

Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität bei älteren Männern

Psychodynamic Hypothesis About Suicidality in Elderly Men

Autor

Reinhard Lindner^{1,2}

Institute

¹ Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Albertinen Haus, Hamburg

Key words

- suicidality
- psychoanalysis
- geriatric psychotherapy
- old men
- forming types by understanding

Zusammenfassung

Alte Männer sind in der Gesamtheit der Suizide überrepräsentiert. Im Gegensatz dazu finden anteilmäßig nur wenige suizidale ältere Männer den Weg in Behandlungseinrichtungen. Ältere Menschen akzeptieren Psychotherapie als Behandlungsform seltener als jüngere. Deshalb sind auch Arbeiten zur Psychodynamik der Suizidalität alter Männer selten und meist kasuistisch. Mittels eines qualitativen Fallvergleichs von 5 zufällig ausgewählten älteren Männern (60+) mit Idealtypen jüngerer suizidaler Männer hinsichtlich suizidaler Symptomatik, Übertragungsbeziehung und Lebensgeschichte werden in nachvollziehbaren Schritten psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität älterer Männer beschrieben. Sowohl die älteren Männer als auch die Patienten der Vergleichsgruppe stammten aus einer spezialisierten universitären Ambulanz zur psychodynamisch-psychiatrischen Behandlung akut und chronisch suizidaler Patienten. Die fünf älteren suizidalen Männer befinden sich überwiegend in langen, konfliktreichen Partnerschaftsbeziehungen und haben ebenso ambivalente Beziehungen zu ihren Kindern. Die suizidale Dynamik dieser Männer weist auf lebenslang bestehende intrapsychische Konflikte hin, die die (männliche) Identität, den Selbstwert und den Kernkonflikt zwischen Fusions- und Abgrenzungswünschen betreffen. Der Körper gewinnt eine zentrale Rolle im suizidalen Erleben, z.B. als durch Alter und/oder Krankheit veränderte Abwehrinstanz, wodurch bislang unbewusste aggressive und neidvolle Impulse, aber auch Gefühle der Leere und Unsicherheit in der eigenen Identität zum Bewusstsein gelangen und im suizidalen Befinden erneut, auch durch Projektion auf den Körper abgewehrt werden. In der Übertragungsbeziehung finden sich sowohl die regelhafte als auch die altersspezifische umgekehrte Übertragungssituation mit ihren Ge-

Abstract

Old men are overrepresented in the whole of all suicides. In contrast, only very few elderly men find their way to specialised treatment facilities. Elderly accept psychotherapy more rarely than younger persons. Therefore presentations on the psychodynamics of suicidality in old men are rare and mostly casuistical. By means of a step-wise reconstructable qualitative case comparison of five randomly chosen elderly suicidal men with ideal types of suicidal (younger) men concerning biography, suicidal symptoms and transference, psychodynamic hypothesis of suicidality in elderly men are developed. All patients came into psychotherapy in a specialised academic out-patient clinic for psychodynamic treatment of acute and chronic suicidality. The five elderly suicidal men predominantly were living in long-term, conflictuous sexual relationships and also had ambivalent relationships to their children. Suicidality in old age refers to lifelong existing intrapsychic conflicts, concerning (male) identity, self-esteem and a core conflict between fusion and separation wishes. The body gets a central role in suicidal experiences, being a defensive instance modified by age and/or physical illness, which brings up to consciousness aggressive and envious impulses, but also feelings of emptiness and insecurity, which have to be warded off again by projection into the body. In transference relationships there are on the one hand the regular transference, on the other hand an age specific turned around transference, with their counter transference reactions. The chosen methodological approach serves the systematic finding of hypotheses with a higher degree in evidence than hypotheses generated from single case studies.

eingereicht 16. Mai 2008
akzeptiert 07. August 2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0029-1237387
Online-Publikation: 2009
Psychother Psych Med
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Reinhard Lindner
Therapie-Zentrum für
Suizidgefährdete
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
lindner@uke.uni-hamburg.de

genübertragungsreaktionen. Der gewählte methodische Ansatz dient dem systematischen Auffinden von Hypothesen, die einen höheren Grad an Evidenz bieten als Hypothesen aus Einzelfallkasuistiken.

Einleitung

Epidemiologie

Der Suizid trägt die Handschrift des Alters. In 2007 starben in Deutschland 9 402 Menschen durch Suizid, davon 7 009 Männer und 2 393 Frauen. Die Altersverteilung der Suizidrate folgt dabei dem „ungarischen Muster“, d.h. sie nimmt ab dem 70. Lebensjahr mit zunehmendem Alter, besonders bei den Männern massiv zu. Das mittlere Alter der Suizidenten in Deutschland beträgt für alle Männer 54,7 Jahre, für alle Frauen 59,0 Jahre. Die über 70-jährigen Männer stellen 23,6% der gesamten Suizide. Ältere wenden überwiegend „harte“ Suizidmethoden, wie z.B. Erhängen, Erschießen und „Sprung aus der Höhe“ an. Die Zahl der Suizidversuche ist im Alter deutlich geringer, als in jüngeren Jahren [1]. Das heißt, suizidale Ältere begehen eher einen Suizid als einen Suizidversuch. Die Erfassung von Suizidgedanken ist schwierig und inkonsistent. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass Ältere höhere Raten an Lebensüberdrußgedanken und an Suizidideen haben [2, 3].

Psychodynamik der Suizidalität

Alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf Tötung des eigenen Lebens ausgerichtet sind, lassen sich unter dem Begriff der Suizidalität fassen [4]. Suizidalität lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch verzweifelt über sich selbst, sein eigenes Leben ist und keine Hoffnung und Perspektiven sieht.

Aus einer psychoanalytischen, objektbeziehungstheoretischen Perspektive führen die dem Bewusstsein meist zugänglichen Auslöser suizidalen Erlebens (z.B. Trennungs- und Kränkungerfahrungen) zur Labilisierung der bis dahin funktionsfähigen Abwehr. Eine Regression auf entwicklungspsychologisch früher angesiedelte Formen der Abwehr (z.B. auf Spaltungsprozesse) und Reaktualisierung früher intrapsychischer Konflikte (um Aggression, Autonomie und Abhängigkeit), sowie Reinszenierungen konflikthafter dyadischer Beziehungserfahrungen führen zu einem konflikthafter Erleben von tiefster Ohnmacht und massivem Handlungsdruck [5].

Psychodynamik der Suizidalität im Alter

Empirische Befunde zu biografisch determinierten Ursachen von Suiziden im Alter sind sehr spärlich. Trennung durch den Tod langjähriger Lebenspartner, psychiatrische Erkrankungen (insbesondere Substanzmittelmissbrauch) und Trennungserfahrungen in Kindheit und Jugend sind bei älteren Suizidenten häufig [6].

Im Vergleich jüngerer mit älteren suizidalen Personen wird ein grundlegender Aspekt besonders deutlich: Während der jüngere, heranwachsende Mensch seinen Selbstwert und seine Identität zu entwickeln und zu stabilisieren sucht, versucht der ältere und der sehr alte Mensch diese zu bewahren und zu erhalten. Die Erfahrung des Angegriffen-Seins und die Verletzbarkeit im höheren Lebensalter sind in unserem heutigen Gesellschaftssystem besonders hoch, sodass Ressourcen rasch aufgebraucht erscheinen [7].

Vor diesem Hintergrund kann Suizidalität Ausdruck eines lebenslangen Themas sein, das auch im Alter weiter wirksam ist. Zum anderen aber kann Suizidalität altersspezifische Auslöser haben. Hier nehmen die Trennungserfahrungen einen besonderen Stellenwert ein: der Verlust an beruflicher Identität, die Veränderungen in der Beziehung zum eigenen Körper, seinen Funktionen und der Bedrohung durch Krankheit und Tod, aber auch die Veränderungen der interpersonellen Beziehungen im Alter. Wie auch bei den Auslösern in anderen Lebensabschnitten gilt hier: Die genannten Erfahrungen sind ubiquitär. Suizidal aber werden nur einige Menschen in diesen Situationen. Diese Personen unterscheiden sich von Nicht-Suizidalen in ihren, im gesamten Lebensverlauf ausgeprägten Verarbeitungsmustern von Beziehungserfahrungen, die ihren Anfang in Kindheit und Jugend hatten. Zentrale Komponenten dieser Erfahrungen sind Verluste und aggressiv-destruktive Interaktionen.

Arbeiten zur Psychodynamik der Suizidalität alter Männer sind selten und meist kasuistisch.

Teising [8] versteht die Suizidalität alter 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, die den alten Mann gerade für körpernahe Verlusterfahrungen verletzlich macht und existenzielle Zerstörungsgefühle reaktualisiert. Er beruft sich auf Freud [9], indem er die wachsende Bedeutung des Körpers als Organisator des Psychischen benennt. Unerträgliche Affekte, besonders verknüpft mit der Erfahrung der Abhängigkeit und des Ausgeliefert-Seins würden in den Körper projiziert und abgespalten [10].

Psychotherapie im Alter

Es gibt inzwischen eine breite empirische Basis an Forschungsergebnissen, die die Effektivität der Psychotherapie mit älteren Menschen belegt [11]. Daten aus kontrollierten Studien weisen darauf hin, dass kognitive Therapie, Verhaltenstherapie und kurzzeit-psychodynamische Psychotherapie gleich effektiv sind in der Behandlung der Depression Älterer [12, 13].

Psychotherapie der Suizidalität im Alter

Nicht nur für Deutschland gilt: Es besteht eine auffällige Diskrepanz zwischen erhöhter Suizidgefährdung mit tödlichem Ausgang im Alter und geringer Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch ältere Menschen auf der anderen Seite. Diese Diskrepanz ist besonders groß bei älteren und alten Männern. Über 60-jährige sind mit rund 38% überproportional an der Gesamtsuizidmortalität beteiligt, als Ratsuchende mit maximal 10% in ambulanten Krisendiensten jedoch deutlich unterrepräsentiert [14, 15].

Die Gründe für eine geringe Inanspruchnahme von professionellen Hilfen bei Suizidalität im Alter liegen sowohl beim älteren Menschen selbst [16–18], beim Professionellen [10, 11, 19] und in der Tatsache begründet, dass es nicht genug Einrichtungen mit entsprechender Kompetenz gibt [15, 16].

Mit dieser Arbeit sollen explorativ Hypothesen zur Psychodynamik der Suizidalität älterer Männer entwickelt werden. Die Suizidalität wird dabei erfasst in der Trias der Dimensionen suizidaler Symptome, der Lebensgeschichte und dem Übertragungs-geschehen zu Beginn einer psychodynamischen Psychotherapie. Kliniker strukturieren ihre diagnostische Arbeit ständig mit idealtypischen Konstrukten, die sie, mehr oder weniger bewusst aus ihren klinischen Erfahrungen mit jeweils „typischen“ Patienten

gewonnen haben; angereichert durch die herrschenden Nosologien und Klassifikationen sowie metatheoretische Konstrukte [20]. Dieser alltägliche Vorgang, der zur Bildung von (diagnostischen) Hypothesen führt, soll hier systematisch und nachvollziehbar dargestellt werden und damit zu Hypothesen führen, die bereits im Nachvollzug ihrer Entstehung verifiziert oder falsifiziert werden können. Dies stellt selbstverständlich noch keine empirische Überprüfung dieser Hypothesen dar. Angesichts der geringen Fallzahl psychotherapeutisch behandelter suizidaler älterer Männer ist dies aber derzeit noch nicht möglich.

Patienten und Methode



Methodische Vorbemerkung

Der hier vorgenommene Vergleich älterer suizidaler Männer mit jüngeren bedient sich des in der verstehenden Soziologie von Max Weber [21] entwickelten Begriffs des Idealtypus als „eines rein idealen Grenzbegriffes, an welchem die Wirklichkeit zur Verdeutlichung bestimmter bedeutsamer Bestandteile ihres empirischen Gehaltes gemessen wird“ ([21] S. 194). Die Methodologie beruht auf der „Verstehenden Typenbildung“ [22,23], die den Paradigmen der qualitativen Psychotherapieforschung nach Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit folgt [24]. Diese Methodik bietet sich bei Fragestellungen an, in denen ein hermeneutisch, verstehender, interpretierender Zugang zum Forschungsobjekt gesucht wird. Ein systematisches und nachvollziehbares Vorgehen ermöglicht, aus wenigen Fällen abstrahierende Erkenntnis zu generieren, die einen höheren Evidenzgehalt haben, als die klassische psychoanalytische Einzelfallkaustik. Idealtypen sind zudem mit quantitativen Daten, z.B. hinsichtlich ihrer Trennschärfe triangulierbar [23].

Patienten der Vergleichsgruppe „Idealtypen“

Das mittlere Alter der Patienten liegt bei 36 Jahren (Min 22, Max 62), die durchschnittliche Behandlungsdauer zum Stichtag liegt bei 38 Stunden (Min 5, Max 180). Diagnostisch wurden in einer klinischen Einordnung durch die Therapeuten in den ersten Therapiestunden bei 15 Patienten Anpassungsstörungen (F 43.2), drei Mal depressive Episoden (F32), neun Mal Persönlichkeitsstörungen (F60) und vier Mal Substanzmittelmisbrauch (F1) (Alkohol und Cannabis) diagnostiziert [25]. Die Patienten sind ganz überwiegend ledig und leben allein. Sechs Patienten haben Haupt- oder Realschulabschluss, zehn Patienten Abitur, vier Patienten einen Hochschulabschluss.

Fallvergleich mit Idealtypen

Fünf suizidale ältere Männer (Durchschnittsalter 64,8 Jahre) wurden systematisch mit Idealtypen jüngerer Männer (Durchschnittsalter 36,0 Jahre) vergleichen, die mittels der „Verstehenden Typenbildung“ entwickelt wurden. Die Methode basiert auf der systematischen Analyse von Ähnlichkeits- und Differenzbezügen und bietet die Vorteile der Kategorienbildung im Forschungsprozess, der Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Abstraktionsprozess, vom komplexen Einzelfall zum übergeordneten Idealtypus zu gelangen und der Möglichkeit, den qualitativ erhobenen Ergebnissen mit quantitativen Daten mehr Breite und Tiefe zu verleihen (Triangulation) (ausführliche Darstellung bei [23]).

Im systematischen Fallvergleich wurden, wie bei der Auswahl der Stichprobe zur Bildung von Idealtypen zufällig fünf suizidale Patienten (Alter 60+) ausgewählt, die mindestens fünf Psycho-

therapiestunden im TZS erhalten hatten. Aus den Stundenprotokollen wurde ein Fallbericht geschrieben (Fallrekonstruktion). Sodann erfolgte der Fallvergleich mittels der Analyse von Ähnlichkeiten und Differenzen mit jedem prototypischen Aspekt der vier Idealtypen auf einer sechsstufigen Skala. Die drei prototypischen Aspekte, die dem jeweiligen Patienten am ähnlichsten waren, dienten als Anhaltspunkte für die Positionierung der Einzelfälle in den idealtypischen Clustern (s. [Abb. 1](#)).

Idealtypen suizidaler Männer

Idealtyp „Unverbunden“

Im Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen liegt ein Unverbundenheitserleben bei Patient und Therapeut vor, wodurch sich in der therapeutischen Beziehung wenig Kontinuität und Halt vermittelt. Dieses Erleben korrespondiert mit der suizidalen Dynamik (wiederholter) Ablehnungserfahrungen. Sowohl in der Übertragung als auch im suizidalen Geschehen reaktualisiert sich ein konflikthafte Erleben, von den Eltern ausgeschlossen zu werden und darüber voller Vorwurf zu sein.

Idealtyp „Gekränkt“

Hier liegt eine oftmals aggressive Verstrickung von Patient und Therapeut vor, in der der Patient eine Ablehnungserwartung mit passiver oder aktiver Aggression vorwegnimmt oder/und in der Gegenübertragung aggressive Affekte vorherrschen. Entsprechend ist die suizidale Dynamik durch eine reale Verlust Erfahrung charakterisiert, die Aggression mobilisiert, zugleich aber auch (zeitweise) unerträgliche Gefühle der Leere, Bedürftigkeit und die Erkenntnis, in wichtigen (Beziehungs-)Lebenszielen zu scheitern. Biografisch finden sich häufig Realtraumata und fehlende triangulierende Erfahrungen.

Idealtyp „Stürmisch“

Ein stürmisches, anhänglich-verschweißtes Übertragungsangebot bewirkt beim Therapeuten relativ wenig Ärger, eher werden Wünsche zu helfen mobilisiert. Hier wird die Anlehnung suchende Seite eines (spätadoleszenten) Ablösungs-Abhängigkeitskonflikts reinszeniert. Entsprechend ist das suizidale Erleben mit Trennungserfahrungen verbunden, zusammen mit dem Erleben eines Fixiertseins in der psychischen Entwicklung. Biografisch liegen entsprechend sehr intensive, ambivalente Bindungen an die Mutter vor.

Idealtyp „Objektabhängig“

Die Bezeichnung „Objektabhängig“ soll die Bedürftigkeit der Patienten beschreiben, ein konkretes, immer anwesendes Objekt zum Überleben zu brauchen. Mit „Abhängigkeit“ ist in diesem Kontext demnach nicht die reife Form der Abhängigkeit gemeint, in der Distanz und Bezogenheit aufeinander ertragen und genossen werden können.

In der Übertragungsbeziehung darf nichts „Drittes“ aufkommen, nicht einmal eine Bedeutung für das aktuelle Erleben. Die Fähigkeit zur Symbolbildung ist eingeschränkt. So kann nur Konkretes gefordert und verhandelt werden. Entsprechend wünschen sich diese suizidalen Männer konkret die Frauen zurück, die sich von ihnen distanzieren. Die Biografie wirkt holzschnittartig und verbirgt eine Erfahrung emotionalen Mangels. Es entsteht der Eindruck, dass durch Idealisierung und Identifikation mit Familiennormen (z.B. „Zusammenhalt“, Vaters Beruf) ein Erleben chronischer emotionaler Vernachlässigung abgewehrt wird.

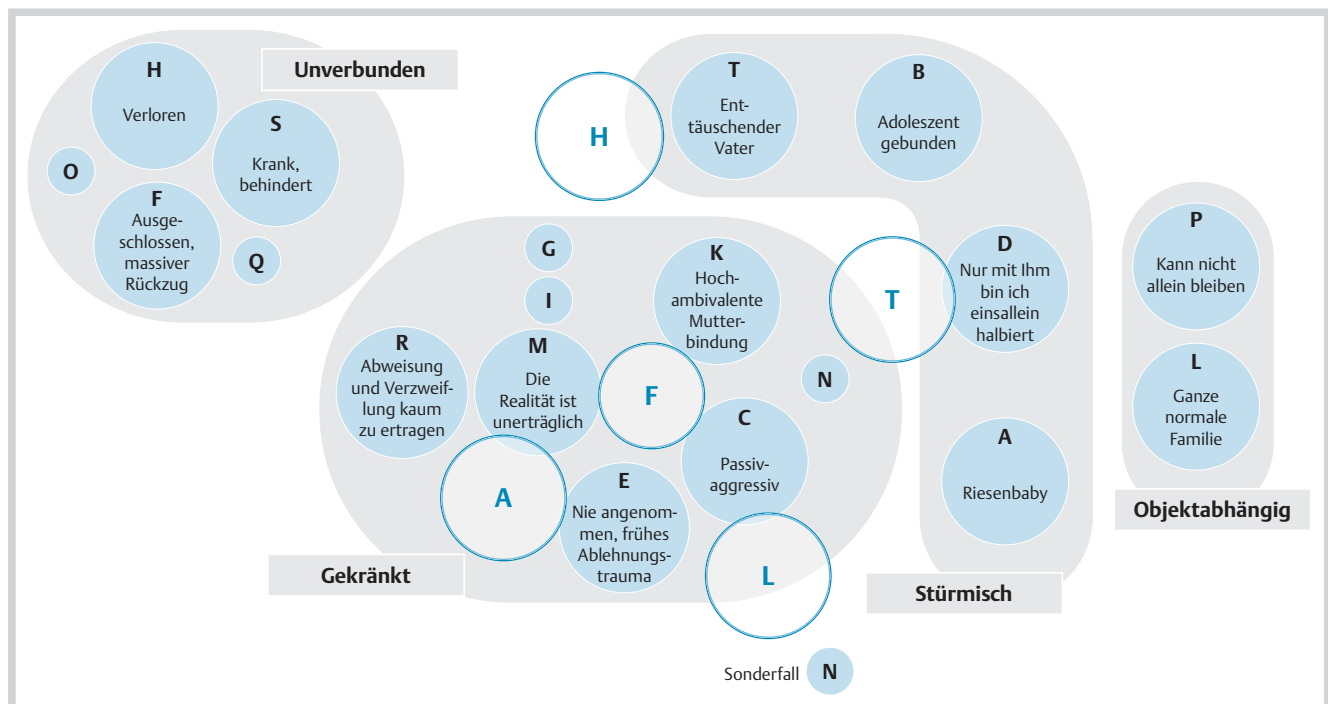


Abb. 1 Darstellung der vier Idealtypen suizidaler Männer „Unverbunden“, „Gekränkt“, „Stürmisch“ und „Objektabhängig“ mit den in ihnen enthaltenen Prototypen und Einzelfällen. Form und Lage der Idealtypen, Prototypen, Einzelfälle und der fünf älteren suizidalen Männer (blauer, ungefüllter Kreis) ist bestimmt durch ihre jeweilige Ähnlichkeit bzw. Differenz mit- und untereinander.

Tab. 1 Patientendaten ältere Männer.

Kürzel	Geburtsjahr/ Alter bei Therapiebeginn	Familien- stand	Suizidalität- lifetime	Psych. Behandlg lifetime	Wohnsituation	Bildung	Behandlungs- dauer (Thera- piestunden)	Diagnose bei Therapiebeginn
A	1930/1976	Verh.	Suizidal	nein	Ehepart.	Haupt	17	F 43,21
F	1943/1962	Gesch.	SCV	ja	allein	Real	22	F 31,0
H	1943/1960	Verh.	Suizidal	ja	allein	Real	128 laufend	F 43,21
L	1940/1966	Verh.	SCV	ja	Ehepart.	Hoch	22	F 33,11, F 33,3
T	1946/1960	Verh.	Suizidal	ja	Ehepart.	Real	22 laufend	F 43,21
Mittel	64,8						36,2	

Aufstellung der Patienten der untersuchten Stichprobe mit Sozialdaten (Geburtsjahr/Alter bei Therapiebeginn, Familienstand, höchster Schulabschluss, Behandlungsdauer, Diagnose nach ICD 10 bei Therapiebeginn i.S. einer klinischen Diagnose durch den Therapeuten in der zweiten Therapiestunde) ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Anwendung der wissenschaftlichen Richtlinien zur ICD-Diagnostik

Patienten der Indexgruppe

Das mittlere Alter der über 60-jährigen Patienten liegt bei 64,8 Jahren (Min 60, Max 76), die durchschnittliche Behandlungsdauer zum Stichtag liegt bei 36 Stunden (Min 5, Max 128). In der klinischen diagnostischen Einschätzung durch die Therapeuten fanden sich 3 Patienten mit Anpassungsstörungen (F 43,2), zwei mit depressiven Störungen und einer mit bipolar affektiver Störung (F33) und (F31) (Mehrfachnennungen) [25]. Vier Patienten sind verheiratet, drei leben mit ihren Ehefrauen, einer ist geschieden, zwei leben allein. Ein Patient hat Hauptschul-, drei Realschul-, einer Hochschulabschluss (s. **Tab. 1**).

Herr A., Jahrgang 1930, 76 Jahre, verheiratet
Lebenslang dienten männliche Attribute (Motorrad, eigenes Haus, Unabhängigkeit) der Stabilisierung eines, in Auseinandersetzung mit väterlichen Maßstäben scheiternden Mannes. In diesem autoritären (ödipalen) Konflikt mit dem Vater ist er in seiner männlichen Identität verunsichert und reagiert angesichts der Erfahrung des Verlusts körperlicher Fähigkeiten (Mo-

torradfahren) und eines Entwertungserlebens durch die Ehefrau mit der suizidalen Fantasie, sich selbst in seinem Haus, das er mit eigener Anstrengung erworben hat, umzubringen und so diesen Wert nicht zu vererben. Er ist voller Neid auf die körperliche Unversehrtheit der Ehefrau und hat zugleich unerträgliche Angst vor Abhängigkeit von ihm ablehnenden, aber lebensnotwendigen Personen.

Die krankheitsbedingten Einschränkungen mobilisieren ein Gefühl der Abhängigkeit und eine neidische Wut, die in einem lautpoltrigen Beziehungsangebot in der Therapie abwehrt werden. Er kann diese Gefühle so wenig ertragen, dass er von der Fortführung der Gespräche Abstand nehmen muss; allerdings kann er die Verbindung zum Therapeuten in der Fantasie halten, in der Not auf meine (RL) Visitenkarte zurückgreifen zu können.

Hr. F., Jahrgang 1943, 62 Jahre, geschieden
Patient mit jahrelanger bipolar affektiver Störung. Ein ängstlich-unsicheres Kind entwickelt mit dem Herausfallen aus haltenden Bezügen (Arbeitswelt, Ehe) eine zunehmend manische Abwehr

depressiven Erlebens, vollkommen verlassen und ungeliebt zu sein. Die Wünsche nach Anerkennung und Bindung stehen dabei im Widerspruch zur Kränkungsangst.

Suizidversuch (Tabletten) in einem depressiven Rückzug nach mehrmaligen Zurückweisungserfahrungen. Im Rahmen eines laut-polternden, dabei unsicheren Übertragungsangebots inszeniert er im Therapeuten Abgrenzungswünsche, die sich in der distanzierenden Überlegung, den Patienten rein medikamentös-psychiatrisch zu behandeln und im Vergessen einer Therapie-stunde durch den Therapeuten zeigen. Herr F. reagiert darauf mit Vorstellungen, sich weiter unabhängig und unverletzbar machen zu müssen. Dieses Distanzierungssagieren zeigt sich auch im Vorfeld suizidaler Zuspitzungen.

Herr H., Jahrgang 1943, 60 Jahre, verheiratet

Sohn eines rücksichtslosen, zynischen Wehrmachtoffiziers und einer depressiven, chronisch suizidalen Mutter. Die Erfahrung, unter der Suizidalität eines Elternteils sehr gelitten zu haben und die Mutter letztlich nicht vor einem Suizid gerettet zu haben führt einerseits zu erheblichen Bemühungen um seine deutlich jüngere Ehefrau, andererseits stürzt ihn die Trennung von ihr (und der Verlust der erfolgreichen Berufstätigkeit als Identifikationsmöglichkeit mit dem Vater) in ein ambivalentes Erleben, wie er es zu beiden Eltern hatte, und führt zu der Erfahrung, „unbegleitet“, ungehalten zu sein.

Übertragungsangebot eines Kaufmanns, der vordergründig sich dem Therapeuten andient (seine Wünsche erahnt und befriedigen will), hintergründig Anlehnung und Begleitung sucht, wie er sie für die Mutter selbst nicht leisten konnte und dabei fürchtet, väterlich rigoros behandelt zu werden. Er fürchtet, ohne „Begleitung“, gegen sich so männlich-rigoros suizidal sein zu müssen, wie er den Vater zerstörerisch erlebte.

Herr L., Jahrgang 1940, 66 Jahre, verheiratet

Herr L. erlebte früh Unbeschützt-Sein, Versagen, Angst und Selbstwertzweifel. Mit 25 schwerer Suizidversuch (Insulin/Kanüle ins Herz stechen) nach Zurückweisungserleben/Trennung in einer Liebesbeziehung, der Diagnose eines Diabetes (IDDM) und Prüfungsängsten. Die langjährige Kompensation als Arzt und Diabetes-Experte fiel mit Aufgabe der Praxis wegen Depressionen weg. Seit Langem depressives Erleben des Gequält-Seins, das er nicht länger ertragen wolle.

Der Patient reinszeniert in den Erstgesprächen sehr konkret eine Erfahrung des Unaushaltbar-Seins, des Zu-schwierig-Seins (für eine jüngere Therapeutin), indem er sich Insulin spritzt, dabei Besorgnis und das Gefühl der Überlastung in der Therapeutin auslöst. Nach Wechsel zu einem anderen Therapeuten führt das gleiche Beziehungsangebot zu einem Machtkampf, der sich erst durch Deutung des abgewehrten Abhängigkeitswunsches löst.

Herr T., Jahrgang 1942, 65 Jahre, verheiratet

Eine große Selbstunsicherheit hat einen Ursprung in mütterlichen Wünschen nach Besonderheit, denen er schon früh nicht genügen konnte und einer sehnächtigen Beziehung zu einem unnahbaren Vater. Kompensatorisch legte er großen Wert auf körperliche Funktionen, Bestätigung in der Sexualität und der Fantasie, gesunde Söhne gezeugt zu haben. Als sein Sohn (24) an einer vererbten Augenkrankheit erkrankt, erlebt er sich zerstört und schuldig und entwickelt die Fantasie, sich selbst, aber auch die ganze Familie töten zu müssen.

Der Patient kommt zunächst scheinbar als Angehöriger eines Suizidalen; erst später wird deutlich, er erlebt seinen kranken Sohn

so sehr als Teil von sich, dass er quasi in ihm verschwindet. Diese Ungetrenntheit ist auch maßgeblicher Bestandteil der Suizidalität: Er ist in einem zentralen Persönlichkeitsanteil so verletzt, dass er meint, sich und die ganze Familie auslöschen zu müssen. Darin liegt sowohl der aggressiv-narzisstische Zerstörungswunsch als auch das Erleben, selbst nicht existent zu sein. Er bewirkt distanzierende Gefühle, sich von seinem Erleben im Sinne eines uneinfühlbaren Wahns abzugrenzen.

Ergebnisse



Die Konstante der untersuchten fünf Patienten ist das Alter (Durchschnittsalter 64,8) sowie die bei allen fünf Patienten vorhandene Suizidalität. Zwei der fünf Patienten haben in ihrem Leben einen Suizidversuch gemacht, einer davon im halben Jahr vor Aufnahme der Behandlung. Zudem unterscheiden sich die fünf Männer hinsichtlich ihres Familienstandes und der Wohnsituation dahin gehend von den Patienten der Idealtypen-Stichprobe, dass vier der fünf Männer verheiratet waren, einer geschieden, wohingegen 17 der 20 jüngeren Patienten ledig sind und alle, bis auf den einzigen älteren Mann dieser Stichprobe, allein leben.

Gemeinsamkeiten

Alle fünf Patienten lassen sich mit den Prototypen der Idealtypen hinsichtlich Ähnlichkeit und Differenzen vergleichen (• Abb. 1). Ähnlichkeiten finden sich auf der sechsstufigen Skala (1 = sehr unähnlich, 6 = sehr ähnlich) bis zur Stufe fünf. Dabei fällt auf, dass die älteren Patienten den Prototypen der Idealtypen „Gekränkt“ und „Stürmisch“ häufiger ähnlich sind als den Prototypen der idealtypischen Bereiche „Unverbunden“ und „Objektabhängig“. Offensichtlich bieten die Dynamiken, mit denen die Idealtypen „Gekränkt“ und „Stürmisch“ beschrieben werden Erklärungsmuster, mit denen sich diese fünf älteren Männer hinsichtlich ihrer Suizidalität, Lebensgeschichte und der Übertragungssituation in den ersten Stunden der Behandlung besser verstehen lassen. Es handelt sich einerseits um die narzisstischen Dynamiken, in denen Verlusterfahrungen zu erheblichen Aggressionen führen, die in der therapeutischen Beziehung wieder ihren Niederschlag finden und zum anderen um Dynamiken, in denen der Patient sich in seiner psychischen Entwicklung fixiert erlebt und sich anhänglich, „stürmisch“ an den Therapeuten wendet. Unter den fünf älteren Männern, die einen Weg zu einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung fanden, waren gerade nicht solche, die einen sehr abweisenden, resignativ-zurückgezogenen Beziehungsstil haben und auch weniger Männer, die ihre Probleme ausschließlich im konkreten Handeln und ohne Reflexion ihrer Person lösen wollen.

Unterschiede

In Hinblick auf die aktuelle, belastende Beziehung, auf das Übertragungs-geschehen und auf die Symptomatik der Suizidalität ergaben sich weitere Besonderheiten.

Beziehungen

Die fünf älteren Männer leben überwiegend in langjährigen Beziehungen. Diese Beziehungen werden allerdings oftmals sehr konflikthaft erlebt und sind auch Auslöser für das aktuelle suizidale Erleben. Neben Lebenspartnerinnen, spielen dabei auch Kinder eine besondere Rolle, wie es in der Gruppe der Jüngeren nicht vorzufinden ist.

Beispiele. Die Beziehung von Herrn T zu seinem Sohn, dessen erbliche Erkrankung ihn in seinem Selbstgefühl grundsätzlich erschüttert. Herr H ist mit seiner Tochter identifiziert, der er durch seinen möglichen Suizid nicht die gleichen Gefühle antun möchte, wie er es mit seiner, durch Suizid verstorbenen Mutter erlebte.

Übertragungsgeschehen

Im Übertragungsgeschehen zeigt sich eine Besonderheit, die in Schwierigkeiten mit dem Altersunterschied zwischen älterem Patienten und jüngerem Therapeuten zu finden sind. Hier kann es zu einem Erleben der Überforderung beim jüngeren Therapeuten kommen, das bis hin zur Ablehnung einer Behandlung führt. Es kann aber auch zu einem vermehrten, besonderen Engagement des jüngeren Therapeuten kommen, der im Rahmen einer kindlichen Gegenübertragung dem älteren Patienten besonders hilfreich zur Seite stehen möchte.

Beispiel. Herr L, der mit einer jüngeren Therapeutin die Erfahrung reinszeniert, unaushaltbar und zu schwierig zu sein. Erst nach Wechsel zu einem älteren Therapeuten und nach deutender Bearbeitung seiner Abhängigkeitsängste kann eine längerfristige therapeutische Arbeit beginnen. Mit Herrn H erlebt der Therapeut die wechselnde Gegenübertragungssituation, sich sowohl wie ein Sohn zu fühlen, der „Begleitung“ bereithalten will als auch wie ein Vater, der droht, fordernd rigide den Patienten zum Suizid zu treiben.

Suizidalität

Die älteren Patienten machen deutlich, dass Suizidalität im Alter auf lebenslang bestehende, jedoch während des Lebens zum Teil kompensierte, variierte und im Lebensverlauf differenzierte intrapsychische Konflikte hinweist.

Eine Besonderheit des Erlebens von Suizidalität im Alter ist seine Verknüpfung mit Themen der Körperlichkeit: Krankheit, Schwäche, Einschränkung der körperlichen Funktionalität. Bereits zwischen den Idealtypen (jüngerer Männer) bestehen einige Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung und Funktion der Körperlichkeit im suizidalen Geschehen: Beim Idealtyp „Unverbunden“ finden sich Patienten mit desolater Körperlichkeit, auch akuten körperlichen Erkrankungen, Verwahrlosung und Behinderungen. Bei den Patienten des Idealtyps „Gekränkt“ liegt offensichtlich eine kräftige, sportliche, manchmal gestaut wirkende Körperlichkeit vor. Verdeckt besteht ein Erleben des Makels und der Schwäche. Die Patienten des Idealtyps „Stürmisch“ sind hinsichtlich ihrer Körperlichkeit durch eine holzschnittartige Männlichkeit gekennzeichnet. Sie lieben Bodybuilding und plakatives männliches Auftreten als Soldaten, Fernfahrer oder Ritter ([23] S. 171 ff).

Bei den älteren Männern der Vergleichsgruppe zeigt sich ein differenziertes Bild: So könnte angenommen werden, dass Herr A in jüngeren Jahren dem Körperbild von Idealtyp „Stürmisch“ entsprach. Er beschreibt seine Lebensgeschichte ausschließlich über die Autos und Motorräder, die er im Laufe seines Lebens fuhr. Angesichts der Erfahrung des Verlusts körperlicher Fähigkeiten (Motorradfahren) und eines Entwertungserlebens durch die Ehefrau reagiert er mit der suizidalen Fantasie, sich selbst in seinem Haus, das er mit eigener Anstrengung erworben hat, umzubringen und so diesen Wert nicht zu vererben. Er erlebt sich voller Neid auf die körperliche Unversehrtheit der Ehefrau, aber auch des Therapeuten. Die Abwehr von Erfahrungen einer verunsicherten männlichen Identität, die ihm lange in der klassisch männlichen Rolle des „Bikers“ und des „Hausbesitzers“ möglich

war, ist angesichts der Realisierung körperlicher Einschränkungen stark destabilisiert, wodurch er die abgewehrte Angst und Unsicherheit deutlicher erlebt.

Ähnlich, jedoch in Verbindung mit einem Erleben der Unzertrennlichkeit vom Schicksal seines Sohnes erlebt Herr T dessen körperliche Erkrankung als massive Destabilisierung, verbunden mit dem Erleben eigener körperlicher Schwäche (Impotenz, Einschränkungen bei körperlich-sportlichen Extremlastungen). Der Makel in der eigenen Körperlichkeit, wie auch in der des Sohnes muss in der Suizidfantasie vom gemeinsamen Tod der ganzen Familie ausgelöscht werden.

Auch bei Herrn L ist die chronische Erkrankung eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus eng mit der Suizidfantasie verknüpft. In jungen Jahren beging er einen Suizidversuch mit Insulin und reinszeniert dieses Geschehen in der ersten Therapie-stunde. Damals wie aktuell zeigt sich in der Suizidalität sowohl die Abwehr, nämlich der Versuch, durch den eigenen Tod dem Erleben von Unbeschützt-Sein, Versagen, Angst und Selbstwertzweifeln zu entgehen als auch das Abgewehrte, nämlich schutzlos der (eigenen) Destruktivität und Vernichtungsangst ausgeliefert zu sein.

Diskussion



Im systematischen Fallvergleich von suizidalen älteren Männern mit Idealtypen jüngerer Männer zeigen sich Ähnlichkeiten beider Gruppen in Bezug auf narzisstische Dynamiken und auf Dynamiken im Bereich reaktualisierter Abhängigkeits-/Autonomiekonflikte. Unter den fünf älteren Männern fand sich hingegen keiner mit einer objektabgewandten, zurückgezogenen Dynamik. Ältere Männer, so die durch klinische Beobachtungen unterstützte erklärende Hypothese, die zu massivem Rückzug von den Objekten neigen (vergl. [26]) kommen noch seltener in psychotherapeutische Behandlung als ähnliche jüngere Männer [27,31].

Das suizidale Erleben der untersuchten älteren Patienten weist auf lebenslange intrapsychische Konfliktthemen hin, die die (männliche) Identität, den Selbstwert und den Kernkonflikt um Fusions- und Abgrenzungswünsche betreffen. Der Körper nimmt dabei eine zentrale und altersspezifische Rolle ein: Körperliche Veränderungen und Einschränkungen führen zu einer Destabilisierung einer oft lebenslangen Abwehr und damit zu einem Erleben verdrängter Ängste, Unsicherheiten und Ungeborgenheitserfahrungen. Dies wird mit suizidalen Fantasien und suizidalem Agieren sowohl abgewehrt als auch ausgedrückt.

In den Beziehungen dieser Männer, besonders zu Liebespartnerinnen und Kindern wird sowohl eine Stabilisierung als auch die Gefahr der Destabilisierung eines unsicheren Selbsterlebens deutlich.

In der Psychotherapie finden sich spezifische Übertragungssituationen, in denen sich der jüngere Therapeut mit Anteilen des kindlichen Erlebens des Patienten identifiziert.

Diese Hypothesen lassen sich vor dem Hintergrund einiger psychoanalytischer metatheoretischer Konstrukte diskutieren. Dies verankert sie zwar im Kanon psychoanalytischer klinischer Theorien, bietet aber noch keine Verifizierung, denn eine psychodynamische Deutung kann zwar nachvollziehbar logisch und doch den Fall betreffend unwahr sein:

Suizidalität und Körper im Alter

Bereits Freud sah im eigenen Körper ein Objekt, das zugleich als fremd und als eigen erlebt werden kann. Er sah im Schmerz den Ursprung allen körperlichen Selbsterlebens [9]. Körperliche Veränderungen im Alter werden demnach vor dem Hintergrund einer lebenslangen Geschichte von Körpererfahrungen, angefangen bei den frühesten Wahrnehmungen von Hunger, Durst, Kälte und ihrer „Behandlung“ durch die elterlichen Versorgungspersonen erlebt und interpretiert. Reale körperliche Erfahrungen, z. B. als Schmerz rühren an diese im Körper repräsentierten Erfahrungen an, reaktualisieren sie und stellen zugleich die bisherige Körperabwehr infrage. So lockert der Schmerz die Abwehr früher, im Körper repräsentierter Erfahrungen, bringt sie dem Bewusstsein näher, wodurch sie erneut Abwehrprozessen unterliegen.

Zu diesen abgewehrten Erfahrungen zählt auch der frühe Neid als ein konstitutioneller Faktor [28], wie er von Melanie Klein [29] beschrieben wurde: Ein neidischer Angriff auf das gute Objekt ist untrennbar verbunden mit depressiver Angst, das gute Objekt zu zerstören. Klein sah im Neid auch einen Aspekt des destruktiven und suizidalen Angriffs auf das Leben [30]. Herr A fühlte sich durch die Klärung seiner aversiven Übertragungsgefühle als Neid verstanden und entlastet.

Ähnlich, wie bei den jüngeren Männern des Idealtyps „Gekränkt“ dient der Körper bei den älteren Patienten als Medium einer labilisierten Abwehr aggressiver und neidischer Impulse, jedoch auch von Gefühlen der Leere und einer tief greifenden Unsicherheit in der männlichen Identität.

Dabei weisen gerade die körperbezogenen suizidalen Dynamiken der fünf untersuchten suizidalen Patienten auf Konflikte aus dem Themenbereich frühen Erlebens von Verlust, existenzieller Verunsicherung und mangelnder Resonanz durch die versorgenden Objekte hin. Die damit verbundenen Affekte werden aggressiv abgewehrt, können erneut projiziert werden und zwar sowohl (destruktiv) auf den eigenen Körper als auch auf andere Objekte (wichtige Personen oder auch Dinge). Das Konzept des Aktualkonflikts im Alter ([10] S. 107 ff), nach dem die akute Symptomatik ausschließlich auf altersspezifische äußere Lebensbelastungen oder intrapsychische Entwicklungskonflikte zurückgeführt wird, übersieht, dass manche frühen Konflikte aus Kindheit und Jugend im Lebensverlauf gut kompensiert sein können, im Alter aber wieder symptomatisch werden können.

Übertragung

Die beschriebenen Übertragungsbeziehungen bestätigen die Altersspezifität von Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie älterer Patienten. Radebold [10, 11] beschrieb die „umgekehrte Übertragungskonstellation“, eine Übertragungssituation zwischen (deutlich) älterem Patienten und jüngeren Therapeuten, in der vom Patienten unbewusste Wünsche, Fantasien, Befürchtungen, die sich auf nahestehende jüngere Familienmitglieder (Geschwister, Kinder, Enkel) richten auf den Therapeuten projiziert werden und auch der Therapeut/die Therapeutin sich im Rahmen seiner oder ihrer emotionalen „Antwort“ auf den Patienten in der komplementären Rolle wieder findet. Diese Situation gilt es zu erkennen, um Verstrickungen im Sinne der Wiederholung unbewusster dysfunktionaler Beziehungsmuster zu vermeiden. Dabei kann, wie beim Fall von Herrn H die Übertragungskonstellation zwischen der „regelhaften“ und der „umgekehrten“ Übertragung recht rasch oszillieren.

Beziehungen

Ein bedeutsamer Unterschied zwischen älteren und jüngeren Patienten liegt in der Anwesenheit und der Bedeutung wichtiger, langjähriger Beziehungen. Während alle Patienten, bis auf den Einzigen über 60-jährigen in der jüngeren Vergleichsgruppe keine lang anhaltenden Liebesbeziehungen hatten, gab es in der Gruppe der Älteren intensive, meist hochambivalente Beziehungen zu Partnerinnen, aber auch zu Kindern, gekennzeichnet durch massive Konflikte und Trennungen. Die Ambivalenz geht dabei soweit, dass die Beziehungen zu Partnerinnen und Kindern sowohl suizidale Krisen auslösen, als auch, wie im Fall von Herrn H und Herrn L und zum Teil auch Herrn A die Patienten an ein Weiterleben binden, z. B. um den Kindern nicht die emotionale Erfahrung (von Schuld, Verzweiflung und Ärger) zuzumuten, die mit dem Suizid eines Elternteils verbunden wäre [38]. Hier entsprechen die Kinder offensichtlich einem stabilisierenden, aber, wie im Fall von Herrn T auch bedrohlichen Objekterleben eines „Selbstobjekts“, in dem eine als unentbehrlich erlebte nahe Person als „Stütze des eigenen Selbst“ ([32], S. 65, zit. n. [33]) erlebt wird.

Methodik

Die in dieser Arbeit präsentierten Besonderheiten suizidaler älterer Männer haben nicht den Stellenwert idealtypischer Konstrukte. Vielmehr stellen sie Arbeitshypothesen dar, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Repräsentativität haben und deren Häufigkeit in der Gruppe suizidaler älterer Männer nicht geklärt ist. Der durchgeführte Fallvergleich dient demnach lediglich dem systematischen Auffinden von Hypothesen im Sinne einer heuristischen Findeforschung. Allerdings bietet die Methode der verstehenden Typenbildung die Möglichkeit, den Weg nachzuvollziehen, der von Einzelfällen zu den Hypothesen beschritten wurde, demnach den Prozess der Hypothesenbildung ggf. auch zu falsifizieren und auch die Hypothesen anhand eigener Fälle zu überprüfen.

Psychodynamische und technisch-psychotherapeutische Theorien zur Behandlung älterer Patienten sind angesichts der demografischen Entwicklung von besonderem Interesse. In weiteren Untersuchungen soll angesichts der bisher niedrigen Fallzahlen zunächst mit systematischen qualitativen Methoden die klinische Relevanz der Hypothesen überprüft und eine empirische Validierung vorbereitet werden.

Förderung



Diese Arbeit wurde vom Forschungskolleg Geriatrie der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Danksagungen



Der Autor bedankt sich bei G. Fiedler, B. Fitschen, B. Reiche, U. Stuhr, G. Strehlow (Arbeitsgemeinschaft qualitative Psychotherapieforschung am UKE) und M. Goldblatt und J. T. Maltsberger (Boston Suicide Study Group) für wichtige Diskussionsbeiträge im Prozess der Erstellung der Arbeit.

Fazit für die Praxis

Ältere Männer, die wegen ihrer Suizidalität in Psychotherapie kommen, haben ambivalente, konfliktreiche Beziehungen zu Partnerinnen und zu Kindern. Der Körper gewinnt im suicidalen Erleben eine zentrale Bedeutung, die auf die, der Suizidalität zugrunde liegende Konfliktthematik hinweist. Das Übertragungsgeschehen kann durch narzisstisch-aggressive und durch anhänglich-abhängige, regelhafte und umgekehrte Übertragungsmuster gekennzeichnet sein.

Literatur

- 1 Schmidtke A, Sell R, Löhr C. Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Z Gerontol Geriatr* 2008; 41: 3–13
- 2 Barnow S, Linden M. Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis* 2000; 21: 171–180
- 3 Raue PJ, Meyers BS, Rowe JL et al. Suicidal ideation among elderly homecare patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 22: 32–37
- 4 Wolfersdorf M. Der suicidal Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2000
- 5 Gerisch B, Fiedler G, Gans I et al. Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab: Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Kimmerle G, Hrsg. Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Tübingen: Edition discord; 2000; 9–64
- 6 Duberstein PR, Conwell Y, Cox C. Suicide in widowed persons. A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 4: 328–334
- 7 Götze P. Narzissmus und Suizidalität im höheren Lebensalter. *Psychotherapie im Dialog* 2004; 5: 278–282
- 8 Teising M. 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 suicidalen Erlebens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1999; 99–120
- 9 Freud S. Das Ich und das Es GW XIII. Frankfurt: Fischer; 1923; 237–289
- 10 Heuft G, Kruse A, Radebold H. Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München: Ernst Reinhardt; 2000
- 11 Radebold H. Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin: Springer; 1992
- 12 Gallagher-Thompson D, Hanley-Peterson P, Thompson L. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 62: 543–549
- 13 Scogin F, McElrath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 66: 69–74
- 14 McIntosh JL. Elder suicide - Research, theory and treatment. Washington: American Psychological Association; 1994
- 15 Erlemeier N. Suizidalität und Suizidprävention im Alter (Bd. 212). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer; 2001
- 16 Wei W, Sambamoorthi U, Olsson M et al. Use of psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 711–717
- 17 Martindale B. Becoming dependent again: The fears of some elderly persons and their younger therapists. *Psychoanalytic Psychotherapy* 1989; 4: 67–75
- 18 Heifner C. The male experience of depression. *Perspectives in psychiatric care* 1997; 33: 10–18
- 19 Alvidrez J, Arean PA. Physicians willingness to refer older depressed patients for psychotherapy. *Gerontologist* 2002; 32: 392–398
- 20 Schwartz A, Wiggins OP. Diagnosis and ideal types: A contribution to psychiatric classification. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28: 227–291
- 21 Weber M. Die „Objektivität“ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Weber M. Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen: Mohr; (1988 1904); 146–214
- 22 Wachholz S, Stühr U. The concept of ideal types in psychoanalytic follow-up research. *Psychotherapy Research* 1999; 9: 327–341
- 23 Lindner R. Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2006
- 24 Elliott R, Fischer CT, Rennie DL. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology* 1999; 38: 215–229
- 25 Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen (1. Aufl.). Bern: Huber; 1991
- 26 Steiner J. Psychic retreats. Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients. London: Routledge; 1993
- 27 Lindner R. Aggression und Rückzug bei Suizidalität im Alter. *Suizidprophylaxe*; 2009; 36: 42–46
- 28 Fonagy P. Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 190–192
- 29 Klein M. Envy and gratitude. In: Klein M. The writings of Melanie Klein. Vol 3: Envy and gratitude and other works. London: Hogarth Press; (1957 1975); 176–235
- 30 Fonagy P. Being envious of envy and gratitude. In: Roth P, Lemma A, Hrsg. Envy and gratitude revisited. London: International Psychoanalytical Association; 2008; 201–210
- 31 Lindner R, Fiedler G, Altenhöfer A et al. Psychodynamic ideal types of elderly suicidal persons based on counter transference. *Journal of Social Work Practice* 2006; 20: 347–365
- 32 Milch W. Lehrbuch der Selbstpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer; 2001
- 33 Klöpper M. Reifung und Konflikt. Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Mentalisierungskonzept in der tiefenpsychologischen Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2006