

Benigna Gerisch
Suizidalität

Viele Begriffe, die wir aus der Psychoanalyse kennen, blicken auf eine lange Geschichte zurück und waren zum Teil schon vor Freuds Zeit ein Thema. Einige Begriffe haben längst den Weg aus der Fachwelt hinaus in die Umgangssprache gefunden. Alle diese Begriffe stellen heute nicht nur für die Psychoanalyse, sondern auch für andere Therapieschulen zentrale Bezugspunkte dar.

Die Reihe »Analyse der Psyche und Psychotherapie« greift grundlegende Konzepte und Begrifflichkeiten der Psychoanalyse auf und thematisiert deren jeweilige Bedeutung für und ihre Verwendung in der Therapie. Jeder Band vermittelt in knapper und kompetenter Form das Basiswissen zu einem zentralen Gegenstand, indem seine historische Entwicklung nachgezeichnet und er auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Diskussion erläutert wird.

Alle Autoren sind ausgewiesene Fachleute auf ihrem Gebiet und können aus ihren langjährigen Erfahrungen in Klinik, Forschung und Lehre schöpfen. Die Reihe richtet sich in erster Linie an Psychotherapeuten aller Schulen, aber auch an Studierende in Universität und Therapieausbildung.

Unter anderem sind folgende Themenschwerpunkte in Planung:
Infantile Sexualität | Soziale Ängste | Suizidalität | Borderline-Störungen
Depression | Triangulierung | Essstörungen | Übertragung/Gegenübertragung | Adoleszenz | Fetischismus

Bereits erschienen sind:

BAND 1 Mathias Hirsch: Trauma. 2011.

BAND 2 Günter Gödde, Michael B. Buchholz: Unbewusstes. 2011.

BAND 3 Wolfgang Berner: Perversion. 2011.

BAND 4 Hans Sohni: Geschwisterdynamik. 2011.

BAND 5 Joachim Küchenhoff: Psychose. 2012.

Benigna Gerisch

Suizidalität

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2012 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche
Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung
elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Hanspeter Ludwig, Wetzlar

www.imaginary-world.de

Satz: Mirjam Hensel, Wetzlar

Druck: BELTZ Bad Langensalza GmbH

Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-2113-7

Inhalt

Vorwort	7
Einführung	13
Zur frühen Geschichte psychoanalytischer Konzeptionen der Suizidalität	21
Das Melancholiemodell der Suizidalität	23
Die Todestriebtheorie der Suizidalität	26
Weiterentwicklung psychoanalytischer Erklärungsmodelle der Suizidalität	29
Die Narzissmustheorie	29
Die Objektbeziehungstheorie	35
Übergangsbereich I	36
Übergangsbereich II	39
Zur Konzeptualisierung der Suizidalität in der heutigen Psychoanalyse	42
Suizidalität und das Beziehungsparadigma	43
Suizidalität und katastrophische Trennungsängste	49
Suizidalität, Intersubjektivität und Neue Medien	60
Schauplätze und Varianten des Suizidalen	64
Die sprachlosen Inszenierungen suizidaler Menschen	64
Das Unausdrückbare tobt	68
Fantasie und Metapher	72
Der Körper als Leibbühne intrapsychischer Katastrophen	76

Suizid, Geschlecht und Gender	79
Identitätsbildung	80
Die projektive Verwendung des Körpers	82
Unterschiede in der Genese der Aggressionsentwicklung	83
Suizidalität und Selbstoptimierung	86
Ästhetisierende und destruktive Körperpraktiken	88
Der Körper als Überbringer schlechter Nachrichten	92
Psychoanalytische Psychotherapie mit suizidgefährdeten Patienten	96
Der Erstkontakt: suizidale Szenen	98
Die Behandlungsphase: Selbstreflexion und Anerkennung	103
Die Abschlussphase: sinnhafte Kontextualisierung	106
Behandlungsklappen: Komplikationen im therapeutischen Setting	109
Das traumatische Introjekt und der Gegenübertragungshass	110
Die sexualisierte und manipulative Übertragung	115
Sexualisierendes Agieren und Abstinenzverletzungen	116
Acting-out und Acting-in	119
Plädoyer für einen angemessenen Zeitrahmen psychotherapeutischer Behandlungen – Schlussbemerkung	125
Literatur	129

Vorwort

Die wirklichen Schauplätze, die inwendigen, von den äußeren mühsam überdeckt, finden woanders statt [...]. Einmal in dem Denken, das zum Verbrechen führt, und einmal in dem, das zum Sterben führt.

Ingeborg Bachmann

Es hat in allen bekannten Kulturen und Epochen – von der Antike bis zur Gegenwart – Formen des Suizids gegeben, und er zieht sich bis heute durch alle Gesellschaftsformen und sozialen Schichten. Er betrifft beide Geschlechter, gleichwohl mit einer Vielzahl divergierender Ursachen und intrapsychischer Konfliktkonstellationen, unterschiedlichster Ausführungsmuster, Motive und Tötungsmittel, die vom Idiosynkratischen bis zum Stereotyp reichen. Vor dem Suizid als einer nur dem Menschen eigenen Möglichkeit des Handelns und selbst vor suizidalen Fantasien, Gedanken und Erlebensweisen ist keiner gefeit. Den meisten, wenn nicht gar allen Menschen ist der Gedanke an ein eigenmächtiges Ende, insbesondere aus der verstörenden Phase der Adoleszenz, durchaus vertraut, wie es bereits Albert Camus (1985) bemerkte. Der Prominente, der vielleicht als schön, reich und glücklich gilt, kann ebenso betroffen sein wie der Arbeitslose, Kranke oder schlicht Unglückliche. Darüber hinaus unterläuft die relativ niedrige Suizidrate in Kriegs- und Krisengebieten im Vergleich zu jener in der westlichen Wohlstandswelt die traditionelle Unterscheidung von guten bzw. »echten« Gründen einerseits sowie von schlechten bzw. »hysterischen« andererseits. Die markante Differenz indes liegt zwischen denen, die ihr eigenmächtiges Ende nur fantasieren,

und jenen, die diese Fantasien und Gedanken in Handlungen (Suizid oder Suizidversuch) umsetzen.

Auch wenn die weit niedrigere Rate der Verkehrstoten und von Gewaltopfern als ungleich größeres Skandalon unserer Zivilisation wahrgenommen wird als die der Suizidtoten, so zeigt ein Blick auf die nüchternen Zahlen, dass das Ausmaß der Suizidproblematik nach wie vor eine außerordentliche Brisanz hat. Und sie ist seit jeher mit einer eklatanten empirischen Geschlechtsspezifität verbunden. Weltweit suizidieren sich jährlich etwa 1 Million Menschen und 20 bis 50 Millionen unternehmen einen Suizidversuch. In Deutschland starben im Jahre 2009 insgesamt 9.616 Menschen durch einen *Suizid* (7.228 Männer und 2.388 Frauen). Die Suizidrate (das heißt die Anzahl von Suiziden bezogen auf 100.000 Einwohner pro Jahr) lag damit bei 10,3.

Folgen wir der Empirie, so verzeichnen wir gegenwärtig in Deutschland etwas niedrigere Zahlen als in jüngster Vergangenheit, die bis 2006 stets etwa bei 12.000 Suiziden jährlich lagen. Noch Mitte der 1970er Jahre haben sich in Deutschland 20.000 Menschen pro Jahr suizidiert. Derzeit hat sich diese Zahl mehr als halbiert, 2006 lag sie erstmals unter 10.000 (vgl. auch Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011).

Als eklatante geschlechtsspezifische Konstante gilt, dass sich Männer, und dies gilt weltweit, mehr als doppelt so häufig wie Frauen das Leben nehmen. China ist das einzige Land, in dem die Suizidrate der Frauen höher ist als die der Männer. Und in Indien ist nicht nur die Witwenverbrennung sozial erwünscht, sondern auch die Abtreibung weiblicher Feten sowie der gesellschaftlich eingeforderte Suizid von »unbrauchbaren«, überzähligen Frauen – eine schockierende Realität, wie es auch der Aufsehen erregende Film *Water* (2005) illustriert.

Bei den Suizidversuchen stellt sich die Lage noch brisanter dar: Erfahrungsbasiert wird über alle Altersgruppen und für beide Geschlechter von einem Verhältnis von Suiziden zu Suizidversuchen von 1:10 bzw. 1:30 ausgegangen, das heißt, jährlich unternehmen in Deutschland 100.000 bis 300.000 Menschen einen Suizidversuch. Das Geschlechterverhältnis ist hier – anders als bei den Suiziden – genau umgekehrt: Frauen unternehmen doppelt so häufig Suizidversuche wie Männer.

Das relative Absinken der Suizidzahlen in den letzten Jahren,

dessen Ursachen noch hinreichend erforscht werden müssen, ändert folglich nichts an der Brisanz dieses auch gesundheitspolitisch hochrelevanten Themas und der impliziten Notwendigkeit und expliziten Forderung nach adäquaten psychotherapeutischen Behandlungsangeboten. Denn: In der Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache. Aber auch ältere Menschen stellen eine stark gefährdete Bevölkerungsgruppe dar, denn mit zunehmendem Alter steigt die Suizidgefährdung von Mann und Frau. Mit dreißig Jahren ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein erster Suizidgipfel erkennbar, und jede zweite Frau, die sich suizidiert, ist älter als sechzig Jahre.

Die Diskurse über den Suizid, die weit bis in die Antike zurückreichen und an denen sich bis heute nahezu alle Fachdisziplinen beteiligt haben, durchziehen einerseits den Versuch, Verstehens- und Erklärungsmodelle zu entwickeln, andererseits sind sie immer schon von Politisierung, Tabuisierung, Kriminalisierung, Pathologisierung und Mythologisierung durchwirkt (vgl. Gerisch 1998, 2008).

Bereits Georges Minois (1996) zeigte in seiner umfangreichen Untersuchung über die *Geschichte des Selbstmords*, dass in den großen Studien von Philippe Ariès (1982), Michel Vovelle (1973) und vielen anderen über den Tod in der Früh- und Neuzeit ein Thema beharrlich ausgegrenzt wurde: der »freiwillige« Tod – oder der Suizid, wie der wissenschaftlich gebräuchliche Terminus lautet, der in England im 17. Jahrhundert eingeführt wurde.

Die Tabuisierung des Suizids erschließt sich historisch vordergründig aus seiner religiösen und politischen Ächtung, gleichsam aus den klassischen Quellen des Tabus. Aber nicht minder bedeutsam ist die *Unheimlichkeit* des Suizids, eine Konnotation, die sich wie unbemerkt in die Diskurse eingeschlichen hat und sich als wohl wichtigster Grund für seine Ächtung und Tabuisierung erweist.

Wir treffen in der Diskursivierung des Suizids und der Suizidalität auf eine bemerkenswerte Paradoxie: Während suizidales Erleben und Handeln insbesondere in kulturellen Produktionen und modernen Inszenierungen von Klassikern nahezu omnipräsent ist, finden sich konträr zur Allgegenwart dieses Phänomens, wenn man von der kaum mehr überschaubaren Flut an Fachliteratur

absieht, im Alltagsbewusstsein der Menschen und in der medialen Öffentlichkeit noch immer Spuren dieser Tabuisierung. Auch die Verwissenschaftlichung des Wortes »Selbstmord« in »Suizid«, um es aus seiner Nähe zum kriminalistisch-moralisierenden Begriff »Mord« herauszulösen, hat daran kaum etwas ändern können.

Quer zum Selbstoptimierungs- und Perfektionierungsstreben in der Spätmoderne ist der Suizid immer assoziiert mit Verzweiflung, Not, Unglück und anderen Seelenzuständen, die in unserer Jagd nach Glück und Zufriedenheit kontraideal sind. Und der Suizid ist – aus welcher Seelenverfassung heraus auch immer geschehen – stets und wie kein anderer Tod eine Anklage, nicht nur an die Welt, sondern auch an die Angehörigen (vor allem an die Eltern, die ja längst »innere Objekte« geworden sind), die Hinterbliebenen und mit dem Suizidanten irgendwie Verbundenen (vgl. Kettner/Gerisch 2004). Der Suizid induziert im anderen stets einen Schock und hinterlässt eine kaum zu tilgende Spur von Schuld, Scham, Wut, Ohnmacht und Verzweiflung.

Ähnliches gilt für die professionellen Kontexte: Denn auch wenn der Suizid *der* Tod in der Psychiatrie ist, wird er aus Angst vor Strafverfolgung durch die Staatsanwaltschaft, die einen Kunstfehler nachweisen könnte, und aus Angst vor Reputationsverlust innerhalb der Fachgemeinschaft eher verhüllt als eingestanden. Dies hat zur Folge, dass es suizidale Patientinnen und Patienten, insbesondere wenn sie ihre Fantasien und Erlebensweisen offen kommunizieren, ungleich schwerer haben, einen ambulanten Therapieplatz zu finden. Es ist die Angst vor dem Suizid als einer *omnipotenten Geste*, die gerade dem mit suizidalen Personen arbeitenden Therapeuten schonungslos vergegenwärtigt, dass all seine Anstrengungen den Tod durch Suizid nicht verhindern können.

Während der philosophische Diskurs primär um Fragen der Normativität kreiste und gute wie schlechte Gründe für den Suizid zu identifizieren versuchte, interpretierte die medizinisch-psychiatrische Betrachtungsweise Mitte des 19. Jahrhunderts den Suizid erstmalig als Ausdruck einer Geisteskrankheit.

Erst mit Sigmund Freuds Konzeptualisierungen eines dynamischen Unbewussten und der Implementierung einer psychoanalytischen Krankheitslehre, die auch den Suizid mit einschloss, wurde ein Paradigmenwechsel eingeläutet, der den Verstehens-

und Erklärungszugang zu suizidalen Phänomenen radikal veränderte. Freud postulierte bereits 1896 im Rahmen der entlang der Hysterie entwickelten Verdrängungslehre, dass ein aktueller Anlass nur dann traumatisch wirke, wenn dieser eine verdrängte, unbewusste Konfliktthematik aktualisiere. Damit führte er eine zentrale Unterscheidung von äußerem Anlass und unbewusster Konfliktthematik ein. Der äußere Anlass, und mag dieser auch noch so geringfügig erscheinen, erhält erst durch diese unbewusste Vernetzung seine ungeheure Wirkkraft.

Mit diesem Theorem unterlief Freud die bis dahin philosophisch grundierte, normativ-konventionelle Argumentation von guten und schlechten Gründen sowie die Überbetonung des Intentionalen und der Marginalisierung unbewusster Motive für den Suizid. Kurz: Von nun an sprechen wir nicht mehr von objektivierbaren guten oder schlechten Gründen, sondern diese sind immer schon individuell biografisch kontextualisiert und multideterminiert. Sie reinszenieren sich oftmals mit aller Heftigkeit und Wucht sowie bereits chronifiziert, stumm und diffus im therapeutischen Geschehen.

In der zeitgenössischen Psychoanalyse gilt somit als essenzielle Erkenntnis, dass die Dimension des Unbewussten und das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung mit seinen vielschichtigen technischen und therapeutischen Implikationen unverzichtbar für das Verständnis suizidaler Dynamiken und die psychotherapeutische Behandlung suizidaler Patienten ist. Die psychodynamischen Konzeptionen halten inzwischen ein ausgefeiltes Interpretations- und Behandlungsreservoir des suizidalen Erlebens und Handelns bereit, das einerseits ermöglicht, das Ausmaß des Destruktiven zu dechiffrieren und in der Patient-Therapeut-Beziehung konstruktiv nutzbar wie aushaltbar zu machen, und das andererseits und gerade auf diese Weise seine präventive Wirkung entfaltet.

Die klinischen und metatheoretischen Ausführungen im vorliegenden Buch speisen sich im Wesentlichen aus den Erfahrungen mit langjährigen, hochfrequenten psychoanalytischen Behandlungen suizidaler Patientinnen und Patienten sowie aus meiner über zwanzigjährigen Tätigkeit im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Mit der Gründung des Hamburger Therapie-Zentrums

für Suizidgefährdete durch Professor Paul Götze im Jahre 1990 wurden im Kern zwei Ziele verfolgt: Zum einen sollte das Therapie-Zentrum zu einem Modell für eine effektive ambulante, kurzpsychotherapeutische Alternative zu den bisherigen Behandlungskonzeptionen werden. Und zum anderen sollte es als Forschungseinrichtung diese Konzeption evaluieren und Beiträge zu dem noch immer geringen Wissen über die Psychodynamik der Suizidalität und ihrer Behandlung entwickeln.

Ich danke meinen Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich in den letzten zwei Jahrzehnten im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete gearbeitet habe. Und ich danke meinen Patientinnen und Patienten, die mir die Möglichkeit gegeben und das Vertrauen entgegengebracht haben, einen so tiefen Einblick in ihre zuweilen katastrophisch ausgestaltete Innenwelt zu bekommen, um die verästelte Tiefendimension des Suizidalen differenzierter zu verstehen und, im Sinne Freuds Junktin von Forschen und Heilen, auch wissenschaftlich zu ergründen.

Benigna Gerisch