

Claus Wächtler

Suizidalität älterer Menschen – Erkennen, ernst nehmen, be-handeln

Suicidality in old age – recognize, acknowledge, treat

Zusammenfassung

Das Risiko, durch Suizid zu sterben, nimmt mit dem Alter zu. Präventive und therapeutische Maßnahmen müssen den komplexen Entstehungsbedingungen der Suizidalität im Alter Rechnung tragen und berücksichtigen, dass ältere Menschen nur selten psychosoziale Hilfe aufsuchen und ihre Suizidhandlungen entschlossen durchführen. Die Maßnahmen zielen darauf, dass Risikopatienten rechtzeitig erkannt, psychische Erkrankungen, insbesondere die Depression, nach bestem Standard behandelt, ältere Menschen dazu animiert und darin unterstützt werden, sich mit altersüblichen, schwerwiegenden Lebensereignissen aktiv auseinanderzusetzen, und sie besser in die Gesellschaft integriert werden. Dazu sollten Ärzte und Pflegekräfte geschult, integrierte Versorgungsformen unter Einschluss der Geriatrie gefördert und Beratungs- und Hilfe-einrichtungen für Ältere gut erreichbar konzipiert werden. Die Bevölkerung gilt es, besser über Hintergründe der Suizidalität im Alter zu informieren und zur Integration älterer Menschen in die Gesellschaft zu animieren. Dann könnten noch mehr Suizidhandlungen Älterer verhindert werden.

Schlüsselwörter

Risikofaktoren – Depression – Schulung – Beratungsstellen – niedrigschwellig und integriert – gesellschaftliche Integration

Summary

The suicide risk increases with age. Preventive and therapeutic strategies should take into account the complex causes of suicidality in old age. General practitioners should be trained in diagnosis and treatment of depressed and suicidal elderly people. Other professionals as well as the general population should be made aware of the risks, symptoms and options for treatment. Suicide prevention services should be easily accessible for the elderly. Elderly people themselves should be motivated to attend a doctor or contact an information centre whenever feeling sad or thinking of suicide. The general population should provide better integration of the elderly.

Keywords

risk factors – depression – training in diagnosis and treatment – easily accessible suicide prevention centres – integration of the elderly

■ Einleitung

Immer mehr Menschen erreichen ein höheres Lebensalter. Altwerden entspricht einem Menschheitstraum. Altwerden bedeutet häufig aber auch, körperlich und/oder psychisch zu erkranken – und damit vermehrt gefährdet zu sein, suizidal zu reagieren. Eine zentrale Aufgabe heutiger und zukünftiger Versorgungssysteme wird sein, Depression und Suizidalität im Alter vorzubeugen und für depressive und suizidale ältere Menschen bestmögliche Behandlungsangebote bereitzuhalten.

■ Epidemiologie

Das Risiko, durch **Suizid** zu sterben, nimmt mit dem Alter zu. Wie in den meisten westlichen Industrienationen folgt die Suizidrate in der Bundesrepublik Deutschland dem sogenannten ungarischen Muster (s. Abb. 1). In der Bundesrepublik suizidieren sich jährlich knapp 10.000 Menschen. Darunter befinden sich knapp ein Drittel über 65-jährige Menschen – obwohl nur etwa ein Sechstel der Bevölkerung über 65 Jahre alt ist (Statistisches Bundesamt, 2008).

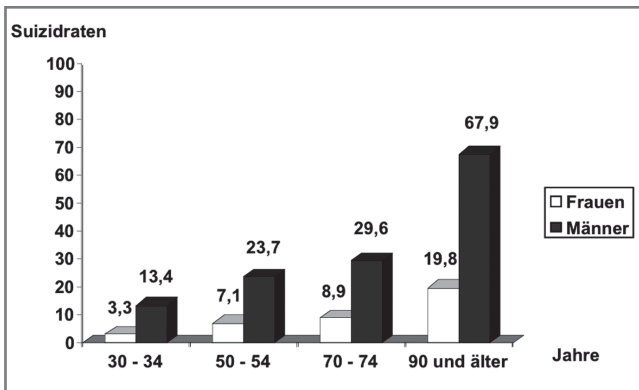


Abb. 1:
Suizidraten Bundesrepublik Deutschland 2007
(Statistisches Bundesamt, 2008)

Bei den **Suizidversuchen** verhält es sich gegenläufig: Suizidversuche sind zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr und besonders bei Frauen am häufigsten und fallen zum Alter hin kontinuierlich ab (Schmidtke, Sell & Löhr, 2008).

Bei den **Methoden** ist typisch, dass sich ältere Menschen am häufigsten (und häufiger als jüngere) durch Erhängen suizidieren. Dies geschieht bei Männern noch häufiger als bei Frauen. Am zweithäufigsten vergiften sich Ältere mit Arzneimitteln oder Drogen; diese Methode wird relativ häufiger von Frauen als von Männern gewählt. An dritter Stelle steht bei Männern der Tod durch eine Feuerwaffe und bei Frauen der Sprung (Statistisches Bundesamt, 2008).

■ Entstehungsbedingungen

Alter selbst ist keine Krankheit. Allerdings konfrontiert der Lebensabschnitt ab 75 Jahren zunehmend mit Einschränkungen und Verlusten der Bewegungsfähigkeit, der körperlichen Unversehrtheit sowie der Selbständigkeit mit daraus folgender Pflegebedürftigkeit. Solche Verluste gilt es zu leben, zu bewältigen und sie zu integrieren (Erikson, 1950). Die überwiegende Mehrzahl älterer Menschen verarbeitet

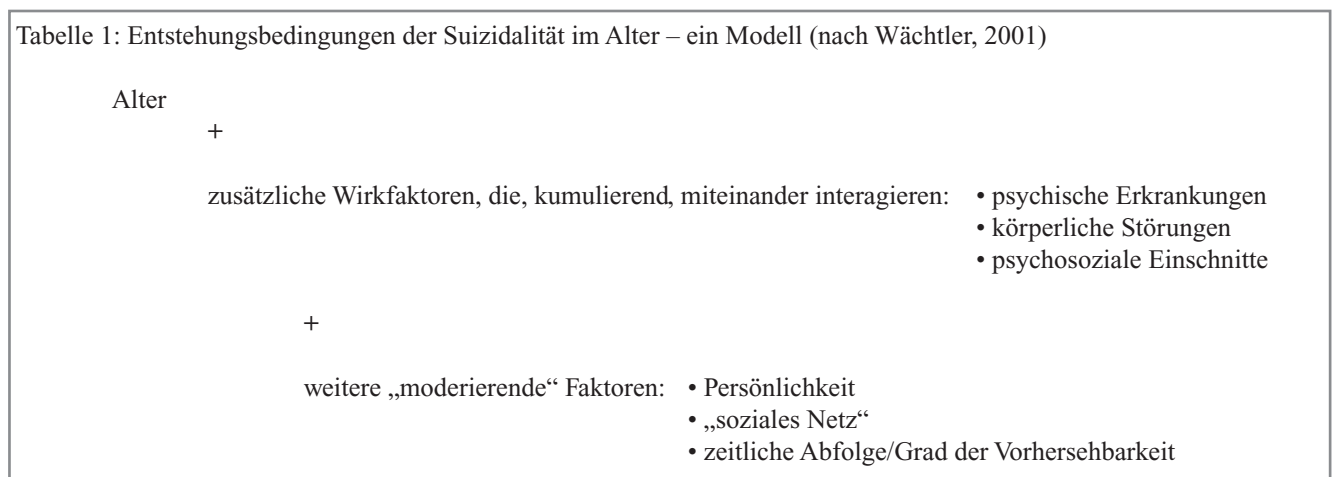
drohende oder eingetretene Verluste mit einer erstaunlichen „psychologischen Widerstandsfähigkeit“ (Mayer & Baltes, 1996). Allerdings setzen zum hohen Alter „unvermeidliche biologische Alternsprozesse“ (Mayer & Baltes, 1996) ein, wodurch die Abwehr von (tatsächlichen oder drohenden) Behinderungen und Verlusten geschwächt wird. Das ungünstige Zusammentreffen verschiedener Belastungsfaktoren kann dann zum Zusammenbruch der psychischen Abwehr und zur manifesten Erkrankung führen (Goetze, 2002; Zinetti, Daraox & Ploskas, 2003). Statt „Integrität“ droht „Verzweiflung“ (Erikson, 1950).

Ein **Modell** (Tab. 1; Wächtler 2001), wie die erhöhte Suizidalität durch das **Alter und zusätzliche Wirkfaktoren** erklärt werden könnte, soll kurz vorgestellt werden:

Die wichtigsten **Risikofaktoren** sind:

- **Psychische Erkrankungen**, insbesondere Depressionen (Waern et al., 2002; Juurlink et al., 2004) und Sucht (Waern et al., 2002; Blow et al., 2004), gehen mit erhöhter Suizidgefahr einher. Aber auch beginnende dementielle Erkrankungen scheinen das Suizidrisiko zu erhöhen (Erlangsen et al., 2008).
- **Körperliche Gesundheitsstörungen**, vor allem solche mit chronischem Verlauf, starken Schmerzen (Juurlink et al., 2004) und geringer Heilungsaussicht, gelten als suizidfördernd (Schmidtke & Schaller, 1991). Häufig sind es allein die subjektiven Befürchtungen über Folgen körperlicher Erkrankungen, die zu Suizidhandlungen führen können (Wächtler, 1982; Teising, 2004). Heuft und Schneider (1999) sprechen davon, dass im Alter der Körper zum „Organisator der Psyche“ werde, das körperliche Funktionieren also wesentlich das psychische Erleben beeinflusst („... dieses Jahr noch Handarbeiten – nächstes Jahr, mit meinen Augen ...?“: Heuft, Kruse & Radebold, 2000).
- Alle **schwerwiegenden Lebensereignisse**, insbesondere der Verlust des Partners, können suizidale Symptome hervorrufen.

Tabelle 1: Entstehungsbedingungen der Suizidalität im Alter – ein Modell (nach Wächtler, 2001)



„**Moderierend**“, d. h. Suizidgefährdung abschwächend oder intensivierend, können weitere Faktoren wirken. Die Persönlichkeit („wie man ins Alter geht“, mit welchen ungelösten Konflikten und strukturellen Defiziten: siehe auch Altenhöfer, 2007) und die Art, wie Konflikte verarbeitet werden, sind von großer Bedeutung. So trägt die Angst vor Autonomieverlust im Zusammenhang mit der Heimunterbringung zur Suizidalität im Alter bei (Klostermann & Schneider, 2004). Ebenso können Verluste sozialer oder körperlicher Funktionen persönliche Krisen auslösen, wenn sie für den Betroffenen die Bedeutung einer schweren Kränkung haben, die das Selbstwertgefühl zerstört. Auch männliches oder weibliches Geschlecht beeinflusst, welche Auslöser suizidal wirken (Cannetto, 1994; Teising, 1999). Darüber hinaus wirken körperliche Vitalität, soziales Netzwerk (insbesondere das Vorhandensein familiärer Unterstützung) und Umwelt (inwieweit wird Alter wertgeschätzt und werden älteren Menschen Möglichkeiten zu sinnvoller Betätigung und zu befriedigenden Kontakten geboten) moderierend. Auch die zeitliche Abfolge und der Grad der Vorhersehbarkeit sind bedeutsam. Im ungünstigen Fall, beim Zusammentreffen von psychodynamischen Faktoren und begrenzten Ressourcen und wenn „diese kleine aktuelle Kränkung ... die Erinnerungen so vieler und intensiverer früherer Kränkungen geweckt und zur Wirkung gebracht (hat) ...“ (Freud, 1896), werden neue Belastungen „suizidal aufgeladen“ (Wiendieck, 1973), woraus eine suizidale Krise resultieren kann (Pöldinger, 1982).

■ Fallvignetten

- Der **72 Jahre alte Herr K.** hatte als Polizist den Lebensunterhalt verdient und lebte mit seiner Familie im eigenen Haus. Die Kindheit und das frühe Erwachsenenalter waren durch strenge Erziehung, Einsatz als Soldat in den letzten Kriegsmonaten und entbehrungsreiche Nachkriegszeit geprägt. Auf Schicksalsschläge und Enttäuschungen hatte er in seinem Leben ohne anhaltende psychische Symptome reagiert. Dann waren die Kinder aus dem Haus gezogen; mit den Schwiegertöchtern bestand kein gutes Einvernehmen. Kürzlich verstarb seine Frau. Er blieb in dem Haus allein zurück. Es war abzusehen, dass er nur noch eine Zeit lang Haus und Garten würde versorgen können. Als körperliche Gesundheitsprobleme hinzukamen und der Wechsel in ein Heim unvermeidbar schien, suizidierte er sich eines Tages mit der Pistole.
Auch bei gründlicher retrograder psychischer Autopsie ergab sich kein Hinweis auf eine prämorbid psychische Störung. Diagnostisch wurde von einem psychischen Zusammenbruch unter Massierung von Verlusten bei einem bis ins Alter psychisch unauffälligen Mann („Aktualkonflikt“; Heuft et al., 1997) ausgegangen.
- Die **66-jährige Frau H.** hatte als Kind erleben müssen, wie der geliebte Vater die Familie verließ. Die Mutter reagierte mit einer lang hingezogenen Depression und stand als gutes Objekt nicht zur Verfügung. Die Patientin wurde

in der Bildung ihres Selbst behindert. Als ihr während der Pubertät eine Rückenverkrümmung wuchs, reagierte die Mutter abwertend. Als gute Schülerin konnte sie sich ein wenig Anerkennung sichern. Die eigene Ehe war kinderlos und unglücklich. An Knotenpunkten in ihrem Leben reagierte sie mit Angst- und/oder Depressionssymptomen. Eine enttäuschende außereheliche Beziehung, der Ruhestand des Ehemannes, die Angst vor späterer Abhängigkeit von ihm und zunehmende Schmerzen durch die Rückenverkrümmung sowie zusätzliche arthrotische Beschwerden und schließlich die Versorgungswünsche der mittlerweile dementen Mutter führten zur Re-Aktivierung von ohnmächtiger Wut, Abhängigkeitsängsten und autodestruktiven Phantasien. Nach einem ernsthaften Suizidversuch kam sie in die Klinik.
Diagnostisch gingen wir von einer lebenslangen neurotischen Erkrankung mit Reaktivierung im Alter aus.

- Der **62-jährige Herr N.**, erfolgreicher Manager, wohnte in der Nachbarschaft. Bereits im 55. Lebensjahr war er erstmals an einer schweren Depression erkrankt. Nach guter Remission und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit veränderte sich einige Monate zuvor erneut sein Verhalten. Er wurde adynam, zog sich zurück. Er konnte seinen Beruf nicht mehr ausführen, was zu finanziellen Problemen führte. Spät und ambivalent begab er sich in psychiatrische Hilfe. Nach vorübergehender Besserung trat eine schwere erneute depressive Episode auf. Eines Morgens fand die Familie ihn erhängt in seinem Arbeitszimmer.
Suizid eines Mannes im Rahmen einer rezidivierenden Depression (aus Wächtler, 2006).

■ Die wichtigsten Maßnahmen gegen Suizidalität sind Erkennen, Beziehung anbieten und Therapie einleiten:

Erkennen

Eine Suizidgefährdung gilt es zu erkennen.

Die Suizidgefährdung älterer Menschen wird aber häufig nicht erkannt. Dies liegt mit daran, dass **Depressive** im Alter seltener das „depressive Kernsyndrom“ („Ich habe keine Freude mehr ...“) zeigen. Vielmehr klagen sie über körperliche Beschwerden, Störungen der Konzentration und des Denkens, Unruhe oder Gereiztheit. Ein Screening, z. B. mittels Geriatrischer Depressionsskala (GDS), sollte immer eingesetzt und bei Bedarf vertiefend exploriert werden (Wächtler, 2007). Die **Suizidalität** kann sich allein darin äußern, dass sich der Betroffene vereinsamt fühlt oder am Lebenssinn zweifelt. Auch zeigen vor allem suizidale Heimbewohner u. U. lediglich eine Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Bei Vertiefung der Suizidalität ist der Betroffene zunehmend in seinem Denken eingeeengt, hat die Hoffnung auf Besserung verloren, denkt konkret an Suizid oder fühlt sich sogar zum Suizid gedrängt.

Mehrheitlich suchen ältere suizidale Menschen in den Wochen vor dem Suizid ihren **Hausarzt** (Juurlink et al., 2004: 45% in der Woche vor dem Suizid; das war fast zweimal so häufig wie bei der älteren Kontrollgruppe) auf und sprechen mehr oder minder direkt über Lebensnöt und Suizidgedanken. Insbesondere der Hausarzt hat daher die Chance und die Aufgabe, die Suizidgefährdung zu erkennen.

Voraussetzung für das Erkennen der Suizidgefährdung ist, bei einem Risikopatienten (vereinsamt; körperlich erkrankt bzw. nicht sicher zu deutende körperliche Symptome; Männer) an eine mögliche Suizidgefahr zu denken und gezielt danach zu fragen. Besonders wichtig ist, eine Depression zu erkennen! Das gründliche **Interview**, möglichst ergänzt um die Fremdanamnese, ist unerlässlich. **Skalen** bieten dagegen wenig zusätzlichen Nutzen (s. a. Althaus & Hegerl, 2004).

Beziehung anbieten

Der Helfer muss „bereit sein“, damit er den Hilferuf des Suizidalen erkennt und eine Beziehung anbietet.

Wichtig ist das Wissen, dass Suizidgedanken Ausdruck einer Krise und nicht „normal“ für das Alter sind. „Bereit sein“ heißt auch, den Suizid im Alter nicht fälschlich als scheinbar rationalen „**Bilanzsuizid**“ zu deuten. Der „Bilanzselbstmord“ (bzw. besser „-suizid“) als scheinbar rationaler Akt ist auch im Alter eine Rarität (Uncapher & Arean, 2000). Derjenige, der älteren Menschen in suizidalen Krisen oder nach Suizidversuch begegnet, weiß, dass Suizidhandlungen älterer Menschen praktisch immer aus seelischen Leidenszuständen, häufig im Zusammenspiel mit äußerer Not, entstehen und nicht Endpunkt einer nüchternen, rationalen Entscheidung sind (s. a. Teising, 2001). Gefährlich ist, dass derjenige, der die suizidalen Erwägungen eines Älteren als „rational“ deutet, weniger bereit ist, Hilfe zu leisten.

In ähnlicher Weise berührt die aktuelle Diskussion um die **aktive Sterbehilfe** das Thema Suizidprävention und Alter. Alte Menschen werden mit ihrer Angst vor Fremdbestimmung und vor einsamem, leidvollem und schmerzhaftem Sterben allein gelassen. Die Erleichterung des Zugangs zu Suizidmitteln oder gar die aktive Sterbehilfe suggerieren „Selbstbestimmung“. Nicht eine Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids ist zu fordern, vielmehr sollten suizidalen älteren Menschen notwendige suizidpräventive Maßnahmen nicht vorenthalten, sollte die Palliativmedizin verbessert und sollten Heime zu lebenswerten Orten für hilfsbedürftige Menschen werden. Die AG „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) hat dazu Stellung genommen (AG Alte Menschen, 2007).

Therapie

Dem Wechselspiel aus körperlichen, psychischen und sozialen Störungen ist mit einer berufs- und methodikübergreifenden Therapie zu begegnen.

Das (Krisen-)Gespräch

Die wirksamste Hilfe bei Suizidgefährdeten ist das **Gespräch** (Wedler, 2004). Eine „**therapeutische Grundhaltung**“, bestehend aus Interesse, Ernst-genommen-Werden (s. a. Althaus, 2007), Geduld, Empathie sowie Eingehen auf spezielle belastende Probleme und auf mögliche Suizidgedanken, bahnt die Beziehung und ermöglicht weitere therapeutische Maßnahmen.

Störfaktoren – von Seiten des alten Patienten

Auslösende Momente suizidaler Krisen wie Verluste und Kränkungen, Einschränkungen und Bedrohungen werden von alten Menschen oft verdrängt, verleugnet oder durch äußere Aktivitäten zu kompensieren versucht.

Ältere Suizidenten begegnen jüngeren Therapeuten häufig mit großer Skepsis, manchmal mit provozierender Ablehnung. Insbesondere ältere depressive und suizidale **Männer** (im Alter ist Suizid weitgehend Männersache!) stehen Hilfe skeptisch gegenüber (Lindner, 2006). Heifner (1997) nimmt an, dass Hilfe für diese Männer bedeute, die gerade durch die Suizidhandlung erhoffte Kontrolle über das eigene Leben in der Therapie zu verlieren. Abhängig sein als „grundlegende Kränkung“ ist gerade für Männer schwer (Teising, 2007).

Störfaktoren – von Seiten des Therapeuten

Viele jüngere Therapeuten scheinen durch die ablehnende und scheinbar abwertende Haltung ihrer alten Patienten stärker verletzbar zu sein. Sie fühlen sich von „ihren“ Alten oft ohnmächtig-entmächtigt. Auch müssen sie sich auf die ungewöhnliche Konstellation einstellen, dass der Patient deutlich älter ist als der Therapeut. Die Altersdifferenz beeinflusst Übertragung und Gegenübertragung. Radebold (1992) beschrieb, dass sich in der Begegnung zwischen jüngerem Therapeuten und älterem Patienten zu Anfang einer Therapie nicht wie üblich eine Übertragungssituation entwickle, die aus der Beziehung des Patienten zu seinen Eltern resultiere. Vielmehr sei die Übertragungssituation typischerweise zu Beginn umgekehrt. Auf den jungen Therapeuten würden unbewusst Aspekte aus Beziehungen zu eigenen Kindern übertragen. Welche Erwartungen und Einstellungen übertragen werden, ist natürlich individuell sehr unterschiedlich.

Misslingen oder Gelingen

Solange diese komplexe Dynamik dem Therapeuten unbewusst bleibt, hindert sie ihn daran, sich auf eine therapeutische Beziehung zu älteren Suizidalen einzulassen. Im ungünstigen Fall werden rationalisierend Möglichkeiten gefunden, sich zu entziehen. Statt den Konflikt des Patienten zu verstehen, wird aktiv gehandelt, z. B. in Form einer medikamentösen Therapie, und eine Beziehung vermieden (Teising, 2004). Aus den gleichen Überlegungen werden älteren Patienten häufiger als jüngeren mangelnde Motivation, fehlende Introspektionsfähigkeit und Starrheit unterstellt.

Diese Phänomene müssen gekannt, verstanden und reflektiert werden, damit überhaupt eine therapeutische Beziehung zustande kommt. Gelingt es, im Rahmen einer solchen Krisenintervention hinter dem auslösenden Anlass den eigentlichen Konflikt zu erkennen, so resultiert daraus in der Regel eine

unmittelbare Entlastung des Betroffenen, und es wird möglich, gezielte weitere Interventionen einzuleiten.

Psychotherapie

Einige ältere suizidale Menschen benötigen im Anschluss an die Krisenintervention eine **Psychotherapie**. Bewährt haben sich vor allem Therapieansätze nach einem tiefenpsychologischen Verstehensmodell (Radebold, 1997) sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien (Hautzinger, 1997). Von der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) gibt es mittlerweile eine auf ältere Menschen adaptierte Form (Schramm & Dykieriek, 2001). Bei Beachtung der Besonderheiten in der Therapeut-Patient-Beziehung (s. o.) sowie von Problemen des Hörens, des kognitiven Verstehens und der spezifischen Bedeutung körperlicher Komorbidität (s. a. Maercker, 2003) ist Psychotherapie auch im Alter möglich und sinnvoll! Gerade bei Älteren ist es häufig angezeigt, das soziale Umfeld und die wichtigsten Beziehungspersonen mit in den psychotherapeutischen Prozess einzubeziehen. Zunehmend werden Kurse zur Psychotherapie im Alter, zum Teil in Kooperation mit klassischen psychotherapeutischen Instituten, angeboten (2007/2008: Hamburg; 2008: Berlin – Lehrinstitut für Alternspsychotherapie, H. Radebold, Kassel).

Psychopharmaka

Bei mittelschwerer und schwerer Depression und bei Suizidalität ist zu gesprächs- und psychotherapeutischen Maßnahmen die Behandlung mit **Psychopharmaka** geboten. Die Pharmakotherapie sollte wegen der größeren Empfindlichkeit älterer Menschen gegen Medikamente „schonend“, d. h. vor allem mit wirksamen und nebenwirkungsarmen Substanzen, erfolgen; die Pharmakotherapie muss in therapeutischer Dosierung und über einen ausreichenden Zeitraum angewandt werden (Wächtler, 2007).

Antidepressiva zielen auf Besserung der depressiven Stimmungslage mit Minderung des Gefühls der Hoffnungslosigkeit, der kognitiven Einengung, der inneren Unruhe und der Schlafstörung. Eine Stimmungsaufhellung soll gleichzeitig eine Abnahme von Suizidgedanken und suizidalen Absichten bewirken (Wolfersdorf, 1997). Bei Älteren werden vorrangig die neuen nebenwirkungsarmen Antidepressiva eingesetzt (Wächtler, 2007).

Bei dringhafter Suizidalität, insbesondere unter Antidepressiva mit fehlender sedierender Komponente, kann vorübergehend die Kombination mit **Benzodiazepinen** oder einem **niederpotenten Neuroleptikum** erforderlich sein (Wolfersdorf, 1997; Althaus & Hegerl, 2004). **Lithium** eignet sich nicht nur als Phasenprophylaktikum, sondern hat offensichtlich auch einen antisuizidalen Effekt (Müller-Oerlinghausen, 2007; Goodwin et al., 2003). Bei psychotischer Depression sollte die Kombination mit einem (i. d. R. atypischen) **Neuroleptikum** erwogen werden.

Soziales Netz und Versorgungsaspekte

Bei der Therapieplanung sollte immer das **soziale Netz** berücksichtigt und einbezogen werden. Dies ist umso mehr möglich, je mehr die Therapie in **Wohnortnähe** stattfindet.

Wohnortnähe wird vor allem durch aktives Vorgehen des Hausarztes erreicht. Der **Hausarzt** sollte auch mit ambulanten Krisendiensten eng zusammenarbeiten.

Wenn erforderlich, sollte die Mitbehandlung durch den **Psychiater** (bei manifester psychiatrischer Komorbidität, bei Therapieresistenz) oder durch den **Psychotherapeuten** (bei erkennbar neurotischer Erkrankung) gesucht werden.

Insbesondere bei ausgeprägter Suizidalität und fehlender sozialer Unterstützung sollte die Einweisung in eine **gerontopsychiatrische** Klinik erfolgen. Bei fehlender Absprachefähigkeit muss die Unterbringung vorübergehend beschützend (geschlossen) erfolgen. Für Patienten, die in einer stationären Einrichtung leben oder dorthin eingewiesen werden, sollte ein „**therapeutisches Milieu**“ bereitgehalten werden. Ein solches Milieu zielt darauf, Offenheit, Selbstvertrauen und Selbstständigkeit zu fördern und Reifungsschritte zu unterstützen. In vielen Kliniken gibt es mittlerweile dafür spezielle Stationen. Eine gute teaminterne Absprache ist unumgänglich (Altenhöfer, 2007).

■ Prävention und Versorgungsstrategien

Präventive Maßnahmen und zukünftige Versorgungsstrategien müssen den **komplexen Entstehungsbedingungen** der Suizidalität im Alter gerecht werden. Sie müssen darüber hinaus berücksichtigen, dass ältere Menschen in psychischen Notlagen nur **selten psychosoziale Hilfe aufsuchen** und dass sie Suizidhandlungen **entschlossen** durchführen – insbesondere Männer.

Prävention zielt darauf, Risikofaktoren zu minimieren.

Präventive Strategien sollen eine intrapsychische Stärkung bewirken und durch äußere schützende Maßnahmen das geschwächte Ich stützen. In diesem Sinn soll das „Schutzmantelmodell“ (Wächtler, 2001) aufgegriffen und aktualisiert werden. Ggf. sollen Erfahrungen mit Jüngeren auf die Gruppe der Älteren übertragen werden (s. a. Schmidtke, Weinacker, Löhr & Schaller, 2002).

1. Das Alter ist ein unspezifischer und nicht zu beeinflussender Risikofaktor (Bertolote, 2004).
2. Die rechtzeitige Erkennung und adäquate Therapie psychischer Erkrankungen ist suizidpräventiv (Rutz, 2004). Die erfolgreichste Methode zur Verhinderung von Suiziden ist die Erkennung der Depression und die adäquate antidepressive Behandlung (Angst, Angst, Gerbel-Werder & Gammer, 2005). Insbesondere Hausärzte sollten darin geschult werden (Althaus & Hegerl, 2004; Wächtler, 2006). Als „adäquat“ gilt die Behandlung mit Antidepressiva, längerfristig über die Remission hinaus und möglichst kombiniert mit Psychotherapie (Reynolds et al., 1999). Dabei sollten Medikamente mit wenig toxischer Potenz und in kleinen Packungsgrößen (s. a. Hawton et al., 1998) verordnet werden. Lithium gehört zu den Medikamenten

mit nachgewiesenem suizidpräventivem Effekt (Müller-Oelinghausen, 2007).

Zur Optimierung der Behandlung depressiver Erkrankungen durch die Primärversorger liegen zwei Interventionsstudien vor:

- In der **Gotland-Studie** (Rutz et al., 1997) wurden die Allgemeinmediziner auf der Insel Gotland geschult. Daraus resultierte eine Optimierung des Erkennens und der Therapie depressiv Erkrankter aller Altersstufen. Die Suizide nahmen ab – vor allem im Rahmen einer Major Depression und bei Frauen. Der Schulungseffekt verringerte sich mit den Jahren.

- Bruce et al. (2004) zeigten in der „**PROSPECT**“-Studie, in der über 60-jährige Depressive von geschulten Hausärzten (Citalopram) oder „Caremanagern“ (Interpersonelle Psychotherapie: IPT) bzw. „wie üblich“ behandelt wurden, eine signifikante Reduktion von depressiven Symptomen und Suizidgedanken.

3. **Körperliche Erkrankungen** müssen bestmöglich behandelt werden. Diskutiert wird, ob Schlaganfallpatienten, die in einem hohen Prozentsatz Depressionen entwickeln, präventiv mit Psychotherapie und Antidepressiva behandelt werden sollten. Tumorpatienten mit Depression sollten eine antidepressive Therapie erhalten (Nothdurfter, 2007). Auch sollten internistische Medikamente, die depressiogen sein können, gemieden werden (z. B. Provokation von Depression und Suizidalität unter nichtsteroidalen Antirheumatika; Hann-Quang & Deh-Ming, 1999).

Für die Sicherstellung einer bestmöglichen körperlichen Behandlung älterer Menschen ist vor allem der **Hausarzt** verantwortlich. Bei stationär untergebrachten und somatisch und psychisch komorbiden Älteren hat sich die Kooperation von Geriatrie und Gerontopsychiatrie bewährt (Wächtler et al., 2005).

4. Das Eintreten besonderer **Lebensereignisse** („**life events**“) ist alterstypisch und nicht vermeidbar. Allerdings sollten Maßnahmen initiiert und erprobt werden, die Ältere in der Bewältigung schwerwiegender Ereignisse stärken könnten.

- Die Anpassungsfähigkeit älterer Menschen sollte lange vor Eintritt in das Alter gestärkt werden. Lehr (1997) fasste zusammen: „*Gesundes Altwerden ist eine lebenslange Aufgabe.*“ An eine spezielle Schulung von Lehrern und Erziehern ist zu denken (**Gesundheitsunterricht**).

- Es scheint besser zu gelingen, mit den Bedrohungen und Verlusten im Alter umzugehen, wenn bereits an der Schwelle zum Alter eine realistische Auseinandersetzung mit dem Älterwerden angestoßen wird („**Vorbereitungskurse**“ auf das Alter). **Gute Informationsbroschüren** über das Älterwerden und über Hilfen in Krisen könnten dabei hilfreich sein. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) hat mit Förderung des Bundes-

ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine entsprechende Broschüre erstellt (Internet: www.bmfsfj.de – „Publikationen“/„Wenn das Altwerden zur Last wird“; E-Mail: publikationen@bundesregierung.de).

- Auch sollten Hilfen für Ältere in akuten Krisen und nach Verlusten **niedrigschwellig** erreichbar, unter Umständen **aufsuchend** sein. DeLeo, Dello Buono & Dwyer (2002) riefen ältere Risikopatient(inn)en (körperlich oder psychisch krank) 2-mal wöchentlich an und statteten sie mit Sendern für Hilferufe aus („**Telekommunikation**“). Im Vergleich mit der gleichaltrigen norditalienischen Bevölkerung nahmen Suizide signifikant ab. In Deutschland wird eine ähnliche Telefonberatung Depressiver gerade untersucht („Einmal im Monat nach dem Rechten hören“: Gensichen et al., 2005). Auch könnten die Ergebnisse von Motto, Heilbron, Juster & Bostrom (1981) und Motto & Bostrom (2001) als Modell dienen: **Schriftliche Kontakte** zwischen Therapeut und Personen nach Suizidversuch über 5 Jahre senkten signifikant die Suizidrate – allerdings nur, solange die Intervention anhielt.

Hilfreich wäre, wenn sich die **Beratungsstellen** den besonderen Bedürfnissen älterer Suizidaler anpassten (AG Alte Mensche, 2007; Altenhöfer, 2007; Erlemeier, 2004). Auch der **Hausarzt** ist ein niedrigschwellig erreichbarer und von Älteren bevorzugter Helfer.

- Häufig scheitert eine gute Betreuung depressiver älterer Menschen an einer unzureichenden Verzahnung ambulanter und stationärer Behandlung. Hausarzt, Psychiater und Psychotherapeut sollten miteinander und mit weiteren Bausteinen des Versorgungssystems wie sozialer Beratung, ambulanter Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie kooperieren. „**Integrierte Versorgung**“ (gemäß §140a SGB V) könnte die Versorgungssituation optimieren (Unger & Preiter, 2005).

- Ältere in suizidalen Krisen greifen bevorzugt auf Mitglieder informeller Netzwerke, insbesondere **Familienangehörige**, aber auch Freunde oder Nachbarn zurück. **Freiwillige Besuchsdienste** sollten unterstützt, **ehrenamtlich Tätige** ausgebildet und begleitet werden (Erlemeier, 2001).

- Bestmögliche medizinische Hilfen sollten mit **gesellschaftlichen** Maßnahmen (Bertolote, 2004; Rutz, 2004) verknüpft werden. Der Etablierung sozialer Netzwerke kommt dabei große Bedeutung zu (Beautrais, 2002, Erlemeier, 2004). Lindner et al. (2007) und Altenhöfer (2007) befragten Betroffene; ein Teil von ihnen wünschte sich ent-professionalisierte psychosoziale Begegnungsstätten, z.B. Treffs, Cafés. Auch sollte es Älteren erleichtert werden, den „öffentlichen Raum stärker mit zu gestalten“ (Kruse, 2008). So könnten die gewonnenen Lebensjahre besser für den Einzelnen und die Gesellschaft genutzt werden (s. a. Pressemitteilung zum Modellprojekt „Selbstorganisation älterer Menschen“, Bundesfamilienministerium, 18.01.2007).

Darüber hinaus sind ethische Fragen und Fragen der Palliativmedizin und des würdevollen Sterbens zu thematisieren. Wir müssen dazu beitragen, das Lebensende „menschlicher“ zu gestalten! Dazu gehört: Freundliche, schützende und gleichermaßen anregende „Milieus“ im Heim, optimale Schmerztherapie, Gespräch/Nähe bis zum Tod. Mit großer Aufmerksamkeit gilt es, die in den letzten Jahren vermehrt geführte Diskussion über die „aktive Sterbehilfe“ zu begleiten. Diese Diskussion kann Hilfe versperren und ältere Menschen unter Druck setzen, sich das Leben zu nehmen. Dem müssen wir begegnen.

Man kann die Erkenntnisse über umgebungsbezogene suizidpräventive Maßnahmen folgendermaßen zusammenfassen: Präventive Strategien müssen Interesse an und Verbundenheit mit den anderen vermitteln – das, was Motto et al. (2001) als *„being joined to something meaningful outside oneself as a stabilizing force in emotional life“* bezeichneten. Außerdem müssen entsprechende Strategien langfristig angelegt sein.

Einen die verschiedenen präventiven und therapeutischen Strategien integrierenden Ansatz macht das **„Nürnberger Bündnis gegen Depression“** – allerdings ohne altersspezifische Akzentuierung (Althaus, Nikles, Schmidtke & Hegerl, 2007; Hegerl, Althaus, Schmidtke & Niklewski, 2006). In der Region Nürnberg konnten dadurch suizidpräventive Effekte nachgewiesen werden. In Zukunft sollten Präventionsprogramme speziell für Ältere **evaluiert** werden.

Abschließend seien nochmals die Maßnahmen aufgeführt, die sich in der Suizidprävention bewährt haben und die keiner zusätzlichen, aufwändigen Evaluation bedürfen. **Ihre Umsetzung ist dringend geboten und erscheint auch in Zeiten knapper Kassen möglich:**

- **Schulung** von Ärzten und (Alten-)Pflegerkräften bzgl. des Erkennens („Awareness“) von Risikopatienten, des Umgangs mit schwierigen, kränkbareren älteren Patienten und der Erkennung und Behandlung von Depressionen.
- Bessere geriatrische Kompetenz bei der **Versorgung komorbider** älterer Menschen.
- Die Bevölkerung sollte besser über die mit dem Älterwerden verbundenen Belastungen und Risiken und über mögliche Hilfen **informiert** werden.
- **„Soziale Netze“** sollten gestärkt werden, damit eine bessere Integration von Jung und Alt gelingt.
- **Beratung und Hilfe** sollten besser **erreichbar**, u. U. **aufsuchend** sein,
- Die Akteure sollten sich **vernetzen**.

■ Abschließende Bemerkungen

Es ist in den letzten Jahren zu beobachten, dass dem Suizid älterer Menschen von Seiten der Gesellschaft und der Medien, aber auch im Bereich der Fachwelt mehr Beachtung geschenkt wird. Die Suizidzahlen haben auch bei den älteren Menschen in den letzten 15 Jahren abgenommen – wahrscheinlich Fol-

ge einer besseren Behandlung und einer Entstigmatisierung psychischer Einrichtungen (Fiedler, 2008). Dennoch harren noch viele Fragen einer Bearbeitung, so dass die Forschung in diesem Bereich aktiviert werden muss. Suizidale ältere Menschen sollten erkannt, in ihrer Verzweiflung ernst genommen und bestmöglich behandelt werden. Insbesondere Ärzte und Psychotherapeuten sollten darin geschult werden, für ältere suizidgefährdete Menschen Pharmakotherapie und Psychotherapie bereitzuhalten. Dann kann es gelingen, noch mehr ältere Menschen vor dem Suizid zu retten und ihnen zu mehr Lebensqualität zu verhelfen.

■ Literatur

- Altenhöfer, A. (2007). Suizidalität im höheren Lebensalter. Suizidprophylaxe, 34, 146-154.
- Althaus, D. & Hegerl, H. (2004). Ursachen, Diagnosen und Therapie von Suizidalität. Nervenarzt, 75, 1123-1135.
- Althaus, D., Nikles, G., Schmidtke, A. & Hegerl, U. (2007). Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach 2 Jahren „Bündnis gegen Depression“. Nervenarzt, 78, 272-282.
- Angst, J., Angst, F., Gerbel-Werder, R. & Gammer, A. (2005). Suicide in 406 Mood-Disorder Patients With and Without Long-Term Medication: A 40 to 44 Years Follow-Up. Archives of Suicide Research, 9, 272-300.
- Arbeitsgruppe Alte Menschen (2007). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Suizidprophylaxe, 32, 124-128.
- Beautrais, A.L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. Suicide and Life-Threatening Behavior, 32, 1-9.
- Bertolote, J.M. (2004). Suicide prevention: at what level does it work? World Psychiatry, 3, 147-151.
- Blow, S.C., Brockmann, L.M. & Barry, K.L. (2004). Role of alcohol in late-life suicide. Alcoholism, clinical and experimental Research, 28, 48-56.
- Bruce, M.L., Ten Have, T.R., Reynolds, C.F. 3rd, Katz I.I., Schulberg, H.C., Mulsant, B.H., Brown, G.K., McAvay, G.J., Pearson, J.L. et al. (2004). Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients. JAMA, 291, 1081-1091.
- Canetto, S.S. (1994). Gender issues in the treatment of suicidal behavior. Death Studies, 18, 513-527.
- DeLeo, D., Dello Buono, M. & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. British Journal of Psychiatry, 81, 226-229.
- Erikson, E.H. (1950). Childhood and society. New York: Norton.
- Erlangsen, A., et al. (2008). Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. American Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 220-228.
- Erlemeier, N. (2001). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Erlemeier, N. (2004). Zur Versorgungslage suizidaler alter Menschen in Deutschland. Suizidprophylaxe, 31, 25-31.
- Fiedler, G. (2008). Suizid – man sollte alles versuchen, um zu helfen. Interview in Süddeutsche Zeitung vom 8.9.2008.

- Freud, S. (1896). Zur Ätiologie der Hysterie. GW1, S. 455. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Gensichen, J., Torge, M., Peitz, M., Wendt-Hermainski, H., Beyer, M., Rosemann, T., Krauth, C., Raspe, H., Aldenhoff, J.B. & Gerlach, F.M. (2005). Case management for the treatment of patients with major depression in general practices – rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 5, 101.
- Goetze, P. (2002). Psychodynamik und Psychotherapie narzisstischer Störungen im Alter. In R. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.), *Suizidalität im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*, Band 4. Bornheim-Sechtem: Chudeck Druck.
- Goodwin, F.K., Fireman, B., Simon, G.E., et al. (2003): Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA*, 290, 1467-1473.
- Hann-Quang, J. & Deh-Ming, C. (1999). *Clinical Rheumatology*, 18, 339-345.
- Hautzinger, M. (1997). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. In H. Radebold, R.D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe (Hrsg.), *Depressionen im Alter*. Darmstadt: Steinkopff.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R. et al. (1998). Deliberate self-harm: systematic review of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A. & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36, 1225-1233.
- Heifner, C. (1997). The male experience of depression. *Prospectives in psychiatric care*, 33, 10-18.
- Heuft, G., Hoffmann, S.O., Mans, E.J., Mentzos, S. & Schüßler, G. (1997). Das Konzept des Aktualkonfliktes und seine Bedeutung für die Therapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 43,1-14.
- Heuft, G. & Schneider, G. (1999). Zur psychoanalytischen Entwicklungspsychologie des höheren und hohen Alters. In G. Heuft & M. Teising (Hrsg.), *Alterspsychotherapie - Quo vadis?* Wiesbaden, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Juurlink, D.N., Herrmann, N., Szalai, J.P., Kopp, A. & Redelmeier, D.A. (2004). Medical illness and the Risk of Suicide in the Elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1179-1184.
- Klostermann, P. & Schneider, V. (2004). „So ist kein Leben“ – Suizid alter und hochaltriger Menschen. *Suizidprophylaxe*, 31, 35-40.
- Kruse, A. (2008). Die Lebensläufe und Lebenswirklichkeit älterer Menschen in Deutschland. Vortrag anlässlich der wissenschaftlichen Frühjahrstagung der DGS: „Suizidalität im höheren Lebensalter“, 14.3.2008.
- Lehr, U. (1997). Langes Leben verpflichtet. Vortrag anlässlich Experten-Workshop „Medicinale 1997“, 23./24. September 1997, Attendorn.
- Lindner, R. (2006). Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lindner, R., Fiedler, G. Altenhöfer, A., Götze P, Happach C. (2007). „Innenansichten“ – Was wissen wir über die Motive älterer suizidaler Menschen und ihre Bereitschaft, Hilfe anzunehmen? In M. Teising, L. Drach, H. Gutzmann, M. Haupt, R. Kortus & D.K. Wolter (Hrsg.), *Alt und psychisch krank*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie. Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut*, 48, 132-149.
- Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (Hrsg.). (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademieverlag.
- Motto, J.A., Heilbron, D., Juster, R. & Bostrom, A.G. (1981). Communication as a suicide prevention programme. In J.P. Soubrier & J. Vedrinne (Eds.), *Depression et suicide*. Paris: Pergamon.
- Motto, J.A. & Bostrom, A.G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52, 828-833.
- Müller-Oerlinghausen, B. (2007). Möglichkeiten medikamentöser Suizidprävention unter besonderer Berücksichtigung der Lithiumsalze. *Psychiatrische Praxis*, 34, Suppl. 3, S292-S295.
- Nothdurfter, C. (2007). Depression bei Tumorpatienten – Viel mehr als ein psychisches Tief. *NeuroTransmitter*, 12, 78-81.
- Pöldinger, W. (1982). Suizidprophylaxe bei depressiven Syndromen. *Neuropsychiatr Clin*, 1, 87-97.
- Radebold, H. (1992). *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Radebold, H. (1997). Psychoanalytische Psychotherapie von Depressionen über 60-Jähriger. In H. Radebold, R.D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe (Hrsg.), *Depressionen im Alter*. Darmstadt: Steinkopff.
- Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., et al. (1999). Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Therapies for Recurrent Major Depression – A Randomized Controlled Trial in Patients Older Than 59 Years. *JAMA*, 281, 39-45.
- Rutz, W. (2004). Suicidal behaviour: comments, advancements, challenges. A European perspective. *World Psychiatry*, 3, 161-162.
- Rutz, W., Wallinder, J., Knorrning, L. von, et al. (1997). Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1, 39-46.
- Schmidtke, A., Schaller, S. (1991). Modelle der Kovariation und möglicher Kausalbeziehungen zwischen somatischen Erkrankungen und suizidalem Verhalten und methodische Probleme ihrer empirischen Evaluation. In H. Wedler & H.J. Möller (Hrsg.), *Körperliche Krankheit und Suizid*. Regensburg: Roderer.
- Schmidtke, A., Weinacker, B., Löhr, C., Schaller, S. (2002). Internationale Perspektiven. In R.D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.), *Suizidalität im Alter*. Bornheim-Sechtem: Chudeck Druck.
- Schmidtke, A., Sell, R. & Löhr, C. (2008). Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 3-13.
- Schramm, E. & Dykieriek, D. (2001). Interpersonelle Psychotherapie. *Psycho*, 27, 598 – 603.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Todesursachenstatistik*. Wiesbaden.
- Teising, M. (1999). Suizid im Alter ist Männersache. Psychodynamische Überlegungen zur Erklärung. In G. Fiedler & R. Lindner (Hrsg.), *So hab ich doch was in mir, was Gefahr bringt*. Perspektiven suizidalen Erlebens. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

- Teising, M. (2001). Suizid im Alter: Symptom oder Bilanz? Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 14, 36-43.
- Teising, M. (2004). Psychodynamische Aspekte der Suizidalität im Alter. Suizidprophylaxe, 31, 31-33.
- Teising, M. (2007). Suizidalität Älterer – Entstehungsbedingungen und therapeutische Ansätze. Vortrag, Hall/Tirol, 20.10.2007.
- Uncapher, H & Arean, P.A. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. Journal of the American Geriatrics Society, 48, 188-192.
- Unger, H.P. & Preiter, M. (2005). Depressiv – und dann? Die „Integrierte Versorgung Depression“ geht neue Wege. Medtropole, 72-74.
- Wächtler, C. (1982). Suizidversuche im höheren Lebensalter – Eine katamnestiche Nachuntersuchung. Aktuelle Gerontologie, 12, 64-66.
- Wächtler, C. (2001). Suizidalität im höheren Lebensalter – Entstehungsbedingungen, präventive Ansätze, therapeutische Möglichkeiten. Suizidprophylaxe, 28, 133-142.
- Wächtler, C. (2006). Suizidalität und Depressionen im Alter – Früherkennung, Frühbehandlung und Präventionspotentiale. Prävention, 29, 108-110.
- Wächtler, C. (2007). Depressionen und Suizidalität im Alter – Männer mit Spätdepressionen besonders gefährdet. DNP; DGPPN-Sonderheft, 22-25.
- Wächtler, C., Hofmann, W., Clavijo-Celda, J. & Mertens, L. (2005). Zentrum für Ältere – patientenorientiert, zeitsparend, wirkungsvoll. Deutsches Ärzteblatt, 102, A 2924-2926.
- Waern, M., Runeson, B.S., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I. & Wilhelmsson, K. (2002). Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. American Journal of Psychiatry, 159 (3), 450-455.
- Wedler, H. (2004). Buchbesprechung: Adolf Muschg: „Sutters Glück“. Suizidprophylaxe, 31, 47-48.
- Wiendieck, G. (1973). Zur psychosozialen Bedingtheit des Alters-Suizids. Aktuelle Gerontologie, 3, 271-274.
- Wolfersdorf, M. (1997). Medikamentöse Behandlung von depressiven Syndromen mit Suizidalität im Alter – Antidepressiva und Suizidalität. In H. Radebold, R.D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe (Hrsg.), Depressionen im Alter. Darmstadt: Steinkopff.
- Zinetti, J., Daraux, J. & Ploskas, F. (2003). Psychiatric emergencies in the elderly. Rev Prax, 53, 1197-1200.
- Tabelle 1: Entstehungsbedingungen der Suizidalität im Alter – ein Modell (nach Wächtler, 2001)

■ Korrespondenzadresse

Dr. med. Claus Wächtler
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll V. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie – Gerontopsychiatrie
Langenhorner Chaussee 560 | 22419 Hamburg
Tel.: 040-181887-2372 | Fax: 040-181887-1605
c.waechtler@asklepios.com