

Peter Dott  
Todesangst und posttraumatisches Selbst

Therapie & Beratung

Peter Dott

# **Todesangst und posttraumatisches Selbst**

**Über Melancholie und intensives Lebensgefühl  
bei schwerer Krankheit**

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

© 2018 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: [info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)

[www.psychosozial-verlag.de](http://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.

Umschlagabbildung: © David Dott, *Galathea 1.0*, 2013

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar  
Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin

[www.me-ti.de](http://www.me-ti.de)

ISBN 978-3-8379-2757-3 (Print)

ISBN 978-3-8379-7379-2 (E-Book-PDF)

# Inhalt

<b>Persönliche Hinführung</b>	9
<b>Freud, der Tod und die Todesangst</b>	15
Freuds eigene Todesangst	15
Freud: Arbeiten über den Tod	17
Ent-Todifizierung des Todes?	27
Zum Todestrieb	29
Traumatischer Wiederholungszwang	39
Trieb oder Trauma: Freud und die Traumatheorie	44
Neuere Traumaforschung	49
Neurose oder Trauma, Innen oder Außen, Verdrängung oder Spaltung	51
Das Trauma erzählen können	55
<b>Lebensangst und Todesangst</b>	59
Angsttheorien	61
Melanie Klein	63
Donald W. Winnicott	64
Wilfred Bion	64
Heinz Kohut	65
Barabara Milrod, Frederic Busch, Arnold Cooper und Theodore Shapiro	65
Jaak Panksepp	65
Martin Hurvich	66
Die Angst vor dem Zusammenbruch	69

<b>Wie kommt der Tod in unsere Seelen?</b>	73
Der Todesbegriff: Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter	73
Frühe »Todeserfahrung«: Fremdes Selbst und Spaltung	75
»Trauer und Melancholie«: Der direkte Verlust eines geliebten Objekts	77
Die Beobachtung der Trauer: Das Konzept der toten Mutter von André Green (1993)	78
Zum Unterschied im Verständnis der Todesangst bei Sigmund Freud und Melanie Klein	80
Zur Metapsychologie der Todesangst (nach Schur, 1982 [1972])	82
 <b>Schutz vor Todesangst</b>	85
 <b>Zur Theorie der Ich- bzw. Selbstentwicklung</b>	89
Die Theorie der Affektregulierung und Mentalisierung als Entwicklungstheorie	91
Das Selbst als physischer Akteur	92
Das Selbst als sozialer Akteur	93
Das Selbst als teleologischer Akteur	93
Das Selbst als intentionaler mentaler Akteur	94
Das Selbst als repräsentationaler Akteur	95
 <b>Zur Entstehung der psychischen Realität:</b>	
»Psychische Äquivalenz« und »Als-ob«-Modus	96
Modus der »psychischen Äquivalenz«	96
»Als-ob«-Modus und spielerischer Bereich	98
Das Modell in der Psychotherapie	100
 <b>Potenzieller Raum – analytischer Raum – mentaler Raum</b>	103
 <b>Personengrenzen: Beziehungsanalyse und Mentalisierungstheorie</b>	113
Zum Verständnis der Personengrenzen bei Fonagy und Kollegen	114
 <b>Personengrenzen in der Beziehungsanalyse</b>	116
Beziehungsanalyse und Mentalisierung	118
Austauschprozesse	120
Zur Frage der Regression	121
 <b>Literaturüberblick: Todesangst bei Psychotherapeuten</b>	123

---

<b>Zu Fatigue und Progredienzangst</b>	131
Fatigue	131
Progredienzangst	133
<b>Zum posttraumatischen Selbst</b>	135
Was tun?	139
Gibt es ein posttraumatisches Wachstum?	142
<b>Als Psychotherapeut mit eigener Todesangst arbeiten</b>	147
Der Alltag	147
Anstrengungen bei »schwierigen« Patienten	153
Beendigung der Therapie – Begrenztheit des Lebens	155
Scham	156
Übertragung	157
Gegenübertragung	158
Zum Tragen der Last	162
Die Arbeit mit onkologischen Patienten	163
<b>Die Lasten der psychotherapeutischen Arbeit gut ertragen</b>	167
<b>Resümee 1: Annäherungen an das Thema »Tod« – Spekulationen und Erleben</b>	173
<b>Resümee 2: Zum Umgang mit der Todesangst</b>	179
<b>Literatur</b>	183



# Persönliche Hinführung

»Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde  
uns neuen Räumen jung entgegen senden.«

*Hermann Hesse*

In meinem Aufsatz »Schwere Erkrankung im Psychotherapeuten – Eine explorative Studie« (Dott, 2014) habe ich mich auf die Auseinandersetzung mit der Krankheit und auf die Genesung konzentriert, aber das Thema Tod weitgehend hintangestellt. Diese Lücke soll jetzt geschlossen werden. Die Konfrontation mit dem Tod ist ein Trauma und der Tod ein unmögliches Thema. Deswegen ist diese Arbeit so schwierig, intellektuell und emotional, aufgrund der Befürchtung, zu (re-)traumatisieren, der Schwierigkeit, über das Unbenennbare zu sprechen, und andererseits aufgrund der Möglichkeit einer Erinnerung an die eigene Sterblichkeit als Kraftquelle.

2014 schrieb ich, dass durch die überwältigende Verlust- oder Todesangst eine Verdrängungsgrenze durchbrochen werde. Der Glaube an die eigene Omnipotenz oder Unverletzlichkeit werde zerstört, die Grenze von Realität und Fantasie vorübergehend undeutlich. Bestimmte Belastungen durch Patienten erscheinen vergrößert. Es entstand der Wunsch, mich vor diesen Belastungen und Konflikten zu schützen.

Die Erfahrung der eigenen Zerbrechlichkeit bestand neben der ambivalenten Identifikation mit den starken Helfern. Diagnosen sowie der Glaube an das ärztliche Können und an die Heilung halfen bei der Genesung. Es ging darum, Sicherheit in vertrauensvollen Beziehungen zu gewinnen – dazu benötigte es das gesamte familiäre, freundschaftliche, berufliche und medizinische Umfeld. Allmählich festigte ich mich wieder, die Hier-und-Jetzt-Momente des Lebens wurden wichtiger. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, steigerte sich, Empfindsamkeit und Empfindlichkeit, aber auch meine Ängstlichkeit, meine Reizbarkeit und mein Ruhebedürfnis nahmen zu.

Insgesamt habe ich nach dem Erhalt meiner Diagnose Plattenepithelkarzi-

nom und der Entfernung meines Kehlkopfes vier Rezidive erfahren. Eines wurde überwiegend mittels Strahlentherapie behandelt, die beiden anderen mittels einer Chemo- und Antikörpertherapie sowie einer weiteren Strahlentherapie. Danach erfolgte die Abfassung des Manuskripts dieses Buches. In diesem Zeitraum war mein Zustand relativ stabil. Aktuell (März 2018) habe ich erhebliche, teils lebensbedrohliche Erkrankungen (Tracheitis und Tracheomalazie – Luftröhrentzündung und Luftröhrenerschlaffung mit Atemwegsverlegung) und weitere Komplikationen durchgestanden und habe eine erneute Chemotherapie begonnen. Die Angst vor Verschlechterung ist ein häufiger Begleiter, mein Aufwand an körperlicher und seelischer Selbstfürsorge erheblich, meine Suche nach Lebensfreude wichtiger denn je. Den bis zu den erneuten Erkrankungen vorliegenden Text konnte ich im Wesentlichen beibehalten. Manche der dargelegten Ideen waren mir auch tatsächlich hilfreich.

Die erste Todesangst erlebte ich nach der Diagnosestellung. Ich fürchtete, durch die Operation eventuell meine Stimme zu verlieren, arbeitsunfähig zu werden, nicht mehr liebenswert zu sein. Diese Todesangst war für mich erträglich und verbal-symbolisch zu handhaben. Nach der Entfernung meines Kehlkopfes betrachtete ich mein unverbundenes Stoma, die Öffnung am Hals zum Atmen, erstmals im Spiegel. Ich erschrak und hatte sofort die Assoziation einer zerbrechlichen Vase, die fällt und in unzählige Teile zersplittert. Es war ein schreckliches Bild. Diese Todesangst verstehe ich auf einer bildhaft-symbolischen Ebene, sie war immer noch erträglich, nachträglich verbalisierbar. Aber noch war ich nicht gefallen, es war nur eine Angst, die Angst vor dem Zusammenbruch (s. u.; Winnicott, 1991 [1974]). Die Beschreibung der Behandlung als »palliativ«, was ich als Diagnose im Sinne einer Festschreibung erlebt hatte, bescherte mir im Folgenden die erste und bislang einzige Panikattacke mit Todesangst. Die mehrfachen Anstürme der großen Angst haben mich letztlich doch sehr erschüttert, sodass die Panik durchgebrochen war. Dank des erfolgreichen Verlaufs der Chemotherapie und der zusätzlichen wirksamen Bestrahlung einer Knochenmetastase<sup>1</sup> konnte ich jetzt wieder als »kurativ« betrachtet werden.

Dieses Auf und Ab spiegelt die zugrunde liegende Ambivalenz wider. Ich nenne

---

**1** Ich bedanke mich bei allen mich behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal des Klinikums Großhadern, besonders bei Herrn PD Dr. Reiter, der sich nach meiner Larynxentfernung meiner angenommen hat, und bei Frau Dr. Roswitha Forstpointner, die mich die in den letzten Jahre onkologisch betreut, sowie bei den Ärztinnen Frau Dr. Kahnert vom Klinikum der Universität München Campus Innenstadt und Frau Prinz an der Kreisklinik Ebersberg, die mir in den letzten Krisen lebensrettend zur Seite standen.

dies den Konflikt zwischen dem Topf der inneren Lebenskraft, der aus unzähligen Quellen gespeist wird – aktuellen und erinnerten Freuden, ideellen und materiellen Ressourcen, optimistischen Behandlungsansätzen –, und dem inneren Gifttopf, der alle Frustrationen des alltäglichen Lebens, auch die allerkleinsten, aufnimmt. Und so birgt die Bestätigung des Optimismus bereits die Katastrophe seines Verlustes.

Das Erleben von Todesangst ist potenziell traumatisch. Ob sich aus einem Trauma eine traumatische Belastung ergibt, ist abhängig von der Ich-Stärke und der mit Traumata regelmäßig zusammenhängenden Reaktivierung früherer Traumata. Es gibt eine Dosis-Wirkungs-Beziehung: Je gravierender der Belastungsfaktor ist, desto wahrscheinlicher entwickelt sich eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), der Schweregrad ist dadurch jedoch nicht vorhersagbar. Neben einer Vielzahl prätraumatischer Faktoren übt womöglich das, was nach dem Trauma geschieht, den größten Einfluss darauf aus, ob jemand eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt oder nicht. Unempathische und nichtmentalisierte Reaktionen, die gegebenenfalls frühere widrige Beziehungserfahrungen wiederholen, beeinflussen die Verwundbarkeit (Sandler et al., 1991; Allen et al., 2015).

Haynal (2008) erinnert daran, dass Freud die Psychoanalyse im Schreiben der *Traumdeutung* in einer Selbstanalyse entwarf, weniger als »Sprech-Kur« denn als »Schreib-Kur«. Schubert und Amberger (2016, S. 199ff.) empfehlen expressives Schreiben zur Unterstützung des Heilungsprozesses. Und so kann die Wirkung der Schreibkur in der eigenen Seele und am eigenen Leib erfahren werden. Die Beschäftigung mit dem Thema hat etwas von der »Heiligung des Schreckens« (Türcke, 2011) an sich. Das Schreiben als aktive Tätigkeit vermindert das Gefühl, passiv ausgeliefert zu sein, und Denken an das Sterben regt das Unbewusste an. Dieses manifestiert sich als Todesangst und Weiterlebensglauben (Bittner, 2012, S. 92). Ich bemerke an meiner Freude oder an meinem Widerwillen, mich mit dem Thema zu beschäftigen, in all den vergangenen Monaten diese Ambivalenz. Die Beschäftigung damit scheint mir teils tröstlich, teils uninteressant oder gar abstoßend. Eine eindeutige Zuordnung dieser Gefühle zu meiner Verfassung will mir nicht gelingen.

Die erste große Errungenschaft ist am Tag meiner Operation das intensive Erleben gehabt zu haben, alles erledigt zu haben, vielleicht für immer, nichts mehr tun zu können, alle Verantwortung in die Hände der Ärzte und des Pflegepersonals zu legen, und mit mir und meiner Familie, meinen Freunden, meinem Leben im Reinen zu sein. Dies verschaffte mir ein Gefühl tiefer Zufriedenheit und Erleichterung, eine Freiheit von Spannung – »it's not bad at all« (Arlow, 1990, S. 23; ähnlich bei Bittner, 2012, S. 98). Warum kam mir dieses Gefühl weitgehend wieder abhanden?