

Krisenintervention bei älteren Menschen ¹

Crisis Intervention for Elderly People

Martin Teising

Zusammenfassung

In diesem Artikel werden typische Krisen älterer Menschen dargestellt, die Grundlage hoher Suizidraten insbesondere älterer Männer sind. Gekränkt, beschämt und geschlagen in ihrer Selbstverwirklichung verzweifeln diese Menschen. Begrenzungen zu akzeptieren ist schmerzhaft. Durch den Suizid wollen sie ihre Unabhängigkeit beweisen. Mit suizidalen Handlungen streben sie nach einem primärnarzisstischen, ozeanisch-paradiesischen Zustand, in dem die Lebens-tatsachen verleugnet werden. Es werden Grundsätze einer psychodynamisch orientierten Krisenintervention für diese Patientengruppe beschrieben.

Schlüsselwort Suizidalität – ältere Menschen – Krisen-intervention – Kränkungen

Summary

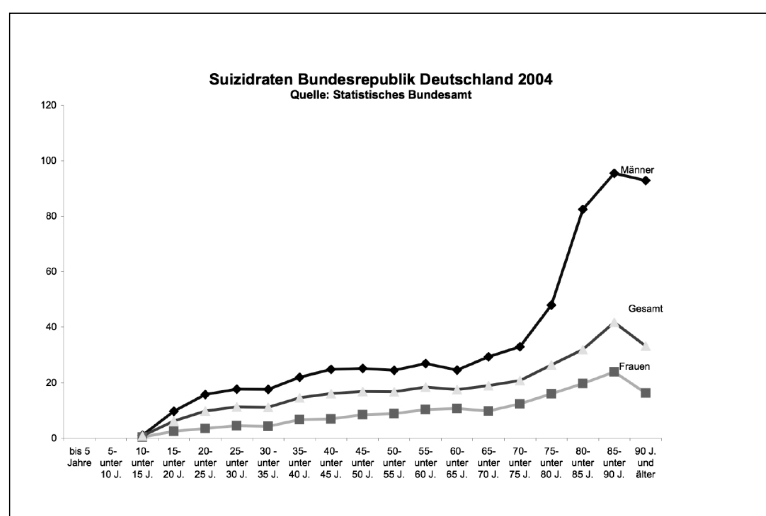
This article presents characteristic crises of elderly people on which the high suicide rate especially among older men is based. Hurt, ashamed and defeated in their attempt to realize themselves, these people despair. It pains them to accept limitations. By committing suicide they want to give proof of their independence. They use the act of suicide to strive towards primal narcissistic, paradisaical and oceanic states of feeling which deny facts of life. Principles of psychodynamically oriented crisis intervention for these patients are described.

Keywords suicidal tendency – elderly people – crisis intervention – mortification

Einleitung

Das Älterwerden mit seinen körperlichen Veränderungen und dadurch bewirkten Einschränkungen, mit vielfältigen Veränderungen zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Gefüge stellt an jedes Individuum psychosoziale Entwicklungsaufgaben. Diese Aufgaben können wie in jedem anderen Lebensalter auch Krisen auslösen, die wiederum Chancen und Gefahren beinhalten.

Die Altersverteilung der Suizidraten signalisiert in dramatischer Weise, wie häufig alte Menschen in Krisen verzweifeln und keinen anderen Ausweg als die Selbsttötung sehen (Abb. 1). Suizidalität kann daher als Indikator für schwere persönliche Krisen angesehen werden.



¹ Eine veränderte Fassung dieses Beitrages erscheint als Teil eines Artikels in: Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H (2007): Therapiehandbuch Suizidalität. Regensburg: Roderer

Psychosoziale Bedingungen für Krisen im Alter

Aus zahlreichen sozialpsychologischen und sozialpsychiatrischen Untersuchungen kennen wir Risikofaktoren, die (suizidale) Krisensituationen im höheren Lebensalter bewirken können. Sie sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

Tab. 1: Risikofaktoren für Krisen älterer Menschen

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. psychische Erkrankungen<ul style="list-style-type: none">• affektive Psychosen• Suchterkrankungen2. körperliche Gesundheitsstörungen (insbesondere deren subjektive Bewertung)3. Kumulation kritischer Lebensereignisse<ul style="list-style-type: none">• Partnerverlust
verwitwet
geschieden• Emigration• Berufsaufgabe bei Männern
in unteren sozialen Schichten4. narzisstische Kränkungen5. Fehlen stabilisierender sinnstiftender Faktoren (z. B. Kinder, religiöse Bindung) |
|--|

Psychodynamik der Krisen im höheren Lebensalter

Alle Risikofaktoren führen aber nicht regelhaft in (suizidale) Krisen. Daher stellt sich die Frage nach der intrapsychischen Verarbeitung von Belastungen, nach der individuellen Psychodynamik.

Suizidalität kann als narzisstische Krise bei Objektverlusten verstanden werden, die mit regressiven Abwehrmechanismen gelöst werden soll (Henseler, 1991). Aggressive Triebregungen werden abgespalten und externalisiert, illusionäre Objektbeziehungserfahrungen von primärnarzisstischer Qualität gesucht. Alles Störende, Unangenehme, Böse wird nach außen verlagert, um eine nur gute Beziehung zum Primärobjekt herzustellen. Die vorherrschende Phantasie von Suizidenten ist die des schmerzfreien und zeitlosen Einswerdens. Das Vergehen der Zeit und damit das Wesen des Alterns wird aufgehoben.

Die Bedeutung des Körpers

Alter ist nicht mit Krankheit und Sterben gleichzusetzen. Wenn wir uns aber mit Krisen beschäftigen, müssen wir der Bedeutung der sich im Alter häufenden körperlichen Erkrankungen nachgehen. Das eigene Altern wird vor allem an körperlichen Veränderungen wahrgenommen. Vom Zustand des Körpers hängt das subjektive Wohlbefinden im Alter ganz wesentlich ab. Der Körper wird zum Organisator der Psyche. Das Selbst erweist sich als relativ resistent gegen Alterungsvorgänge. Es bleibt weitgehend zeit- und körperlos und weigert sich lange und hartnäckig, körperliche Veränderungen in das Körper selbst zu integrieren. Ein häufig angewandter Versuch, mit dem alternden Körper umzugehen, besteht in der Abspaltung

des alternden oder des kranken Körpers vom Selbst. „Warum kann ich nicht meine Augen, meine Ohren, meine Nieren zum Doktor schicken und ruhig zu Hause bleiben, ohne Schmerzen zu haben, und die verbleibende Lebenszeit genießen?“, überlegte ein Patient.

Körperliche Krankheiten erhöhen die Suizidgefahr im Alter. Das ist für Sehbehinderungen, neurologische Erkrankungen, insbesondere Schlaganfälle, und maligne Erkrankungen bei alten Menschen nachgewiesen (Waern et al., 2002).

Die Korrelation ist bei Männern stärker als bei Frauen. Allerdings ist auch bekannt, dass sich nur ganz wenige Patienten mit einer infausten körperlichen Krankheit in der terminalen Phase ihrer Erkrankung das Leben nehmen. Häufiger scheinen Selbstmordversuche in den ersten Stadien einer zum Tode führenden Erkrankung und besonders nach der Diagnosestellung (McKenzie und Popkin, 1990) vorzukommen. Es sind die Phantasien über befürchtete Folgen der Erkrankung, die das innere Erleben bestimmen und zum suizidalen Handeln führen. Auch chronisch schmerzhaftes Erkrankungen des Bewegungsapparates, die die Lebenserwartung nicht wesentlich verkürzen, erhöhen die Suizidalität. Sie können sehr stark von Depressionen bestimmt sein (Summa, 1986). Depressive Inhalte werden mit steigendem Alter immer häufiger über körperliche Symptome und hypochondrische Befürchtungen ausgedrückt. (Bron, 1991). Der Körper wird zum Ort der Wahrnehmung und des Ausdrucks, zum Interaktionsmedium mit dem Arzt und nicht zuletzt Ort und Objekt des suizidalen Handelns.

Der Verlust körperlicher oder geistiger Fähigkeiten, wie z.B. bei Schwerhörigkeit, Bewegungseinschränkungen oder beginnender demenzieller Entwicklung, kann eine schwere Kränkung sein. Er wirkt sich auf die Interaktion mit der Umgebung aus und erzwingt häufig den Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen. Sensorische Deprivation und soziale Desintegration drohen. Sie sind Grundlage suizidaler Wünsche.

Das Erleben der Zeit

Ein Kennzeichen des Älterwerdens ist das zunehmende Gefühl für das Vergehen der Zeit. Niemals vergeht die Zeit so schnell wie im Alter. Der Versuch, dies zu ändern, die Zeit im Erleben anzuhalten, kann als ein narzisstischer Versuch interpretiert werden, der unumgänglichen Tatsache des Alterns zu entfliehen.

Bei Depressionen kann das Zeiterleben verändert sein. „Gegen das Voranschreiten der Zeit in Richtung auf den Tod versucht der Depressive, die Zeit anzuhalten“ (Warsitz, 1992, S. 103 f.), er erstarrt. Die dreidimensionale Zeitstruktur mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft kollabiert. Damit ist der Zugang zu guten verinnerlichten Objekten der Vergangenheit versperrt, die unerträgliche Gegenwart erscheint ewig und unendlich einsam. Es gibt keine Zukunft.

Das depressive Erstarren der Zeit verhindert, trauern zu können. Die Lebensrealität der vergehenden Zeit wird außer Kraft gesetzt. Steiner (1993) sprach von einer romantischen Perversion des Zeiterlebens, die die Leugnung des Älterwerdens

und damit auch von Trennung und Tod beinhaltet und die man als Ausdruck des Todestriebes interpretieren kann.

In einer schnelllebigen Zeit werden Fähigkeiten und wichtige Funktionen, die das Selbstwertgefühl nähren, immer rascher entwertet. Ein normal entwickelter Narzissmus mit ausreichend guten internalisierten Objektrepräsentanzen und entsprechend gestalteten Objektbeziehungen erlauben es in der Regel, die Zeichen des Alters und seine Verluste ohne Verleugnung und ohne das Gefühl vernichtender Angst erleben zu können. Die Alten können sich dann mit den Jüngeren, die ihre Zeit noch vor sich haben, mit ihrer größeren Leistungsfähigkeit und ihren Entwicklungen identifizieren. Ist der Alternde aber ausschließlich auf ständig neue äußere Anerkennung angewiesen und bleibt diese aus, können schwere Neid- und Eifersuchtsgefühle auf die jüngere Generation mobilisiert werden. Die auf Trauerarbeit beruhende Entwicklungsaufgabe alternder Menschen, den Jüngeren Platz einzuräumen, bzw. ihr Nichtgelingen ist Thema in verschiedenen Märchen, das bekannteste vielleicht Schneewittchen, die von der Stiefmutter um ihre Schönheit beneidet und mit tödlichem Hass verfolgt wird.

Charakteristische Kränkungen im Alterungsprozess

„Nicht die letzte, an sich minimale Kränkung ist es, die ... den Selbstmordversuch erzeugt ... sondern diese kleine aktuelle Kränkung hat die Erinnerungen so vieler und intensiverer früherer Kränkungen geweckt und zur Wirkung gebracht, hinter denen allen noch die Erinnerung an eine schwere, nie verwundene Kränkung im Kindesalter steckt“ (Freud, 1895, SE 2, S. 455).

Die im hohen Lebensalter sich häufenden, manchmal nur gedanklich antizipierten und oft an Körperliches gebundenen Verlusterlebnisse und die damit einhergehenden potenziellen Kränkungen stehen im Zentrum der Psychodynamik der Suizidalität im Alter. Verluste z. B. sozialer oder körperlicher Funktionen können persönliche Krisen auslösen, wenn sie für den Betroffenen die Bedeutung einer schweren Kränkung haben, die das Selbstwertgefühl zerstört.

Tab. 2: Kränkungen entstehen im Alter insbesondere durch

- Erschütterung der psychosexuellen Identität
- verminderten Einfluss und Gestaltungsmöglichkeiten (z. B. beim Ausscheiden aus dem Berufsleben)
- Erleben existenzieller Abhängigkeit (insbesondere Angst vor Pflegebedürftigkeit)

Jenseits des 75. Lebensjahres müssen immer häufiger Einschränkungen basaler Lebensaktivitäten wie der Bewegung, der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidungsfunktion auch psychisch integriert werden. Abhängige Pflegebedürftigkeit ist die am meisten gefürchtete potenzielle Eigenschaft des hohen Lebensalters, so als wollte man nie mehr von der Körperpflege durch eine andere Person abhängig sein.

Die Angst vor Abhängigkeit hat die individuelle Autonomie zum höchsten aller gesellschaftlichen Werte der westlichen Zivilisation werden lassen. Das lebenslange Oszillieren zwischen abgrenzender Individuation einerseits, aber auch dem Bedürfnis nach Nähe und Gebundenheit in zwischenmenschlichen Beziehungen andererseits rückt unter dem Diktat gesellschaftlicher Individualisierungsprozesse in den Hintergrund.

Das hohe Alter mit seinen körperlich bedingten Einschränkungen konfrontiert in der letzten Lebensphase aber unweigerlich mit der Abhängigkeit als Grundbedingung menschlicher Existenz. Die Suizidziffern steigen gerade in dieser Lebensphase, die von Einschränkungen der zuvor erreichten körperlichen Unabhängigkeit geprägt ist, sprunghaft an. Für die Suizidalität ausschlaggebend ist nicht so sehr die reale körperliche Einschränkung und die Tatsache von einer pflegenden Person abhängig zu sein, sondern vor allem die damit verbundenen intrapsychischen individuellen Bedeutungen für das narzisstische Erleben.

Die Bedeutung des männlichen Geschlechts

Die hohen Suizidraten im Alter betreffen hochaltrige Männer in besonderer Weise (vgl. Abb. 1). Zur Erklärung dieses Phänomens tragen Überlegungen zur Bedeutung der männlichen Geschlechtsidentität bei. Die Entwicklung der Identität und damit auch der Geschlechtsidentität beruht auf der Integration von Objektbeziehungserfahrungen in das Selbst. Die Identifikation mit der Mutter ist zunächst für Mädchen und Jungen gleichermaßen bedeutsam. Das eigene Geschlecht bzw. der Geschlechtsunterschied spielt zunächst eine untergeordnete Rolle. Mit zunehmender Differenzierungsfähigkeit entsteht im zweiten Lebensjahr das Geschlechtsbewusstsein als Bestandteil der Geschlechtsidentität. Es schließt die Kenntnis des anderen Geschlechts ein, von dem sich das eigene unterscheidet. Die männliche Geschlechtsidentität beginnt mit einer Desidentifikation (Greenson, 1968), die den Jungen vom weiblichen Primärobjekt Mutter trennt. Er nimmt wahr, dass das Primärobjekt, das für ihn die Welt bedeutete, anders ist als er. Der Junge muss einsehen, dass er seine Identifikation mit der Mutter nicht beibehalten kann. Der regressive Wunsch, mit ihr eins zu sein, ist von nun an auch an die Angst gekoppelt, die schmerzhaft Trennung mit dem Bewusstwerden der Andersartigkeit doch wieder erleben zu müssen.

Der Junge reagiert in der frühen präöedipalen Situation üblicherweise mit einer identifizierenden Hinwendung zum Vater. Er repräsentiert die Welt außerhalb der Mutterbeziehung. Er schützt den Sohn vor dem regressiven Sog der mütterlichen Primärbeziehung. Es kommt zu einer libidinösen Besetzung der Repräsentanzen phallischer Symbole und Funktionen, die wiederum eine Grundlage für das gesellschaftliche Dominanzstreben der Männer ist. Wenn die Trennung vom Primärobjekt und die Identifikation mit dem Vater schwierig ist, wird die narzisstische Besetzung phallischer Symbole überhöht, eindimensional und brüchig.

Kann der Junge das geschlechtliche Anderssein, diese basale Differenz zur Mutter mithilfe der geschlechtlichen Identifikation mit dem Vater ertragen, bieten sich gratifizierende Per-

spektiven in einer männlichen Welt, deren Teil er werden kann. Diese Welt ist aber auch dadurch gekennzeichnet, dass ihre Gratifikationen immer Ersatzgratifikationen bleiben und mit dem Alter abnehmen. Die männliche Welt aber lässt alte Männer oft im Stich. Ihre Illusion der Unverletzbarkeit bei vulnerabler Geschlechtsidentität kann im Alter nachhaltig gestört werden. Alte Männer werden nicht mehr als phallische Helden anerkannt. Um eine bekannte Metapher zu variieren: Der Glanz im Auge des anderen wird in unserer Kultur selten von alten Männern erzeugt. Wenn die gewohnten phallich-narzisstischen Gratifikationen ausbleiben, versiegt der Quell narzisstischer Zufuhr. Bei drohender Konfrontation mit Abhängigkeit werden regressiv Abwehrmechanismen, und eben auch suizidale Handlungen, konsequent angewandt.

Die für den Suizid charakteristische Abwehrposition ist geprägt von einer Suche nach primärnarzisstischer Erlebnisqualität, mit der die durch Trennung oder Kränkung ausgelösten Gefühle der Hilflosigkeit und Verzweiflung aufgehoben werden sollen. Die Phantasien, die mit dem Suizid verbunden sind, ermöglichen, die Kontrolle über eine Situation zurückzugewinnen, die außer Kontrolle geraten war. Der Suizid erscheint akzeptabler als die Vorstellung, wieder in Abhängigkeit zu geraten.

Ethische Aspekte der Krisenintervention bei alten Menschen

In den letzten Jahrzehnten hat sich in der westlichen Welt im Rahmen gesellschaftlicher Individualisierungsprozesse auch die Einstellung zu Sterben und Tod in der Weise gewandelt, dass die autonome Selbstbestimmung des Menschen ganz in den Vordergrund gerückt wird. Der Wunsch nach Befreiung aus einengenden Bindungen und von Fremdbestimmung haben den Individualisierungsprozess vorangetrieben. Die gleichzeitige Verwurzelung des Menschen in und seine Abhängigkeit von zwischenmenschlichen Beziehungen, denen er letztlich seine Existenz verdankt, seine Bindungen und seine Gebundenheit und auch das intrapsychische Leben in Objektbeziehungen als Kennzeichen menschlichen Daseins treten in den Hintergrund. Die männliche Leugnung der Bindungserfahrung durchdringt immer mehr Lebensbereiche. Der Skandal eines passiven, hilflosen Sterbenmüssens ist nicht mehr tolerabel.

Der Suizid alter Menschen wird viel schneller als der eines jungen Menschen als aktives, freies Beenden des Lebens und viel weniger als Ausdruck seelischer Not gesehen. Wenn das Problem der Alterssuizidalität öffentlich überhaupt zur Kenntnis genommen wird, dann in auffälliger Weise akzeptierend und scheinbar verstehend. Die akzeptierende Einstellung zum Suizid ist altersspezifisch. Sie unterscheidet sich von der Einstellung gegenüber Suiziden jüngerer Menschen. Ausweglosigkeit und Verzweiflung der Betroffenen wie auch der Hinterbliebenen werden ausgeblendet. Betroffenheit und Erschrecken darüber, dass jemand sich gegen das biologisch tief verankerte Prinzip der Lebenserhaltung wendet, Fragen nach Schuld und Verantwortung, mit denen wir im klinischen Alltag reagieren, kommen seltener vor, ebenso die Beschäftigung

mit der inneren Not der Betroffenen. Im Deutschen wird die akzeptierende Einstellung mit den Begriffen „Freitod“ und „Bilanzsuizid“, von dem ausschließlich im Zusammenhang mit Alterssuiziden gesprochen wird, im Angloamerikanischen mit „ratioanal suicide“ ausgedrückt.

Eine Bilanz soll objektive Zahlen vorweisen, sie soll Gewinn und Verlust eindeutig ausweisen, sie soll nicht manipuliert oder frisiert sein. Kann denn ein Mensch, ohne die Brille seiner jeweiligen Affekte und ohne sein Unbewusstes, die ja nun einmal in jedem Moment zur menschlichen Existenz gehören, sich selbst objektiv bilanzieren?

Die klinische Erfahrung lehrt, dass ältere Menschen in der Regel gerade nicht in freier Entscheidung Suizidabsichten entwickeln, sondern in Situationen seelischer Not mit tiefer Verzweiflung, in Krisen und Notlagen, in Lebenssituationen, die unfrei sind und einengen. Entscheidend für den letzten Schritt in den Suizid oder zum Suizidversuch alter Menschen sind tiefe Kränkungen des Selbstwertgefühls, die für die Betroffenen von individuell schwerwiegender Bedeutung sind.

Jede Suizidentscheidung ist aber immer auch eine Entscheidung gegen *diese* Art zu leben. Unsere Aufgabe besteht darum nicht darin, den anderen unter allen Umständen daran zu hindern, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen, aber ihm vielleicht zu helfen, „die Fundamentalkondition der Einsamkeit“ (Améry) zu ertragen und mit ihr in Beziehung zu anderen treten zu können. Hieraus legitimieren sich unsere Versuche und die Verpflichtung zur Suizidprävention.

Besonderheiten der therapeutischen Beziehung mit älteren Patienten

Im Krisengespräch werden Verluste und Kränkungen, Einschränkungen und Bedrohungen als auslösende Momente suizidaler Krisen insbesondere von alten Männern oft nicht oder nur in Andeutungen erwähnt. Sie dürfen nicht zugegeben werden und bleiben auch häufig unbewusst. Sind sie bewusst, werden sie nach Suizidversuchen schnell wieder verleugnet, in Symptomen dargestellt oder, bewährten Lebensmustern und männlichem Rollenverständnis folgend, durch äußere Aktivitäten zu kompensieren versucht.

Ältere Suizidenten begegnen jüngeren Therapeuten häufig mit großer Skepsis, manchmal mit provozierender Ablehnung. „Sie können mich doch nicht verstehen, ich will nicht mit Ihnen sprechen“, sagen sie. Solche Bemerkungen kennen wir auch von jüngeren Patienten, von alten ausgesprochen wirken sie aber anders. Viele jüngere Therapeuten scheinen durch alte Patienten stärker verletzbar zu sein. Sie ziehen sich schneller zurück. Genau diese destruktiv anmutende Dynamik aber, in der sich der Therapeut ohnmächtig erlebt, muss sich in der Übertragungsbeziehung entfalten können, um von da aus zu einem verstehenden Durcharbeiten zu gelangen. Es ist natürlich schwer erträglich, von „seinen Alten“ in seiner beruflichen Fähigkeit zunächst depotenziert zu werden.

Es ist ungewöhnlich, wenn in der psychotherapeutischen Begegnung die Patienten deutlich älter als die Therapeuten sind. Die Altersdifferenz beeinflusst Übertragung und Gegenübertragung. Radebold (1992) hat beschrieben, dass in der Begegnung zwischen jüngerem Therapeuten und älterem Patienten zu Anfang nicht wie üblich relativ rasch Übertragungsphänomene zu beobachten sind, die aus der Beziehung des Patienten zu seinen Eltern stammen. Die Übertragungssituation ist anfangs typischerweise umgekehrt. Auf den jungen Therapeuten werden unbewusst Aspekte aus Beziehungen zu eigenen Kindern übertragen. Welche Erwartungen und Einstellungen übertragen werden, ist natürlich individuell sehr unterschiedlich. Diese Phänomene müssen auch unter dem Generationsaspekt reflektiert werden, um in der Behandlung fruchtbar werden zu können.

Ältere Suizidenten erreichen vor diesem Hintergrund besondere Wirkungen. Sie erschüttern die Vorstellung, die jüngere von ihren eigenen Alten haben. Diese wollen nicht mehr leben, nicht mehr für die Jungen da sein. Mörderische Impulse, die jüngere Therapeuten vielleicht selbst gegen ihre Alten hegen, wollen die Suizidenten realisieren. Die Therapeuten schrecken zurück und entwickeln Schuldgefühle. Sie versuchen ihre phantasierte Tat wiedergutzumachen und die Alten vom Suizid abzuhalten, sind aber durch ihre Schuldgefühle gebunden, die den Therapeuten, wenn sie unbewusst bleiben, daran hindern, sich auf therapeutische Beziehungen zu älteren Suizidenten einzulassen. Von dieser Brisanz ist in der ersten Begegnung oft lediglich etwas zu erahnen. Es werden rationalisierende Möglichkeiten gefunden, sich zu entziehen, indem beispielsweise statt Verständnis für den Konflikt des Patienten eher als bei jüngeren Suizidenten aktives Handeln, z.B. in Form medikamentöser Behandlung, eingesetzt und Beziehung vermieden wird. Ebenfalls häufiger als bei jungen Patienten wird den älteren mangelnde Motivation, fehlende Introspektionsfähigkeit und Starrheit unterstellt.

Erkennen suizidaler Krisen im Alter

Ringel (1992) hat das Präsuizidale Syndrom für ältere Patienten spezifiziert. Diese Zusammenstellung ist gut geeignet, um Hinweise auf eine suizidale Entwicklung alter Menschen erkennen zu können.

Tab. 3: Präsuizidales Syndrom im Alter

1. Zunehmende Einengung
 - a) situativ (z. B. Krankheiten, Gedächtnis, Finanzen)
 - b) dynamisch
 - c) zwischenmenschliche Beziehungen („Lichtung der Reihen“)
 - d) der Wertwelt (z. B. Entwertung der Werte und Normen alter Menschen)
2. Aggressionsstau und -umkehr
3. (sich aufdrängende) Suizidphantasien

Für die Krisenintervention hat sich folgendes Vorgehen bewährt, das nachfolgend an einem Beispiel erläutert wird.

Tab. 4: Richtlinie für Krisengespräche (modifiziert nach Reimer und Henseler, 1985)

- Frühzeitige Kontaktaufnahme
- Suche nach dem (banal erscheinenden) Anlass
- Suche nach dem zentralen (unbewussten) Beziehungskonflikt
- Suche nach dem gemeinsamen Nenner für Anlass und Konflikt
- Beachten der Szene und der Interaktion
- Psychosoziale Hilfen und Abwägung ihrer Bedeutung
- Einleitung psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung durch Herstellung persönlicher Kontakte

Fallbeispiel:

Im Allgemeinkrankenhaus wird ein psychiatrisches Konsil für Herrn F., einen 72-jährigen ehemaligen Automechaniker, erbeten. Am Telefon erfahre ich vom behandelnden Stationsarzt, dass Herr F. mit einer Tablettenvergiftung aufgenommen worden sei. Jetzt sei er wach und klage über diffuse Schmerzen. Der Hausarzt habe gesagt, das kenne er bei dem Patienten seit einigen Jahren, eine organische Diagnose sei ausgeschlossen.

Der Krankenstation wird Herr F. jetzt wegen seiner Klagen lästig. Er soll entlassen oder in ein psychiatrisches Krankenhaus verlegt werden. Als Grund für seine Tabletteneinnahme habe er die Schmerzen angegeben, für die sich auch nach dem bisherigen Stand der Untersuchungen keine organische Erklärung finden lässt. Eine psychosoziale Anamnese gibt es auf der medizinischen Station nicht.

Zum Gespräch erscheint ein altersentsprechend, aber leidend und hager aussehender Mann mit gebeugtem Gang. Er sagt mir, dass ich ihm bestimmt nicht helfen könne. Seine Schmerzen habe er nicht mehr ertragen und deshalb die Medikamente genommen. Das werde nicht wieder vorkommen. Nach seiner Lebenssituation befragt, erfahre ich, dass vor drei Jahren seine Frau starb, danach sei alles nur „Kampf“ gewesen. Herr F. lebt im Hause seiner Tochter und deren Familie. Beiläufig sagt er, dass der Schwiegersohn am selben Tag ein neues Auto gekauft habe, „völlig unvernünftig“. Er habe nicht auf seinen Rat als Autofachmann gehört, es habe alles keinen Sinn mehr. Der Patient verkneift sich bitter die Tränen. Ich habe den Eindruck, den aktuell kränkenden Anlass, der „das Fass zum Überlaufen gebracht hat“, gefunden zu haben.

Am nächsten Tag erfahre ich in der gemeinsamen Besprechung mit der Sozialarbeiterin, dass sich Herr F.s Tochter an den Krankenhaussozialdienst gewandt hat mit der Bitte, einen Heimplatz für ihn zu suchen. Ein Zusammenleben sei wegen der dauernden Klagen ihres Vaters seit dem Tod der Mutter für die Familie nicht mehr erträglich. Sie habe aber noch nicht mit ihm geredet. Die Lage des Patienten wird noch verständlicher. Bereits im telefonischen Bericht des Kollegen und dem Geschehen auf der Station stellte sich seine Situation dar: Herr F. klagte heftig, das Stationspersonal wollte sich von ihm befreien, ihn verlegen, weil es für ihn nichts tun könne. Seine entsprechende Bemerkung zu Beginn unseres Gespräches: „Sie können mir bestimmt nicht helfen“, enthält

eine Testfrage. Werde ich ihn am liebsten auch verlegen, oder halte ich ihn aus, wenn er mit mir so kränkend verfährt?

Weil es gelungen war, seine abwertende Bemerkung nicht nur persönlich kränkend, sondern auch als Ausdruck seiner Lebenssituation aufzufassen, ergab sich ein Kontakt, der dann – ambulant fortgesetzt – in eine 40-stündige Psychotherapie über eineinhalb Jahre mündete.

In diesen Gesprächen wurde deutlich, dass sich Herr F. nach dem Tode seiner Frau in der Familie wertlos fühlte. Besonders kränkend war der Kauf eines Autotyps gegen seine Empfehlung am Tag der Tabletteneinnahme. Das Gefühl von Wertlosigkeit im Zusammenhang mit Abgeschobenwerden war für diesen Patienten die Wiederholung eines Traumas aus der frühen Kindheit, als die Mutter ihn, dreieinhalbjährig, in ein Heim gegeben hatte. Jetzt hatte die Familie dasselbe vor, auch wenn sie mit ihm noch nicht darüber gesprochen hatte. Die Bedeutung dieser Kränkung wurde verständlich.

Noch während des Klinikaufenthaltes konnte in einigen Familiengesprächen, die die Sozialarbeiterin führte, ein Arrangement akzeptabler Abgrenzung im häuslichen Zusammenleben gefunden werden. Dazu gehörten verschiedene Absprachen und Maßnahmen, zum Beispiel wurde Kontakt zu einer Seniorentagesstätte vermittelt. Der Patient fühlte sich unabhängiger von der Familie, konnte aber bleiben, und die Familie der Tochter war entlastet. Für diese Familiengespräche konnte der stationäre Aufenthalt um einige Tage verlängert werden, was durch unsere gute Zusammenarbeit mit den internistischen Kollegen möglich war.

Der kränkende Anlass war also die Kaufentscheidung des Schwiegersohnes, der Hauptgrund für den Suizidversuch das Nicht-mehr-gefragt-Sein und das Abgeschobenwerden. Der gemeinsame Nenner der jetzigen Situation und der Biographie ließ sich finden und bildete sich auch in der Interaktion sowohl mit dem Stationspersonal wie mit mir ab.

Literatur

- Bron B (1991): Alterstypische psychopathologische Besonderheiten bei endogenen und neurotisch-reaktiven Depressionen im höheren Lebensalter. *Nervenarzt* 61:170-175
- Freud S (1895/1955): *Studies in Hysteria*. SE 2. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis
- Greenson R (1968/1982): Die Beendigung der Identifizierung mit der Mutter. In: Greenson R (Hrsg.): *Psychoanalytische Erkundungen*. Stuttgart: Klett
- Henseler H (1991): Narcissism as a Form of Relationship. In: Sandler J, Person E, Fonagy P (eds.): *Freud's "On Narcissism: An Introduction"*. New Haven/London: Yale University Press
- McKenzie T, Popkin MK (1990): Medical Illness and Suicide. In: Blumenthal M, Kupfer D (eds.): *Suicide Over the Life-Cycle*. Washington: American Psychiatric Press
- Radebold H (1992): *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin: Springer
- Reimer C, Henseler H (1985): Umgang mit Suizidgefährdeten. In: Luft H, Mass G (Hrsg.): *Narzissmus und Aggression*. Hofheim, Wiesbaden: Geber und Reusch
- Ringel E (1992): Besonderheiten der Selbstmordtendenz im Alter. In: Friedrich I, Schmitz-Scherzer R (Hrsg.): *Suizid im Alter*. Darmstadt: Steinkopff
- Steiner J (1993): *Orte seelischen Rückzugs*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Summa JD (1986): Krankheit und Alter beim Suizid älterer Menschen. *Munch Med Wochenschr* 31:545-547
- Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P (2002): Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *Br Med J* 324:1355
- Warsitz RP (1992): Veränderungen des Zeiterlebens und Depressionsentwicklung im Alter. In: Radebold H (Hrsg.): *Psychoanalyse und Altern*. Kasseler gerontologische Schriften. Kassel: Gesamthochschulbibliothek, Bd. 14, S. 86-109

Prof. Dr. med. Martin Teising
Fachhochschule Frankfurt
Nibelungenplatz 1 • 60318 Frankfurt
Tel: 069-15332854
E-Mail: teising@t-online.de