrigender Todeskampf,
- verlorene Freiheit,
- enttäuschte Liebe,
- Eifersucht,
- Armut,
- seelische Leiden,
- Bevölkerungsdichte,
- Bildung,
- psychische Erkrankung,
- Einsamkeit und Isolation,
- Tod eines nahen Menschen.

Diese Liste ist unvollständig. Sie wird von Erlemeier (1988) noch ergänzt durch Verhaltensweisen, denen zumindest unterschwellig eine Suizidabsicht (möglicherweise nicht bewusst) beigeordnet werden kann, nämlich

- Missachtung wichtiger ärztlicher Verordnungen,
- fahrlässiges, sich selbst gefährdendes Verhalten (z.B. im Straßenverkehr),
- unangemessenes Essen oder Verweigerung von Essen und Trinken,
- Alkoholmissbrauch.

Es fällt auf, dass die einzelnen Items dieser Liste auf sehr unterschiedlichen Ebenen kategorisiert sind. Möglicherweise erlauben sie in jeweils unterschiedlicher Konfiguration und unterschiedlicher Zahl Rückschlüsse auf die Motive einer suizidalen Handlung. Es fällt aber auch auf, dass viele Menschen, die in bestimmten Lebenssituationen auch mit

den Items dieser Liste beschreibbar wären, keine suizidale Handlung voll-

ziehen. Das Spezifische einer Suizidhandlung, ihre ihr eigene Phänomenologie, wird durch Items dieser und anderer Listen nicht genügend erhellt. Möglicherweise muss deshalb nach Möglichkeiten gesucht werden, die jeweils spezifische Lebenssituation und Lebenswelt eines Suizidenten in ihrer Ganzheit zu erfassen. An späterer Stelle der hier vorliegenden Erörterungen wird diese Problematik nochmals aufgegriffen. Zuvor seien einige statistische Daten genannt.

Die Suizidhäufigkeit in der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik liegt relativ konstant bei 20 auf 100.000 Bewohner bei leichteren regionalen Unterschieden. Bezogen auf einzelne Altersgruppen ergibt sich für ältere und alte Menschen jedoch ein sehr spezifisches Bild. Nach Erlemeier (1988) betrug die Suizidrate (vollzogene Suizide auf 100.000 Menschen) bei der über 65jährigen Bevölkerung 37,7 und war damit fast doppelt so hoch wie in den Altersgruppen unter 65 Jahren. Zu diesem Bild tragen vor allem die Männer bei. Ihre Suizidrate lag in der Altersgruppe über 65 Jahren mit 59,8 mehr als doppelt so hoch wie in der gesamten männlichen Bevölkerung mit 28,5. Es findet sich auch bei den Frauen eine solche Tendenz bei allerdings niedrigerem Ausgangsniveau: 26,1 in der weiblichen Bevölkerung über 65 Jahre zu 13,1 in der gesamten weiblichen Bevölkerung. Dies belegt nicht nur die geringere Suizidrate bei Frauen, sondern auch einen ähnlichen aufsteigenden Trend bei den Männern in den höheren Altersgruppen.

Noch deutlicher ist das Bild innerhalb der Gruppe der über 75Jährigen. In der Gruppe der Männer von über 75 bis 80 Jahren ist die Suizidrate 68, bei den über 85 bis 90Jährigen 85,2. (Erlemeier 1988). Ein entsprechender Trend findet sich auch bei den Frauen, wie aus den bisherigen Ziffern zu erwarten allerdings auf niedrigerem Niveau.

Dem generellen Ansteigen der Suizidrate in den höheren Altersgruppen steht ein Absinken der Rate der Suizidversuche gegenüber. Während in den jüngeren Altersgruppen das Verhältnis Suizid zu Suizidversuch mit 1 : 10 angegeben wird, erreicht es in der Altersgruppe über 60 Jahren die Relation von 1 : 2 (Demling und Lungershausen 1989).

Die vorliegenden Statistiken lassen sichere Trendaussagen zu, wenn-  
gleich einzelne Angaben in der Literatur auch beim gleichen Bezugsrahmen z.T. stark differieren. Zudem sind die Dunkelziffern wahrscheinlich sehr groß, möglicherweise um einen Faktor zwischen 5 und 10.

Ein weiteres altersspezifisches Element läßt sich bei der Betrachtung der Suizidmethoden erkennen. Generell tendieren ältere und alte Menschen zu härteren und harten Methoden wie Erhängen, Erschießen, Sturz in die Tiefe etc.

Aus diesem kurzen Abriss einiger Ergebnisse der Suizidforschung, die für die Alternswissenschaften spezifisch sind, leitet sich für den Gerontologen als wichtigste Frage ab, warum gerade alte Menschen und in dieser Bevölkerungsgruppe insbesondere alte Männer vergleichsweise oft Suizid verüben. Dazu müssen grundlegende Erkenntnisse der Gerontologie heran-gezogen werden, insbesondere deshalb, weil doch in einigen Erklärungsansätzen der Suizidologie eine generelle Tendenz zur Pathologisierung des Suizids generell unverkennbar ist.

Altern wird heute als ein Veränderungsprozess verstanden. Die Veränderungen können zu verschiedensten Bildern des Alterns führen. Intra- und interindividuelle Varianten sind dabei z.T. sehr groß. Obwohl diesbezügliche Veränderungsprozesse pathologische Formen annehmen können, ist Altern keinesfalls unter pathologischen Gesichtspunkten zu betrachten. Deshalb gilt es, die Lebenssituation der alten Menschen möglichst detailliert zu erfassen und von dort aus nach Erklärungsansätzen für die hohe Suizidgefährdung alter Menschen zu suchen. Wenn z.B. Verwitwung, Allein-Leben, Isolation, hoher Lebensstandard, Kindheit in zerbrochenen Familien, Krisen (auch finanzielle) positiv mit der Suizidrate kumulieren, dagegen Verheiratet Sein, große Kinderzahl, religiöse Bindung negativ, dann wird der Einfluss der sozialen Umwelt beim Suizidgeschehen deutlich. Zudem machen schon solche Ergebnisse darauf aufmerksam, dass Suizidhandlungen nicht notwendigerweise pathologische Akte darstellen müssen, sondern auch vielmehr Resultate

von Entwicklungen oft lebenslanger Art sein können.

Daran ändert auch die den Altersprozess charakterisierende Multimorbi-

dität nichts und auch nicht die Feststellung, dass zwischen 25 und 30% der Menschen über 65 Jahren unter psychischen Störungen leiden und insbesondere die alten Menschen, die unter Zykllothymien und Involutionsdepressionen leiden, besonders suizidgefährdet sind. Auch diese Störungen und Erkrankungen sind nicht unabhängig von der jeweiligen Lebenssituation zu sehen. So stellen Vogel und Wulfersdorf (1989) auch zu Recht fest, dass alleine das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung nicht zur "Erklärung" eines Suizids reicht.

Konkrete Lebensthemen im Alter oder bezeichnende Lebensaufgaben stellen sich oft in Trauerprozessen etwa bei Verwitwungen und Verwitwerungen und in der Auseinandersetzung mit Krankheiten, in der mit dem Gefühl von Isolation und Einsamkeit und auch beim Nachsinnen über (Lebens-) Sinnfragen. Zudem finden einigen Untersuchungen zufolge andere gesellschaftliche Bewertungen des Alterssuizids statt und schließlich finden in Not geratene alte Menschen in der Gesellschaft eine geringere Hilfsbereitschaft (Wiendick 1973). Möglicherweise sind scheinbar appeltive Suizidversuche im Alter deshalb selten..

Schon zuvor wurde erwähnt, dass einige dieser Aspekte positiv mit der Suizidhäufigkeit korrelieren. Da diese aber im Alter häufiger anzutreffen sind als in jüngeren Jahren, ergeben sich hier erste Unterstüzungen für die These, dass die hohen Suizidzahlen alter Menschen deutlich mit ihrer Lebenssituation und ihrem sozialen Kontext in Beziehung stehen. Natürlich schimmert hier die Durkheimsche These vom Mangel an sozialen Normen im Leben alter Menschen und der daraus resultierenden mangelnden sozialen Integration durch. Sie stimmt in Grenzen auch mit dieser heute belegbaren Sichtweise überein (1973).

Der Alterssuizid ist aber nicht notwendigerweise eine Folge endogener Depressionen im Senium (Ringel 1969). Vielmehr - meint Ringel (a.a.O.) - ist er ein Akt in einer depressiven Stimmung, die die Folge von

misslungenen Anpassungen an die Alterssituation darstellt. Dabei kann freilich die misslungene Anpassung u.U. durch eine Verringerung körperlicher und geistiger Fähigkeiten, das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, ein verringertes Selbstwertgefühl, soziale Verluste und Trauer und freilich auch durch Krankheit bedingt sein.

Aber noch andere Aspekte müssen gesehen werden, Aspekte, die in der Unumkehrbarkeit vieler Probleme im Alter liegen. Die Zukunftsperspektive alter Menschen ist eine andere als die Jüngerer. Alte Menschen haben viel Zeit gehabt und vergleichsweise wenig Zeit vor sich, Junge haben viel Zeit vor sich, aber erst wenig gehabt. Dies, zusammen mit den zuvor genannten Momenten und ergänzt durch die Tatsache, dass manche alte Menschen auch "lebenssatt" (1. Mose, 25, 8) sind, verweist nochmals eindrücklich auf die Tatsache, dass Alternsverläufe die nicht pathologisch strukturiert sind, auch in einem Suizid münden können.

Und noch weiter. Alte Menschen haben den Tod näher vor sich. Die Unsicherheit vor dem Sterben-Müssen und andere Erschwernisse des Lebens, die Unmöglichkeit auf das eigene Sterben späterhin möglicherweise Einfluss nehmen zu können, kann auch zum Suizid führen, nicht selten kaschiert durch Verweigerung von Nahrung und - wie bereits erwähnt - Missachtung ärztlicher Verordnungen. Dies kann reflektiert und so als bewusste Wahl und auch eher unbewusst geschehen. Der erfahrene Praktiker, die Schwester und Pfleger in der Altenarbeit erfahren dies nicht selten.

Um es nochmals zu betonen: Hier soll und kann nicht abgestritten werden, dass Suizidgefährdung alter Menschen sich auch im Geschehen mancher psychischer und psychiatrischer Erkrankungen ergibt und dies zu einem höheren Prozentsatz als bei jungen Menschen. Es muss aber gestattet sein, darauf hinzuweisen, dass viele Alterssuizide auch als Resultate bestimmter biographischer und sozial bedingter Alternsprozesse aufzufassen sind. Es ist wichtig, dass hier der vorherrschende psychiatrische Ansatz durch den gerontologischen ergänzt wird - schon um unzulängliche Pathologisierungen zu vermeiden. Suizid im Alter kann, muss aber nicht notwendigerweise die Folge einer Krankheit sein.

Prophylaxe im Zusammenhang mit Alterssuizid ist schwierig. Sie würde freilich bei einer Verbesserung entsprechender Versorgungsstrukturen ansetzen müssen sowie in der Aus- und Fortbildung professionellen Personals. Sie hätte aber auch jenseits der Versorgungsstrukturen gesellschaftsverändernde Komponenten in Bezug auf die Akzeptanz alter

- auch alter belasteter und kranker Menschen seitens der Gesellschaft. Solidarität in unserer Gesellschaft über die Generationen hinweg? Schwer. Sicherlich!

## **Literatur**

Christe, Ch: Suizid im Alter - Dimensionen eines ignorierten Problems. Bielefeld 1989

Demling, J. und Lungershausen, E.: Suizidalität. In: D. Platt (Hrsg.): Handbuch der Gerontologie, Bd. 5: Neurologie, Psychiatrie. Stuttgart - New York 1989, 285-296

Durkheim, E.: Der Selbstmord. Wien - Berlin: Luchterhand 1973

Erlemeier, N.: Suizidalität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie, Vol 21. Darmstadt: Steinkopff Verlag 1988, 267-276

Kühnert, S.: Selbstmord in Heimen. In: Zeitschrift für Gerontologie, Vol 14. Darmstadt: Steinkopff Verlag 1981, 501-507

Pohlmeier, H.: Selbstmord und Selbstmordverhütung. München - Wien - Baltimore: Urban und Schwarzenberg 1978

Ringel, E.: Der Selbstmord. Wien - Düsseldorf: Mandrich 1969

Schmidtke, A. und Weinacker, B.: Suizidraten. Suizidmethoden und unklare Todesursachen alter Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie, Vol. 24, 1. Darmstadt: Steinkopff Verlag 1991, 3-11

Schobert, K.: Warum Menschen sich töten. Frankfurt: Fischer

Taschenbuch Verlag 1989

Vogel, R. und Wolfersdorf, M.: Motivstruktur der Suizide älterer stationär behandelte psychiatrischer Patienten. In: Böhme, K. und Lungershausen, E. (Hrsg.): Suizid und Depression im Alter. Regensburg 1988

Vogel, R. und Wolfersdorf, M.: Zum Verhältnis zwischen Suizid und psychischer Erkrankung im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontologie, Vol. 22. Darmstadt: Steinkopff Verlag 1989, 242-246

Wiendick, G.: Zur psycho-sozialen Bedingtheit des Alters- suizids. In: Akt. Geront. 3, 1973, 271-274