

CHRONISCHE SUIZIDALITÄT FUNKTION UND GEGENÜBERTRAGUNG

THOMAS GIERNALCZYK, JÜRGEN KIND

Zusammenfassung

Die Autoren beschreiben chronische Suizidalität als intrapsychischen und interpersonellen Regulationsvorgang, der in psychischen Notlagen wiederholt auftritt. Ausgelöst wird chronische Suizidalität durch drohenden Objektverlust, Verschmelzungsangst sowie durch narzißtische Kränkungen. Chronische Suizidalität wird auf gestörte frühe Objektbeziehungen zurückgeführt und in aktuellen Beziehungen aktiviert. Zentrale Themen der chronischen Suizidalität sind Haß und Aggression. In der Therapie mit chronisch Suizidalen muß deshalb besonderer Wert auf die Handhabung des Gegenübertragungshasses gelegt werden. Abschließend werden Strategien für den Umgang mit erpresserischer Suizidalität im Rahmen der Gegenübertragungskonstellation des manipulierten Objektes vorgestellt.

Schlüsselwörter chronische Suizidalität - Objektverlust - Verschmelzungsangst - narzißtische Kränkung - Gegenübertragungshaß - erpresserische Suizidalität - Gegenübertragungskonstellation des manipulierten Objekts

Summary

The authors describe chronical suicidal behaviour as an intrapsychic and interpersonal regulating process, which occurs repeatedly in situations of psychic distress. Chronical suicidal reactions are triggered by imminent objectloss, anxiety of fusion and narcissistic crises. Chronical suicidality depend on disturbances in early object relations which are reactivated in present relationships. Important unconscious topics of chronical suicidal reactions are hate, aggression and guilt. In therapy the handling of countertransference, hate is of great importance. Strategies for dealing with extortionate suicidal crises within the framework of „countertransference of the manipulated object“ are introduced.

Keywords chronical suicidal crisis - object loss - anxiety of fusion - narcissistic crises - countertransference hate - extortionate suicidal reaction - countertransference of the manipulated object

1. Einführung

Für den größeren Teil suizidaler Menschen stellt Suizidalität eine einmalige Phase im Leben dar. Immerhin 30 % von ihnen leiden dagegen unter chronischer Suizidalität. Sie erleben über Jahre immer wieder suizidale Krisen und verüben oft mehrere Suizidversuche. Beinahe die Hälfte von ihnen stirbt innerhalb von 10 Jahren nach dem ersten Suizidversuch durch Suizid (Henseler 1974, 157). Damit stellen chronisch Suizidale eine besonders gefährdete Gruppe dar und erfordern eine sorgfältige Behandlung. Schon durch die wiederkehrende Gefährdung ist die Therapie mit chronisch suizidalen Menschen mit besonderen Schwierigkeiten für Therapeutinnen und Therapeuten verbunden. Oft erleben sich diese ohnmächtig, wenn ihre Patienten trotz laufender Behandlungen in weitere suizidale Krisen geraten und Suizidversuche begehen. Damit wird die Wirksamkeit der eigenen Therapie in Frage gestellt, und die Therapeuten müssen unangenehme Gegenübertragungen ertragen und kontrollieren. Diese Belastungen führen nicht selten zu einem schwer auflösbaren Clinch in der therapeutischen Beziehung (Giernalczyk 1994). Hinzu kommt, daß bei chronisch suizidalen Patienten das unbewußte Beziehungsangebot meist von Haß und Aggression durchsetzt ist und Therapeuten diesen Inhalten auch in ihrer Gegenübertragung begegnen. Das Erleben von Haß und Aggression stellt wohl für jeden Menschen eine besondere Belastung dar. Wer mit chronisch suizidalen Patienten arbeitet, ist häufig nicht der erste Therapeut seines Patienten. Er steht in einer Kette von Behandlern und muß sich darum mit der Fra-

ge auseinandersetzen, ob er mehr erreichen kann als seine Vorgänger, seien es nun niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen oder Kliniken.

Im folgenden werden wir uns ausführlicher mit der Funktion chronischer Suizidalität und mit den Schwierigkeiten der Gegenübertragung auseinandersetzen.

Bei Durchsicht der Literatur erschienen uns u.a. folgende Arbeiten zu diesem Themenkreis von besonderer praktischer Bedeutung: Maltzberger und Buie (1974) haben eine ausführliche Studie zum Gegenübertragungshaß präsentiert, Henseler (1974 und 1981) belegte die Bedeutung der narzißtischen Krise für chronische Suizidalität. Kind (1992) untersuchte chronische Suizidalität für Patienten auf Borderline-Niveau und Giernalczyk (1994) konzentrierte sich auf Beziehungsfällen in der Interaktion mit Suizidalen. Neben unseren Erfahrungen aus der Klinik, einer Suizidambulanz und aus unserer psychotherapeutischen Praxis werden wir uns hauptsächlich auf die Ergebnisse dieser Arbeiten beziehen. Das Verständnis chronischer Suizidalität als der wiederholte Versuch, Objektbeziehungen zu verändern, ist der Rahmen, in dem wir das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen in der Behandlung chronisch Suizidaler untersuchen. Dabei zeigt sich, daß die Suizidalität verschiedene intrapsychische Funktionen erfüllen kann und rasch in die therapeutische Beziehung hineinkommt. Sie bleibt nicht im Da und Dort, sondern wird durch die Übertragung im Hier und Jetzt realisiert.

2. Psychische Funktionen chronischer Suizidalität

Es gehört zu den gesicherten Befunden, daß suizidale Krisen durch spezifische Auslöser hervorgerufen werden. In diesem Punkt unterscheiden sich einmalig suizidale Menschen nicht von Menschen mit chronischer Suizidalität. Auch sind sie nicht immer im gleichen Maß suizidal, sondern geraten wiederholt durch spezifische Situationen in suizidale Zustände. Häufig sind die Auslöser für Suizidalität Kränkungen, Enttäuschungen und Trennungen, aber auch Angst vor zu großer Nähe (Verschmelzung) mit wichtigen Menschen. Während Menschen mit einmaliger Suizidalität in der Regel derartige Auslöser durch Abwehrmechanismen wie Verleugnung und Verdrängung ausgleichen können und dann nicht suizidal werden, gelingt es den chronisch suizidalen Menschen nicht so leicht, sich darüber zu stabilisieren. Bei ihnen stellt die Suizidalität die psychische Leistung dar, mit der sie versuchen, eine derartige Krise zu überwinden. Daraus folgt, daß chronisch suizidale Menschen in der Regel aufgrund ihrer Persönlichkeit vulnerabler sind als die nur einmalig suizidalen Patienten. Ein großer Teil chronisch suizidaler Menschen weist aus diagnostischer Sicht eine frühe Störung im Form einer Borderline- oder narzißtischen Persönlichkeitsstörung auf, die gewissermaßen als eine strukturelle Bedingung für die wiederkehrende Suizidalität angesehen werden kann. Außerdem ist davon auszugehen, daß Suizidalität nicht in erster Linie bedeutet, daß diese Menschen tot sein wollen, vielmehr müssen sie den Tod als Möglichkeit in Kauf nehmen, um eine derartige psychische Krise zu kompensieren.

2.1 Regulation von Näheängsten

Fallvignette: Die 24 jährige Verkäuferin hat seit ihrem 15. Lebensjahr zahlreiche Suizidversuche begangen. Immer wieder spürt sie den Impuls, "nicht mehr zu funktionieren". Sie sucht dann eine nahegelegene Brücke auf und will sich in die Tiefe stürzen. Ist ihr Impuls nicht so stark, reicht es ihr, auf der Brücke zu stehen und die Gewißheit zu haben, springen zu können. Manchmal war der Impuls jedoch zu stark, und sie sprang. Zum Glück hat sie ihre Suizidversuche bisher überlebt und wurde schon einige Male mit schweren Frakturen in Kliniken behandelt. In der Therapie fiel es ihr zunächst sehr schwer, die Hypothese zu akzeptieren, daß bestimmte Situationen in ihr unbewußte Regungen auslösten, die sie dann als den bewußten Impuls wahrnahm, zu einer Brücke laufen zu müssen. Nannte sie ihren Impuls, den Wunsch, "nicht mehr zu funktionieren", so fiel auf, daß sie in bezug auf ihre Partnerschaft oft davon sprach, dort nun "wirklich funktionieren" zu müssen. Das mehrmalige Besprechen der Situationen die zu dem Impuls führten, verdeutlichten, daß sie ihn immer dann spürte, wenn es mit ihrem Lebenspartner "eigentlich sehr gemütlich und harmonisch" war. Vor diesem Hintergrund bekommt nun ihr Impuls eine psychische Funktion. Bildlich gesprochen, hilft ihr die Suizidalität, sich aus einer Situation zu befreien, die intime und symbiotische Qualität hat. Unbewußt mögen bei ihr in diesen Situationen regressive Ängste ausgelöst werden, mit einem Objekt symbiotisch zu ver-

schmelzen. Die wiederkehrenden suizidalen Impulse können somit als antifusionäre Suizidalität (Kind 1992) verstanden werden, die sie vor zu großer Nähe schützt und eine Abgrenzung im Diesseits ermöglichen soll.

2.2 Chronische Suizidalität als Mittel der Kontaktherstellung

Chronische Suizidalität ist nicht aus sich heraus persistent, sondern weist auf einen chronischen Zustand hin, in dem Patienten von der Angst, verlassen zu werden, einsam zu sein und nicht geliebt zu werden, mehr oder weniger bewußt gequält werden. Aus dieser Perspektive dient chronische Suizidalität als ein verzweifertes Mittel dazu, andere Personen über die Suizidalität zu Kontakt und Anteilnahme zu zwingen, auf das dann zurückgegriffen werden muß, wenn keine anderen Möglichkeiten mehr zur Verfügung stehen.

Die schon mehrfach erwähnte Angst vor Objektverlust hängt damit zusammen, daß chronisch suizidale Menschen das entwicklungspsychologische Stadium der Objektkonstanz nicht erreicht haben. Bei ihnen dominiert vielfach der Abwehrmechanismus der Spaltung. Gute und böse Objekte bleiben streng voneinander getrennt. Die Patienten leben oft in einer Welt von nur guten und nur bösen Menschen. Gefühlsmäßige Abstufungen stehen ihnen meist nicht zu Verfügung. Dieser Abwehrmechanismus der Spaltung dominiert bei Personen mit schweren narzißtischen Störungen und bei Menschen, die auf Borderline-Organisationsniveau funktionieren. Zwei Störungsformen, die neben Depression häufig Hintergrund für chronische Suizidalität sind. Spaltung hat die psychologische Funktion, gute Objekte vor dem Einfluß böser Objekte zu schützen. Auf der Beziehungsebene führt Spaltung jedoch dazu, daß die betroffenen Menschen oft eine Reihe von Beziehungsverlusten hinnehmen mußten. Immer wieder haben sie erlebt, daß sich Freunde in Feinde verwandeln. Ausgangspunkt für diese Verluste sind in der Regel Enttäuschungen, Ärger und Wut, die sie für Freunde empfinden. Dominieren die negativen Gefühle, dann können keine positiven Gefühle für die Interaktionspartner mehr aufrechterhalten werden. Sie wollen und können dann mit dem anderen nichts mehr zu tun haben und sind wieder etwas mehr isoliert. Zur Veranschaulichung möchten wir die Situation einer Patientin erläutern, die aufgrund ihres Spaltungsmechanismus ihre Tochter "verliert". Die angesprochene Frau hatte eine Verabredung mit ihrer 15jährigen Tochter, die nicht bei ihr, sondern beim geschiedenen Vater lebt. Kurz vor dem Termin ruft die Tochter sie an und erklärt, daß sie die Mutter nicht besuchen will, weil sie lieber mit ihren Freundinnen in ein Jugendzentrum gehen möchte. Darüber ärgert sich die Mutter sehr. Sie schreit ihre Tochter am Telefon an, daß sie sich einen "Dreck" um sie scheren würde und daß sie nun nicht mehr ihre Tochter sei. Sie brauche sich nicht einzubilden, daß sie sie noch einmal sehen wollte, sie sei für sie nun gestorben. Kurz nach dem Telefonat fühlt sie sich sehr schlecht, einsam und meldet sich bei einer Suizidambulanz, um dort mit jemandem darüber zu sprechen, daß ihr Leben kein Sinn mehr habe und sie sich nun umbringen müßte. Dieses Beispiel verdeutlicht, daß

einer suizidalen Phase ein Objektverlust vorangeht, der damit zusammenhängt, daß Enttäuschung über eine Beziehungsperson nicht innerlich gegen die guten Seiten der Beziehung abgewogen werden kann, sondern die Beziehung derart überschwemmt, daß nichts Gutes mehr an ihr bleibt, so daß daraus die Konsequenz folgt, daß die Beziehung nichts mehr wert ist und nicht mehr besteht. Auch nach dem verständlichen Ärger über die Absage der Tochter, kann sich die Mutter nicht überlegen, daß es sich um eine punktuelle schwere Enttäuschung handelt und daß es trotzdem noch Verbindendes und Liebevollendes zwischen Mutter und Tochter geben kann. Auf dieser Grundlage ist die Mutter in bezug auf die Tochter vereinsamt. Menschen, die das Entwicklungsniveau der Integration erreicht haben und nicht auf Enttäuschung mit Spaltung reagieren müssen, könnten sich dagegen über die Tochter ärgern, ohne sie damit endgültig verdammen zu müssen. Sie haben gelernt, daß die gleichen Menschen manchmal gut zu ihnen sind und sie sich manchmal über sie ärgern müssen. Im obigen Beispiel wird außerdem deutlich, daß die Frau suizidal wird, nachdem sie ihre Tochter "verloren" hat. Im Kontakt zur Beratungsstelle hat die Suizidalität der Frau dann auch die Funktion, den Therapeuten an sich zu binden. Er darf sich nicht gleichgültig zeigen, sondern soll über die Suizidalität dazu gezwungen werden, ihr Zuwendung und Existenzberechtigung zu gewähren.

2.3 Kontakt über Erpressung bei chronischer Suizidalität

Jemanden über Suizidalität zum Kontakt zu zwingen hat oft den Charakter einer Erpressung. Im Therapeuten löst Erpressung das Gefühl, mattgesetzt zu sein, aus, er fühlt sich hilflos, ohnmächtig und wütend. Nachdem der Therapeut der Suizidambulanz eine Weile mit der Patientin telefoniert hat, verweist er auf einen persönlichen Termin und möchte das Gespräch beenden. Die Frau weiß dies jedoch über ihre ernste Suiziddrohung zu verhindern: "Wenn Sie jetzt einhängen, haben Sie mich auf dem Gewissen. Mir bleibt dann nichts anderes mehr, als auf die Schienen zu gehen, jetzt, wo ich nicht einmal mehr eine Tochter habe." Suizidale Erpressung funktioniert nach dem "Wenn-dann-Prinzip". Die Suizidale und der Therapeut kommen beide zunehmend zu dem Eindruck, daß Leben und Sterben der Patientin kausal vom richtigen oder falschen Verhalten des Therapeuten abhängen. Beiden Interaktionspartnern geht die Einsicht verloren, daß es diese enge Verknüpfung nicht gibt, weil die Patientin, auch wenn sie in psychischer Not ist, selbst entscheidet, ob sie weiterlebt, oder ob sie eine Suizidhandlung begehen wird. Erpressung hat damit auch eine aggressive Komponente. In dem Moment, wo das Telefonat beendet werden soll, droht die Patientin aggressiv mit ihrem Suizid. Der Therapeut bleibt davon nicht unberührt, sondern spürt Angst und Ärger.

Im voranstehenden Beispiel haben wir eine telefonische Situation erläutert, selbstverständlich ereignen sich erpresserische suizidale Interaktionen auch im direkten Kontakt beim niedergelassenen Therapeuten oder in der Klinik. In einer Therapiestunde meinte einmal ein Patient zu einem von uns

(J.K.): "Jetzt werden Sie mir gleich sagen, daß die Stunde vorbei ist, und mich mit meinem Elend allein lassen. Aber ich sage Ihnen, daß ich, wenn ich hier herausgehe, nicht wiederkomme, weil ich tot bin, bevor Sie in der nächsten Stunde mit mir weitersprechen wollen. Aber ich denke, das rührt Sie nur noch als Profi, der nicht gerne vom Staatsanwalt befragt wird."

In einer Klinik äußerte sich eine Patientin zu ihrem Stationsarzt folgendermaßen: "Egal, ob Sie mich auf die Geschlossene bringen oder mich doch ins Wochenende gehen lassen, Sie können mich am letzten Zug in diesem Spiel nicht hindern."

Kind (1986) hat für derartige Situationen den Begriff der „Gegenübertragungskonstellation des manipulierten Objekts“ kreiert. Der Therapeut übernimmt schrittweise die Gefühle seines Patienten, er fühlt sich hilflos und ohnmächtig und hat den Eindruck, nach der Pfeife seines Patienten zu tanzen. Ausgangspunkt für eine derartige Beziehungsdynamik sind die schon angesprochenen unbewußten Ängste des Patienten vor Objektverlust, das heißt Angst davor, vom anderen abgeschoben und verlassen zu werden. Häufig gehen dieser Situation Kränkungs-erlebnisse und Objektverluste voraus. Nach einer Kränkung werden frühe Ängste vor Objektverlust mobilisiert, und erpresserische Objektbindung über Suizidalität erscheint als letzte Möglichkeit, sich vor erneutem Objektverlust zu schützen. Objektverlustangst mobilisiert auch Aggression. Diese richtet sich dann auf den Therapeuten, der sadistisch kontrolliert und an einer Trennung gehindert werden soll. Der wichtigste zugrundeliegende Abwehrmechanismus für diese Situation liegt in der projektiven Identifikation (Ogden 1988, Kernberg 1993). Der Patient fühlt sich selbst hilflos und ohnmächtig seinem Therapeuten ausgeliefert, da er meint, diesen für sein Überleben unbedingt zu brauchen. Durch Projektion eigener Wut auf den Therapeuten und kommunikativen Druck durch entsprechende verbale Äußerungen entstehen diese Gefühle auch im Erleben des Therapeuten. Auf diese Weise gelingt es dem Patienten, sein Gefühl der Auslieferung auf den Therapeuten zu verlagern und damit zugleich jene Kontrolle über den Therapeuten zu entwickeln, der er sich selbst ausgeliefert sieht. In dieser Situation ist die Suizidalität des Patienten wie eine Geiselnahme organisiert. Er nimmt sein Leben als Geisel, um damit den Helfer unter Druck zu setzen (Kind 1992). Durch die erpresserische Suizidalität soll der Therapeut dazu gebracht werden, den Patienten eben nicht abzuschieben. So erpreßt, fühlt sich der Therapeut ähnlich hilflos und wütend wie sein Patient. Ohnmächtige und wütende Gefühle des Patienten werden über den erwähnten Vorgang der projektiven Identifikation teilweise im Helfer "untergebracht". Ein besonderes Risiko besteht darin, daß der hilflose Therapeut seinerseits wütend wird und nun den Patienten unter Umständen loswerden und abschieben will, wenn er seinen Gegenübertragungshaß nicht kontrolliert. Da er aber zugleich den Suizid des Patienten fürchtet, kommt er sich mattgesetzt und ohnmächtig vor.

Auf diese Weise entwickelt sich die Therapeut-Patient-Beziehung zu dem Punkt, den der chronisch suizidale Patient „immer schon“ kannte. Er erlebt wieder das Gefühl, nicht gewollt und deswegen abgeschoben werden zu sollen. Gelingt es dem Therapeuten, seine negativen und haßerfüllten Ge-

fühlsreaktionen bei sich zuzulassen, ohne sie in destruktives Handeln umzusetzen, ist ein wichtiger Punkt in der Behandlung erreicht. Es geht dann darum, sich nicht erpreßbar zu zeigen und die Angst des Patienten, abgeschoben zu werden, zu einem Schwerpunkt der Gespräche zu machen. Wird Suizidalität vor dem Hintergrund des Verlassenwerdens reflektiert, so wird sie für den Suizidalen und den Therapeuten verständlicher und besser erträglich, weil eine wichtige Funktion der Suizidalität zum Focus der Gespräche werden kann.

2.4 Die narzißtische Dimension chronischer Suizidalität

Chronisch Suizidale sind in der Regel sehr stark auf die narzißtische Bestätigung, das Lob und die Anerkennung ihrer Mitmenschen angewiesen. Das hängt damit zusammen, daß sie, entwicklungspsychologisch betrachtet, von ihrer primären Bezugsperson innerlich nicht hinreichend separiert sind. Deshalb suchen sie auch als Erwachsene Beziehungsmuster, in der es keine negativen Untertöne gibt. Sie wenden verstärkt die Abwehrmechanismen an, durch die sie vor der Wahrnehmung von Ärger und Konflikten geschützt werden. Unter Zuhilfenahme von Verleugnung und Verdrängung wird die Welt in gewissem Maße uminterpretiert. Nicht nur Schwierigkeiten werden ausgeblendet, auch die eigene Person wird dadurch erhöht. In dieser Selbstidealisation hat der chronisch Suizidale den Eindruck, daß die anderen Beziehungspersonen ihm unterlegen sind. Das Gegenstück zur Selbstidealisation ist die Entwertung von anderen. Auch sie dient dazu, die eigene Wertigkeit zu erhöhen: gemessen am entwerteten anderen steht der chronisch Suizidale noch gut da. Die Entwertung als Ausdruck von Aggression wird in der Regel vom Suizidalen abgespalten und nicht wahrgenommen. Aggressionen als solche wahrzunehmen stünde ja dem Bedürfnis nach harmonischen Beziehungen entgegen.

Wenn der chronisch Suizidale durch Enttäuschung oder Kränkung aus scheinbar ungetrübten Beziehungen herausgerissen wird, so gerät er in eine schwere narzißtische Krise, er entwickelt Wut, die die Beziehung zerstören könnte, und hat Sehnsucht nach einer nahen harmonischen Beziehung. So entstehende Suizidalität hat dann die unbewußte Funktion, sich in einen phantasierten Primärzustand zu retten, in dem es keine Beziehungskonflikte gibt. Dabei wird der Tod in Kauf genommen, um der Kränkung und der Scham auszuweichen (Henseler 1974, Henseler und Reimer 1981)

Fallvignette: Ein Patient war aufgrund bestimmter biographischer Erfahrungen dazu erzogen worden, sich als etwas ganz Besonderes zu fühlen und in der Welt hervorragende Aufgaben als Friedensstifter übernehmen zu müssen. Irgendwann würden ihn alle Menschen beachten, auf ihn schauen und in sich gehen. Diese Größenphantasie war sehr fest in ihm verankert, ließ sich aber, wie es mit Größenphantasien eben ist, nicht umsetzen. Ein Verzicht, verbunden mit der Anerkennung seiner eigenen Durchschnittlichkeit, war aber auch nicht möglich. In dieser Situation intrapsychischer Spannung zwischen realer und phantasierter Größe bildete sich eine ihn letztlich tragende, wenngleich gefährliche Suizidphantasie

heraus, die Phantasie, sich öffentlich umzubringen und dadurch die anderen dabei anwesenden Menschen zur inneren Umkehr zu bewegen. In Situationen, in denen sein Selbstwertgefühl in einen kritischen Zustand geriet, verhalf ihm diese Phantasie zur Stabilisierung. Gefährlich wurde es dann, wenn sich in besonders starken Kränkungs- und Enttäuschungssituationen die Suizidphantasie in Richtung Impuls verstärkte.

3. Spezifische Schwierigkeiten im Umgang mit chronisch suizidalen Patienten

3.1 Haß in Übertragung und Gegenübertragung

Chronisch suizidale Patienten leiden oft unbewußt an Ängsten vor Einsamkeit und Verlassenwerden. Eng im Zusammenhang damit stehen unbewußte feindliche und sadistische Impulse, die auf ihre Mitmenschen gerichtet sind. Dieser Haß hat wenig Als-ob-Qualität und hängt mit dem subjektiven Gefühl des Bedrohtwerdens zusammen. Ätiologisch entstehen die Themen Einsamkeit, Feindlichkeit und Sadismus teils durch reale traumatische Erfahrungen mit den Bezugspersonen der chronisch Suizidalen.

Chronisch Suizidale richten ihre unbewußten Haßgefühle auch auf den Therapeuten, der ihnen Hilfe anbietet. Wie Maltsberger und Buie gezeigt haben (1974), besteht dieser Haß meistens aus zwei Komponenten. Die eine ist Aversion, sie führt aus dem Kontakt heraus. Die andere ist Böswilligkeit, sie ist der Motor für die Aufrechterhaltung des Kontaktes. Auf der kommunikativen Ebene wenden sich die Patienten in suizidalen Krisen mit Provokation in Form von verbalen und indirekten Angriffen an ihren Therapeuten. Dessen Angriffspunkte sind seine eigenen überwertigen Überzeugungen. Zu ihnen gehören, allen Patienten helfen und zu allen eine liebevolle Beziehung aufbauen zu können. Auf der unbewußten Ebene der Kommunikation ist die Beziehung des chronisch Suizidalen zum Therapeuten stark von Projektionen dominiert. Im Grunde geht der chronisch Suizidale davon aus, daß der Therapeut auch ihn hassen und ablehnen wird. Diese projektiven Überzeugungen scheinen eigene Provokationen als Schutzmaßnahme zu legitimieren.

Aus dieser Perspektive führt der unbewußte Haß des chronisch Suizidalen in der Übertragung zu unbewußtem Gegenübertragungshaß des Therapeuten (Maltsberger und Buie 1974).

Wir möchten an dieser Stelle auf einen besonderen Umstand hinweisen, den Henseler unter dem Aspekt des "Übertragungsangriffs" beschrieben hat. Führt man sich vor Augen, daß der Auslöser für eine akute suizidale Krise Enttäuschung, Kränkung und Verlust eines signifikanten Menschen sind, so wird klar, daß sich dadurch mobilisierte Haßimpulse sich quasi ersatzweise auf den Therapeuten richten, der im Kontakt an Stelle des soeben verlorenen Objekts steht.

Im Therapeuten mobilisierte Haßimpulse stellen in der Therapie chronisch Suizidaler das schwierigste Behandlungsproblem dar. Je nach Regression führt dieser Therapeutenhaß zu unterschiedlichen Abwehrstrategien und zur wachsenden Gefahr, daß der Therapeut seinen Haß gegen den Patienten

ausagiert und damit die Gefahr eines Suizids erhöht. Ein Therapeut, der seinen Haß auf den Patienten verdrängt, wird vielleicht müde, denkt daran, was er nach der Stunde tun wird und wirkt eine Spur desinteressiert. Auf subtile nonverbale Weise vermittelt er so seinem Patienten indirekt seine negativen Gefühle, die der Patient unbewußt erwartet: Wieder wird er abgelehnt und nicht angenommen. Gelegentlich wenden Therapeuten Haßimpulse gegen sich, sie entwerten ihre Hilfe, fühlen sich hoffnungslos und schaden so ihrem Patienten auch, wenn sie vor dem Patienten kapitulieren und sich zurückziehen. Bei Reaktionsbildung zeigt sich der Therapeut überfürsorglich, er gibt zuviel und macht damit den Patienten kleiner und abhängiger als notwendig. Unterwirft sich der Therapeut seinem Patienten und geht in eine Opferhaltung, so verstärkt er die Aggression seines Patienten und erzeugt außerdem mehr Schuldgefühle in ihm, wenn er bemerkt, wie sich der Therapeut von ihm quälen läßt.

Der beste Schutz gegen antitherapeutisches Agieren besteht darin, daß Therapeuten mögliche Haßimpulse bewußt ertragen. Dabei ist die Vorstellung hilfreich, den Haß des Therapeuten als Signal dafür zu sehen, daß der Patient eine emotionale Beziehung zum Therapeuten hergestellt hat, die ihn dazu bringen soll, den Patienten zurückzuweisen, zu zerstören und zu verlassen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, dem chronisch Suizidalen klarzumachen, wie er dazu neigt, ihn so wie andere Personen in feindselige und letztlich zurückweisende Beziehungen zu verwickeln. Das ist kein einmaliger Vorgang, sondern muß immer wieder durchgearbeitet werden, wenn der Patient etwas tut oder sagt, womit der Therapeut provoziert oder entwertet wird. Eine chronisch suizidale Patientin reagierte ab und zu mit einem leisen, aber deutlich hörbaren "Zss," wenn ich etwas zu ihr sagte. Dadurch fühlte ich mich (T.G.) zurückgewiesen, unsicher und wütend.

Therapeut: "Mir fällt ihr "Zss" auf, wenn ich etwas sage"

Patientin: "Zss"

Therapeut: "Ja, genau wie jetzt gerade."

Patientin: "Zss kann viel bedeuten..."

Therapeut: "Und was hat es gerade eben bedeutet?"

Patientin: "Ich will das dann nicht hören, weil es nichts bringt."

Therapeut: "Wie meinen Sie das?"

Patientin: "Es geht doch um meinen Selbstmord, nicht um mein Zss."

Therapeut: "Wenn Sie mit "Zss" reagieren, komme ich mir zurückgewiesen vor, und so wird verhindert, daß wir über Ihre Probleme im einzelnen reden."

Damit der Therapeut feindseliges und zurückweisendes Verhalten deuten kann, muß er in der Lage sein, ein Interesse an seinem Patienten aufrechtzuerhalten. Wehrt er eigene Haßgefühle ab, so reduziert sich damit auch seine Kapazität, auf den Kontakt zu achten.

3.2 Therapeutisches Vorgehen bei erpresserischer Suizidalität

1. Indikatorfunktion von Ohnmacht und Wut

Aufgrund der Projektionsvorgänge ist es günstig, wenn der Therapeut sein Erleben von Ohnmacht und Wut auch als Indikator dafür versteht, daß der Patient möglicherweise ähnliche Gefühle (unbewußt) erlebt. Oft sind Situationen nur aus

der Sicht des Patienten aussichtslos. In der projektiven Identifikation erlebt der Therapeut die Welt vorübergehend ähnlich wie der Patient. Unter Umständen ist der Patient durch die "emotionale Ansteckung" des Therapeuten kurzfristig entlastet. Vor diesem Hintergrund sind heftige negative Gefühle des Therapeuten auch als Signale bzw. diagnostische Hinweise auf die emotionale Situation des Patienten und der Patient-Therapeut-Beziehung zu verstehen. In der Phase der suizidalen Erpressung ereignet sich zwischen Patient und Therapeut ein Beziehungsmuster, daß für den chronisch Suizidalen typisch ist. Beide Beteiligten erleben die emotionale Grundlage, die immer wieder zu suizidalen Krisen führt. Die Suizidalität ist dem Da und Dort ins Hier und Jetzt der Übertragung geraten und kann aktuell bearbeitet werden.

2. Dem Erpressungsversuch standhalten

Der Therapeut sollte der Erpressung nicht nachgeben. Früher oder später wird er sich immer abgrenzen müssen. Außerdem hat das vorläufige Einlenken auf erpresserisches Ansinnen den Nachteil, daß der Therapeut dadurch seinen Ärger verstärkt und sich damit dem Projektionsbild seines Patienten weiter annähert. Er kann jedoch mit dem Patienten klären, welche Motive hinter der Erpressung liegen, und versuchen, diese Motive zu legitimieren.

Das Grundmuster der Erpressung besteht darin, daß Therapeut und Patient glauben, daß der Therapeut durch Durchführen oder Unterlassen einer Handlung (im Beispiel das Einsetzen für die Klinikentlassung) direkt das Leben des Patienten retten oder verwirken könnte. Diese Einschätzung ist Bestandteil projektiver Vorgänge, bei denen die Objekte nicht vollständig getrennt erscheinen. Diese Vorstellung entspricht natürlich nicht der Realität, denn bei aller Not und gegenseitiger Abhängigkeit bleibt es die Entscheidung des Patienten, ob er Hand an sich legen wird. In einer erpresserischen Situation kann es von Nutzen sein, wenn der Therapeut die prinzipielle Möglichkeit zum Suizid des Patienten bestätigt und ihn gleichzeitig damit konfrontiert, daß er jedoch mit dem Suizid nicht einverstanden ist und weiter mit ihm in Kontakt bleiben will. Gefährlich ist es, den Kontakt zu dem Patienten abzubauen. Denn dadurch wird der gefürchtete Objektverlust des Patienten bestätigt und die Suizidalität des Patienten weiter verschärft.

3. Aggressive Impulse kontrollieren und verstehen

Der Therapeut sollte auf aggressives Agieren verzichten, da davon auszugehen ist, daß Ärger und Wut als zentrale Gegenübertragungsreaktionen auf sadistische Impulse des Patienten zu verstehen und nicht unbedingt Zeichen für erforderliche Settingveränderungen sind. Insbesondere Schutzmaßnahmen wie Verlegungen auf andere Stationen, Einweisungen und Medikamenteneinsatz, müssen auf ihr agierendes Potential in Erpressungssituationen hin überprüft werden.

4. Dem destruktiven Impuls einen konstruktiven Sinn geben

Gelingt es dem Therapeuten, die suizidale Erpressung als den speziellen Umgang des Patienten mit seinen Objekten in innerer Not zu erkennen, so bekommt sie sogar positive Seiten. Denn so gesehen ist sie ein Hinweis auf die innere Verfas-

sung des Patienten und auf einen vielleicht typischen Modus seiner Beziehungsgestaltung, die gerade dann, wenn sie sich zeigt, effektiv bearbeitet werden kann. Deshalb sollte der Therapeut versuchen, die suizidale Erpressung als Entwicklungsschritt in der Beziehung umzudefinieren, der evtl. dazu beiträgt, die unbewußte Dynamik der Suizidalität besser zu verstehen. Erpressung ist dann als (destruktiver) Schutzmechanismus gegen überwältigende Angst vor Einsamkeit und Abgeschoben sein zu verstehen.

5. Einbinden der Suizidalität in die gegenwärtige Behandlungssituation

Daraus ergibt sich, daß der Therapeut besonders für Hinweise auf aktuell auftretende (unbewußte) Verlassenheitsängste des Patienten sensibel sein sollte. Sind Erpressung und Suizidalität als Folge extremer Verlassenheitsangst zu verstehen, so kann dadurch die Suizidalität mitunter gemildert werden. Darüber hinaus ist es auch die Aufgabe des Therapeuten, an dieser Situation aufzuzeigen, wie der Patient ihn in eine feindliche und letztlich zurückstoßende Beziehung verwickelt (Giernalczyk 1999).

6. Vorsicht bei scheinbarer Entspannung

Gelingt die Objektbindung über manipulative Suizidalität nicht, dann folgt ihr mitunter ein Stadium resignativer Suizidalität (Kind 1992). Der Versuch, ein Objekt zu binden, wird dann aufgegeben, und die Interaktion beruhigt sich. Nach oftmals turbulenten Phasen einer Behandlung stellt sich eine Ruhe vor dem Sturm ein. In der Gegenübertragung des Therapeuten entwickelt sich eventuell das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, überflüssig zu sein, und der Therapeut "schaut hinter seinem Patienten her". Diese Art der Suizidalität ist weniger spektakulär, aber eher noch gefährlicher und schwerer zu handhaben als die manipulative Suizidalität. Kommt es zu einer Suizidhandlung, werden oft sehr harte Formen gewählt, die so zu verstehen sind, als sollte das Objekt durch diese drastische selbstzerstörerische Maßnahme wenigstens im Anschluß daran und immerhin nach dem Leben doch noch beeindruckt und bewegt werden.

4. Zusammenfassende Thesen

- (1) Chronische Suizidalität ist ein wiederholt notwendiger intrapsychischer und interpersoneller Regulationsvorgang. Man kann sie nicht nur als Zusammenbruch auffassen. Vielmehr ist sie eine psychische Leistung, die wie andere psychische Symptome als Folge wiederkehrender psychischer Notlagen auftritt. Nicht die Suizidalität an sich ist chronisch, sondern die dahinterliegenden Probleme sind es.
- (2) Hervorgerufen wird chronische Suizidalität z.B. durch Kränkungen, Trennungen und Enttäuschungen, die allgemein als drohender oder realer Objektverlust beschrieben werden können. Chronische Suizidalität wird aber auch durch Angst vor regressiver Verschmelzung mit dem Objekt ausgelöst.
- (3) Chronische Suizidalität resultiert aus frühen konflikthaften Objektbeziehungserfahrungen und ereignet sich somit in Beziehungen, auch wenn die Bezugsperson nicht anwesend ist.

- (4) Chronische Suizidalität ist damit in zweifacher Hinsicht in Beziehungen angesiedelt: Sie beruht auf frühen Beziehungserfahrungen und wird in aktuellen Beziehungserfahrungen aktiviert.
- (5) Durch Übertragungsprozesse gerät die Suizidalität in die Beziehung zum Therapeuten (Übertragungssuizidalität) und ist insofern eine indirekte Information über die objektale Seite der Suizidalität. Komplementär oder konkordant erlebt der Therapeut Aspekte der Suizidalität seines Patienten.
- (6) Zentrale Themen chronischer Suizidalität sind Haß und Aggression. Dementsprechend sind auch die Gegenübertragungen speziell auf diese Affekte gerichtet.
- (7) Gegenübertragungshaß entsteht als emotionale Antwort auf den Patienten. Der Patient provoziert und projiziert Haß von einem enttäuschenden Objekt auf seinen Therapeuten. Zentrale Angriffspunkte sind überwertige narzißtische Überzeugungen des Therapeuten (omnipotenter Heilungsanspruch, Liebesanspruch).
- (8) Chronische Suizidalität kann damit als der unbewußte Versuch gesehen werden, eine Objektbeziehung zu ändern, die mit anderen Mitteln nicht beeinflussbar erscheint.
- (9) Chronische Suizidalität ist nicht unbedingt Ausdruck eines primären Wunsches zu sterben, vielmehr wird der Tod in Kauf genommen, wenn keine *andere Möglichkeit zur Objektänderung* gesehen wird.

Literatur

- Giernalczyk, T.: Beziehungsfallen und Gegenübertragungsverstrickungen in der Therapie mit Suizidalen. In: Beck, M., Meyer, B. (Hg.): Krisenintervention. Konzepte und Realität. Tübingen Reihe 14, DGVT-Verlag, Tübingen 1994.
- Giernalczyk, T.: Suizidalität bei Borderline- und narzißtischer Persönlichkeitsstörung. In: Ders. (Hg.): Zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen. DGVT-Verlag, Tübingen 1999.
- Henseler, H.: Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Westdeutscher Verlag, Opladen 1974.
- Henseler, H., Reimer, C.: Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Frommann-Holzboog, Stuttgart 1981.
- Kernberg, O.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt 1993.
- Kind, J.: Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992, 2. Auflage 1996.
- Kind, J.: Manipuliertes und aufgegebenes Objekt. Zur Gegenübertragung bei suizidalen Patienten. Forum Psychoanal., 1986 2: 228-239
- Maltsberger, J.T., Buie, D.H.: Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. Arch. Gen. Psychiat. 1974, 30, S. 625-633.
- Ogden, T.: On Projective Projection. Int. J. Psychonal. 60:357-273 (Dt.: Die Projektive Identifikation. Forum Psychoanal. 1988, 4, 1-21).

Dr. phil. Thomas Giernalczyk

Franz-Joseph Str. 35 • 80801 München

Dr. med. Jürgen Kind

Theaterstraße 17 b • 37073 Göttingen