

Suizidalität und Psychotherapie Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS)

Georg Fiedler, Astrid Altenhöfer, Ilan Gans, Benigna Gerisch,
Reinhard Lindner, Paul Götze

Zusammenfassung

Das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) besteht aus einer Ambulanz für akut und chronisch suizidale Patienten sowie der Forschungsgruppe "Suizidalität und Psychotherapie". Die Aufgaben der Ambulanz umfassen die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung suizidaler Patienten nach der Konzeption der "Notfallindizierten Psychodynamischen Therapie Suizidaler (NPT)"

Die Forschungsgruppe übernimmt Aufgaben in Forschung und Lehre, Fort- und Weiterbildung, publiziert wissenschaftliche Beiträge und organisiert z.B. Tagungen und Vortragsreihen, entwickelt regionale und überregionale Kooperationen und ist allgemein auf dem Gebiet der Suizidprävention und Öffentlichkeitsarbeit tätig.

Ein wesentlicher konzeptioneller Bestandteil ist das Zusammenwirken von Forschungsgruppe und Ambulanz, d.h. von Forschen und Behandeln. Die psychotherapeutische Arbeit ermöglicht tief greifende Erkenntnisse über die innere Welt und das Erleben und damit ein Verstehen suizidaler Patienten, welches z.B. in die Lehre, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit und suizidpräventive Aktivitäten einfließt.

Andererseits wirft die wissenschaftliche Begleitung Fragen auf, z.B. jene über die Bedeutung der pharmakologischen Behandlung in der Psychotherapie oder die Entwicklung der Inanspruchnahme, durch deren Diskussion sich Auswirkungen auf die Behandlungen ergeben. Die Intervention der Fälle bzw. deren Supervision durch externe Experten entwickeln das Verständnis für suizidale Patienten kontinuierlich weiter. So wurde das heute bestehende therapeutische Angebot des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete nicht allein durch theoretische Konzeptionen geformt, sondern auch durch das unmittelbare Lernen von und am Patienten.

Der Beitrag gibt einen Überblick über Konzeption und konkrete Arbeit des Zentrums.

Schlüsselwörter: Suizid, Suizidalität, Suizidprävention, Psychoanalyse, Psychotherapie, "Notfallindizierte Psychodynamische Therapie Suizidaler (NPT)"

Summary

The Center for Studies and Therapy of Suicidal Behavior (TZS) at University Hospital Hamburg Eppendorf (UKE) consists of an outpatient facility for acute and chronically suicidal patients, and the „Suicidality and Psychotherapy“ research group. Work in the outpatient section includes psychotherapeutic and psychiatric treatment of suicidal patients. We are experiencing, in particular, an increasing demand for counselling and, where necessary, treatment of relatives following the conception of the "Emergency Indicated Psychodynamic Therapy of the Suicidal (Notfallindizierte Psychodynamische Therapie Suizidaler (NPT))".

The many tasks of the research group include research and teaching, further and extended training, publication of scientific papers and organisation of conferences and lecture series, the development of regional and national cooperation, as well as general active involvement in the area of suicide prevention and public relations.

An important part of the concept is the psychoanalytic orientation and interaction between the research group and the outpatient facility in the sense of a close connection of research and cure. The psychotherapeutic work provides in-depth knowledge of the inner world and experiences of suicidal patients, thereby enabling an understanding of it which, in turn benefits teaching, further training, public relations and suicide prevention. On the other hand, the scientific accompaniment raises questions, such as those concerning the significance of pharmacological treatment in psychotherapy, or the development of the utilisation of our centre, and this discussion influences treatment. The regular intervention of cases, or the supervision by external specialists, continually develops our further understanding of the suicidal. For instance, the existing therapies and framework on offer at the Centre for Therapy and Studies of Suicidal Behaviour were not merely shaped by theoretic concepts, but also by learning from and on the patients.

The contribution gives an overview of the center's work.

Key-words: Suicide, Suicidality, Suicideprevention, Psychoanalysis, Psychotherapie, "Emergency Indicated Psychodynamic Therapy of the Suicidal"

Das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete wurde 1990 von Prof. Paul Götze aus Mitteln einer privaten Spende und einem Investitionskostenzuschuss des Bundes gegründet. 1991 nahm es seine Arbeit auf. Zunächst vollständig aus den Drittmitteln finanziert wurde das Zentrum 1994 zur ambulanten Kassenärztlichen Versorgung in Hamburg zugelassen und kann die Behandlungen seitdem über Krankenscheine mittels einer Pauschale abrechnen.

Das TZS besteht aus der Ambulanz für akut und chronisch suizidale Patienten sowie der Forschungsgruppe "Suizidalität und Psychotherapie" (Siehe Abbildung 1). Die Aufgaben der Ambulanz umfassen die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung suizidaler Patienten und Beratung. Besonders für die Beratung und ggf. auch Behandlung von Angehörigen besteht eine steigende Nachfrage. Die Forschungsgruppe übernimmt Aufgaben in Forschung und Lehre, Fort- und Weiterbildung, publiziert wissenschaftliche Beiträge oder organisiert z.B. Tagungen und Vortragsreihen, entwickelt regionale und überregionale Kooperationen und ist allgemein auf dem Gebiet der Suizidprävention und Öffentlichkeitsarbeit tätig. Ein wesentlicher konzeptioneller Bestandteil des Zentrums ist das Zusammenwirken der Forschungsgruppe und der Ambulanz, d.h. von Forschen und Behandeln.

Die gegenwärtige Konzeption des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete entwickelte sich in kritischen Diskussionen der psychoanalytischen Arbeiten zur Suizidalität (hier besonders ABRAHAM 1912, 1924, FREUD 1917, FEDERN 1929a, 1929b, MENNINGER 1933, MALTSBERGER & BUIE 1974, HENSELER 1974, 1981a, 1981b, KIND 1992, LAUFER 1995, BELL 1995), den Konzepten

der psychoanalytischen Kurz- und Fokalthherapie (SIFNEOS 1966, 1972, BELLAK & SMALL 1972, MALAN 1972, 1976, BALINT et al. 1973, DAVENLOO 1980, LEUZINGER-BOHLEBER 1984a, 1984b, KLÜWER 1984, 1995, 2004, MANN 1987, STRUPP & BINDER 1991, REIMER & ARENTEWICZ 1993, GÖTZE et al. 2003, GÖTZE 2004, KÜCHENHOFF 2005) und dem allgemeinen psychiatrischen und suizidologischen Erkenntnissen über Suizidalität und deren Behandlung (vgl. u.a. RINGEL 1953, 1969, PÖLDINGER 1968, STENGEL 1969, WEDLER 1984, SCHMIDTKE 1988, MÖLLER et al. 1994, FINZEN 1997, WOLFERSDORF 2000). Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation lehnte sich u.a. an Konzepten der Aktionsforschung (Action Research, LEWIN 1961, MOSER 1975, HORN 1979, ZEDLER & MOSER 1983) an, in denen der Forscher Teil des Entwicklungsprozesses des zu untersuchenden Forschungsobjekts ist und in einem iterativen Prozess kontinuierlich Forschungsergebnisse in die Entwicklung der konkreten Arbeit bzw. der Institution eingehen können. Die wesentlichen Säulen der Evaluation sind Fallkonferenzen sowie quantitative und qualitative Untersuchungen. Einen besonderen Stellenwert nehmen Expertenvalidierungen der Behandlungen durch Gäste ein, die in speziellen Fragestellungen ausgewiesen sind (u. a. mit M. Goldblatt, Boston, S. Briggs, London, M. Hirsch, Düsseldorf, O. F. Kernberg, New York, E. Kittler, Freiburg, R. Klüwer, Frankfurt/M, J. T. Maltsberger, Boston, L. Wurmser, Baltimore, H. Radebold, Kassel). In mehreren Beiträgen wurden bislang Aspekte der Konzeption des TZS ausführlicher dargestellt (FIEDLER et al. 1999, GERISCH et al. 2000, GÖTZE et al. 2002, LINDER & FIEDLER 2003, FIEDLER & GÖTZE 2005).

Abbildung 1: Das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS)



Suizidales Erleben

Suizidales Erleben verstehen wir als einen Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, geprägt durch Gefühle von Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung. Die Verzweiflung kann auch in Wut, Ärger und Hass umschlagen. Körperliche Symptome, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit und allgemeines körperliches Unwohlsein begleiten oft das suizidale Erleben. Auslöser des suizidalen Erlebens sind vorrangig interpersonelle Konflikte, Trennungen oder der Tod von bedeutenden Bezugspersonen, Kränkungen, berufliche Probleme, schwere Erkrankungen sowie Vereinsamung und Selbstwertverlust im Alter. Dabei ist nicht die objektive Schwere des äußeren Ereignisses für die suizidale Befindlichkeit maßgeblich, sondern deren subjektiv erlebte Intensität. Die Angst besteht vor dem Verlust wichtiger Mitmenschen, eigener Fähigkeiten, bisheriger Lebensentwürfe und dem Verlust der Kontrolle über sich selbst und die eigenen Affekte. Werden die Suizidgedanken so drängend und quälend, dass an kaum noch etwas anderes gedacht werden kann als an die auslösenden Bedingungen und die eigene Befindlichkeit, kann ein Ausmaß an Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit erreicht werden, dass kein anderer Weg als der eigene Tod mehr möglich erscheint. Nicht selten ist ein sozialer Rückzug zu beobachten wie auch Versuche zur Selbsthilfe mittels Alkohol, Cannabis oder anderer Drogen. Suizidgefährdete haben oft große Schwierigkeiten, sich mit ihren Suizidgedanken an andere zu wenden, weil sie sich in ihrem Inneren als gescheitert und schwach erleben und fürchten, von den anderen auch so gesehen, abgelehnt und entwertet oder zwangsweise hospitalisiert zu werden. So wendet sich ein hoher Prozentsatz derjenigen, die einen Suizid begehen, zuvor mit unspezifischen Beschwerden an einen Arzt, ohne jedoch Suizidgedanken zu erwähnen (HENSELER et al. 1984, MICHEL et al. 1997, PETRIE 1989). Auch in laufenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen bleibt die suizidale Befindlichkeit häufig unerwähnt.

Paradox erscheint, dass der Suizidale meist weiterleben will, allerdings nicht unter den von ihm wahrgenommenen Bedingungen. Diese Ambivalenz äußert sich in vielerlei Gestalt: Einerseits wird eine Situation als völlig hoffnungslos empfunden, andererseits wird Hoffnung auf Änderung der Befindlichkeit Ausdruck verliehen, ohne dass damit konkrete Vorstellungen verbunden sind. Es kommt zu der manchmal paradox anmutenden Situation, dass verzweifelte Menschen einerseits Hilfe aufsuchen, geradezu massiv auf Hilfe drängen, sie andererseits aber gleichzeitig entwerten und vermitteln, dass sie nur in Ruhe gelassen werden oder auch sterben wollen. Erst wenn man dieses innere ambivalente Erleben und Verhalten besser verstehen kann, ist Hilfe möglich. Nicht selten ist dieses Verstehen erst die Voraussetzung für die Einleitung einer potentiell durchaus sinnvollen pharmakologischen oder auch stationären Behandlung.

Suizidalität wird oft in einem engen Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen gesehen, besonders mit Depressionen. In der Tat sind fast alle psychiatrischen Erkrankungen mit einer erhöhten Suizidgefahr verbunden. Die Reduktion der Suizidalität auf ein Symptom einer psychiatrischen Erkrankung greift jedoch zu kurz (BRONISCH 1996, FIEDLER et al. 2001, MANN 1998, MANN et al. 1992, 1999). Für manche ist es entlastend zu hören: Sie haben eine Erkrankung, die auf eine Fehlfunktion des Neurotransmittersystems in ihrem Gehirn zurückzuführen ist, und die sich gut pharmakologisch behandeln lässt. Andere erleben dies als eine massive Bedrohung: als Verlust von Autonomie, als Psychiatrisierung (wenn Suizidalität gleichgesetzt wird mit psychiatrischer Erkrankung und stationärer Aufnahme) oder als Verlust ihres Lebensentwurfes. Sie fühlen sich nicht verstanden, denn sie empfinden sich zwar als leidend, aber nicht unbedingt als psychisch krank. Die Reduktion der Suizidalität auf ein Symptom einer ausschließlich biologisch determinierten psychiatrischen Krankheit negiert, dass Suizidalität im Rahmen eines überwiegend unbewussten Kampfes in und um menschliche Beziehungen verstanden werden kann.

Das psychoanalytische Verständnis der Suizidalität

Im klinischen Alltag wird oft erlebt, dass die suizidale Befindlichkeit von Ereignissen ausgelöst wird, die von den meisten Menschen mehr oder weniger gut bewältigt oder gar als belanglos angesehen werden. Will man verstehen, warum ein Mensch suizidal wird, ein anderer unter äußerlich ähnlichen Umständen jedoch nicht, müssen andere, in der Lebensgeschichte und der inneren Welt des Patienten begründete Ursachen gefunden werden.

Aus psychoanalytischer Sicht korrespondiert die krisenhaft erlebte äußere Situation mit einer vorhandenen, meist unbewussten intrapsychischen Konfliktthematik. Allgemein formuliert beleben die aktuellen Konflikte in der Regel frühe traumatisch erlebte Beziehungserfahrungen. Versagen die bisherigen innerpsychischen Fähigkeiten zum Schutz des Bewusstseins vor unerträglichen Impulsen, Affekten und Wünschen (Abwehr), mit einer auslösenden Konfliktsituation fertig zu werden, dann werden spezifische Regressionsmechanismen in Gang gesetzt - insb. Spaltungsprozesse, die zu einer Dissoziation von Psychischem und Körper selbst oder zu konfliktreichen Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Selbstanteilen führen können und sich in der Regel zu einem Kernkonflikt zwischen Fusions- und Abgrenzungswünschen verdichten (KIND 1992). Diese innere psychische Dynamik ist dem Patienten in der Regel nicht bewusst, wird aber sichtbar im suizidalen Erleben und Handeln. Mit dieser Auffassung wird Suizidalität als Symptom eines inneren psychischen Konflikts beschrieben. In dieser Beschreibung ist zugleich auf den der Suizidalität immanenten Ambivalenzkonflikt verwiesen, zwischen Wünschen nach Nähe und Wünschen nach Abgrenzung, nach Verbindung und dem Angriff auf Verbindung, die

zugleich sowie unüberwindlich und unerträglich erlebt werden können.

Die unbewussten, abgespaltenen seelischen Erfahrungen geben sich bei suizidalen Patienten oft nicht in ihrer sprachlichen Welt zu erkennen, sondern vielmehr darin, wie sie handeln und andere behandeln (vgl. auch GÖTZE 2007, RICHTER 2007, GANS 2007 in diesem Heft). Dies wird häufig als ein Problem für eine psychotherapeutische Behandlung gesehen. Die eigenen unerträglichen Gefühle wie Wut oder Hass, aber auch Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit und Todeswünsche können von ihnen häufig nicht mehr ertragen und wahrgenommen und müssen deshalb (unbewusst) abgewehrt und auf andere Menschen wie z.B. den Konfliktpartner oder den Therapeuten projiziert werden, durch welche sie dann in ihrem Empfinden abgelehnt, gehasst oder aufgegeben werden. So wird die Suizidalität von nahe stehenden Menschen – aber auch von Therapeuten – oft als "erpresserisch" erlebt, mit Gefühlen von Wut und Ärger, Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden.

Die suizidale Entwicklung ist auf der Grundlage der Lebensgeschichte und der inneren Welt der Patienten unterschiedlich. Die Suizidalität kann im Dienste sehr verschiedener psychischer Funktionen stehen und erweist sich – wie andere psychische Symptome – auch als komplex und vielschichtig bedingt. Vor diesem Hintergrund verstehen wir Suizidalität nicht im Sinne einer spezifischen Krankheit, sondern als ein entwicklungsgeschichtlich unterschiedlich ausgeprägtes Erleben, das in verschiedenen Lebensphasen, bei unterschiedlichen Erkrankungen und mit einer geschlechterspezifischen Korrespondenz (GERISCH 1998, 2003, LINDNER 2003) in unterschiedlicher Intensität aktualisiert werden kann.

Wird die in der Regel unbewusste Verflechtung von äußerem Anlass und innerer Konfliktthematik nicht Gegenstand einer Behandlung, verbleibt die Bereitschaft, bei vergleichbaren Anlässen erneut suizidal zu reagieren, da die entsprechenden intrapsychischen Konflikte im Sinne eines Wiederholungszwanges in der Außenwelt reinszeniert werden. Die hohe Wahrscheinlichkeit, dass ein Suizidversuch wiederholt wird, wird von diesem Standpunkt aus nachvollziehbar.

Notfallindizierte Psychodynamische Therapie Suizidaler

Vor diesem beschriebenen Hintergrund verlangt die ambulante Behandlung akut und chronisch suizidgefährdeter Patienten ein hohes Maß an therapeutischer und institutioneller Flexibilität. Wenn wir von einer Konzeption der "Notfallindizierten Psychodynamischen Therapie Suizidaler" sprechen verbinden wir deshalb damit nicht eine standardisierte oder manualisierte Behandlungsform. Wir verstehen darunter die Entwicklung eines institutionellen und therapeutischen Rahmens, welcher eine Vielzahl von Räumen enthält, die entsprechend der Persönlichkeit der Therapeuten, des Patienten und der sich entwickelnden

therapeutischen Beziehung individuell gefüllt und gestaltet werden können. Dieser Rahmen gestaltet die Möglichkeiten und Grenzen der therapeutischen Arbeit und soll sowohl den Patienten als auch den behandelnden Psychotherapeuten Sicherheit geben.

Ein wesentlicher konzeptioneller Bestandteil ist die psychoanalytische Orientierung und das Zusammenwirken von Forschungsgruppe und Ambulanz d.h. von Forschern und Behandelnden. Die psychotherapeutische Arbeit ermöglicht tief greifende Erkenntnisse über die innere Welt und das Erleben und damit ein Verstehen suizidaler Patienten, welches z.B. in die Lehre, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit und suizidpräventive Aktivitäten sowie in die Entwicklung von Forschungsfragestellungen einfließt. Andererseits wirkt die wissenschaftliche Begleitung Fragen auf, z.B. jene über die Bedeutung der pharmakologischen Behandlung in der Psychotherapie oder die Entwicklung der Inanspruchnahme, durch deren Diskussion sich Auswirkungen auf die Behandlungen ergeben (GÖTZE 1996, LINDNER et al. 2003). Die Intervention der Fälle bzw. deren Supervision durch externe Experten entwickeln das Verständnis suizidaler Patienten kontinuierlich weiter. So wurde das heute bestehende therapeutische Angebot des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete nicht allein durch theoretische Konzeptionen geformt, sondern auch durch das unmittelbare Lernen von und am Patienten.

Anders als in vielen anderen Konzepten psychoanalytisch orientierter Kurz- und Fokalthérapien werden vergleichsweise wenig Voraussetzungen an die Patienten gestellt. Nicht wenige Patienten haben vorher an diversen Stellen des Gesundheitswesens erfolglos um Hilfe nachgesucht. Grundsätzlich besteht die Haltung, dass jeder Patient in einer akuten suizidalen Krise unabhängig von seinem Störungsbild und seinen persönlichen – nicht selten schwer zu ertragenden – Eigenheiten einen Anspruch auf Behandlung hat. Akute Suizidgefährdung gilt nicht als Kontraindikation für den Beginn einer ambulanten Psychotherapie. Patienten mit einer aktuell im Vordergrund stehenden Sucht- oder psychotischen Erkrankung, welche die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung im TZS überschreiten, wird eine adäquate Behandlung vermittelt.

Die Behandlung

Die institutionalisierte ambulante psychotherapeutische Behandlung suizidaler Hochrisikopatienten, für welche unter anderen Bedingungen die stationäre Behandlung die Alternative bildet, bedarf Rahmenbedingungen, welche die Qualität der Behandlung absichern. Ein wesentliches Merkmal der Behandlungen ist die Zuverlässigkeit. Das TZS gewährleistet, dass während der Öffnungszeiten von 8:30 bis 16:30 ein Therapeut kurzfristig für ein Gespräch zur Verfügung steht und auch in der weiteren Behandlung kein Therapeutenwechsel erfolgt. Die Behandlungen sollen ohne Wartezeiten beginnen können. Termine werden verlässlich eingehalten und die Behandlungsstunden pünktlich

begonnen. Die Behandlungen werden umfangreich dokumentiert. Es müssen Ressourcen für ungeplante Kontakte bei akuten Krisen eingeplant sein. Die Therapeuten verfügen über eine psychiatrische, psychoanalytisch-psychotherapeutische und suizidologische Kompetenz. Die Möglichkeit zu einer pharmakologischen Behandlung ist in der Einrichtung gegeben. So kann es zu Beginn der Behandlung zunächst notwendig sein, dafür zu sorgen, dass der Patient seine Grundbedürfnisse befriedigen kann und deshalb die Verschreibung eines Schlafmittels oder einer beruhigenden bzw. angstlösenden Medikation sinnvoll sein.

Der Zugang zur Ambulanz des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete ist niedrighschwellig. Die Patienten werden von niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten oder psychiatrischen Kliniken überwiesen, von Beratungsstellen empfohlen, von Angehörigen motiviert oder kommen von selbst. Meist beginnt die Behandlung mit einem Anruf im Sekretariat, welches in kürzest möglicher Zeit das Gespräch zu einem Psychotherapeuten vermittelt, der dann auch die Behandlung übernimmt. Im ersten, meist telefonischen Kontakt entsteht ein erster Eindruck von der Problematik des Patienten. In diesem Gespräch wird ein Termin im Therapie-Zentrum vereinbart. Schon beim ersten Telefonat und im ersten Gespräch wird eine Risikoabschätzung vorgenommen und notfalls – einvernehmlich – die Indikation für eine stationäre Behandlung gestellt werden, was allerdings nur selten vorkommt.

Nicht wenige Patienten nähern sich einer Behandlung nur vorsichtig an. Manche fragen im Sekretariat zunächst nach Informationen oder fragen nach Hilfe für einen Freund oder eine Freundin, andere fragen über E-Mail an, einige "umschleichen" den abseits der Psychiatrischen Klinik gelegenen Pavillon der Ambulanz, bevor sie sich trauen, hineinzugehen. Die Beziehungsaufnahme zum Psychotherapeuten ist oft sehr ambivalent und erscheint zumindest vordergründig aggressiv, entwertend und anmaßend, womit er oft schon unbewusst Aspekte seiner Konfliktthematik mitteilt. Vielen Patienten fällt es in der ersten Stunde schwer, über ihre Probleme zusammenhängend zu berichten oder eine klare Absprache über den Behandlungsrahmen zu treffen. Der Patient versucht, den Therapeuten in seine ihm mögliche Art der Beziehungsaufnahme und -gestaltung zu verwickeln und behandelt ihn – zumindest teilweise – unbewusst wie andere wichtige Menschen in seinem Leben. Im Therapeuten kann in seiner Gegenübertragung eine Vielzahl von Gefühlen entstehen wie: Fürsorgliche Impulse, Beunruhigung, Ablehnung, Ärger, Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit oder Insuffizienz. Zu Beginn der Behandlung steht in diesem Sinne die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung zunächst im Vordergrund. Aufgrund der hohen Ambivalenz der meisten suizidalen Patienten gegenüber einer Behandlung gerade zu deren Beginn ist die Fähigkeit entscheidend, sich auf sehr unterschiedliches Agieren der Patienten einzulassen, ohne den therapeutischen Rahmen zu verletzen. So ist das Haltgeben im Sinne von Strukturieren,

das Vermitteln von unbedingter Verlässlichkeit, das Aushalten im Sinne des Containments und das Einhalten stabiler Rahmenbedingungen auch bei notwendigen flexiblen Abweichungen in akuten suizidalen Krisen eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Aufnahme und des Verlaufs der Behandlung. Innerhalb der etablierten therapeutischen Beziehung entaktualisiert sich in der Regel die Suizidalität schnell. Die Beziehung zu der Person des Therapeuten ist von zentraler Bedeutung. Dies wird besonders deutlich bei suizidalen Krisen in der Behandlung, die nicht selten vorkommen, wenn der Therapeut seinen Urlaub nimmt, oder auch, wenn das Ende der Behandlung bevorsteht.

In der Psychotherapie steht, anders als in der Krisenintervention, nicht die auslösende Situation, sondern die zur Suizidalität führende innere psychische Dynamik im Fokus der Behandlung. Im therapeutischen Setting können Aufgaben bewältigt werden, welche in der Regel die zentralen Konflikte des Patienten berühren: den Aufbau und das Halten der therapeutischen Beziehung und das zwangsläufige Ende der Behandlung i.S. einer Trennung. Die inneren Konflikte des Patienten finden sich in der therapeutischen Beziehung wieder. Der Patient findet in dem Therapeuten jemanden, der über einen inneren Raum verfügt, welcher die unerträglichen Affekte des Patienten aufnehmen, aushalten und ohne Wertung auch ansprechen kann. Das wesentliche Moment für die therapeutische Arbeit ist die Analyse der Übertragung und Gegenübertragung. In dieser Analyse kann der Therapeut Erkenntnisse über die innere Welt des Patienten gewinnen und zum geeigneten Zeitpunkt deuten.

Die Behandlungen in der Ambulanz des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete dauern im Idealfall zwischen 3 und 9 Monaten mit einer Stunde in der Woche. Aber auch kürzere Behandlungen haben sich durchaus als hilfreich erwiesen. Suizidalität ist meist Ausdruck einer schwerwiegenden Problematik, die mit einer kurzpsychotherapeutischen Behandlung in der Regel nicht "geheilt" werden kann. Nur in einem Viertel der Behandlungen betrachten die Therapeuten die Behandlung als abgeschlossen und halten eine erneute suizidale Krise als weniger wahrscheinlich.

Eine Behandlung betrachten wir auch als erfolgreich,

- wenn es gelingt, den Patienten in eine weitere längerfristige ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung zu vermitteln,
- wenn es gelingt, den Patienten zu einer vorher kategorisch abgelehnten stationären Behandlung zu bewegen,
- wenn es gelingt, den Patienten zur Akzeptanz einer pharmakologischen Behandlung zu bewegen,
- wenn der Patient immer noch Suizidgedanken kennt, aber sich nicht zu suizidalen Handlungen gedrängt fühlt und

- sich in einer Krise rechtzeitig Hilfe holt bzw. wieder an das TZS wendet.

Nicht wenige Patienten kennen auch nach den Behandlungen in erneuten Krisen noch Suizidgedanken, können sie jedoch ohne Suizidversuch überstehen oder sich rechtzeitig Hilfe suchen. Für viele Patienten ist die Existenz des Therapie-Zentrums auch nach der Behandlung von großer Bedeutung, als ein verinnerlichter Ort, an den sie sich im Notfall wenden können. Für sie steht die Antwort einer Patientin in der Katamnese: *"Ich habe gelernt, dass die Suizidalität ein Teil von mir ist, der bleibt. Sie erschreckt mich nicht mehr so sehr. Die Impulse kann ich besser überstehen, weil ich beschließen kann, ihnen nicht nachzugeben. Und es ist beruhigend, dass es in ausweglosen Zeiten Hilfe gibt"*.

Insgesamt wurden bislang mehr als 3.000 Patienten im TZS behandelt, zwischen 50 und 80 Patienten befinden sich i.d.R. in Behandlung. Der Erfolg der beziehungsorientierten psychotherapeutischen Arbeit wird auch in der Abbruchquote deutlich, die mit 18% deutlich unter der üblicher psychotherapeutischen Behandlungen liegt. Dies erhält besonders Gewicht, wenn die geringe Compliance suizidaler Patienten berücksichtigt wird. In 7 Fällen endete die Behandlung durch den Suizid des Patienten. Eine zwangsweise Unterbringung bzw. die Einschaltung der Polizei wurde in den 17 Jahren des Bestehens des TZS in nur 14 Fällen eingeleitet. 75% der Patienten haben zum Teil schwere Suizidversuche in der Vorgeschichte. Allerdings kommen nur 22% der Patienten unmittelbar nach einem Suizidversuch in Behandlung. Die meisten Patienten begeben sich in einer erneuten suizidalen Krise in Behandlung. Aus diesem Grund haben wir Visitenkarten mit der Adresse unseres Zentrums an chirurgische und internistische Notaufnahmen in Hamburg verteilt. Wir haben die behandelnden Ärzte dort gebeten, diese Karten Patienten nach einem Suizidversuch zu geben. Allerdings sollten Sie nicht dazu aufgefordert werden, sofort in unser Zentrum zu kommen, sondern es sich zu überlegen, wenn Sie wieder in einer Krise sind. In der Tat tragen manche dieser Patienten die Karte monatelang bei sich, bevor sie zu uns in Behandlung kommen. Das niedrigschwellige Konzept kann Patienten vor einem möglichen Suizidversuch erreichen und ist in diesem Sinne suizidpräventiv.

Weitere institutionelle Rahmenbedingungen

Die Psychotherapeuten tragen in der ambulanten Behandlung suizidaler Hochrisikopatienten, für die eigentlich eine stationäre Behandlung angemessen wäre, eine hohe Verantwortung und unterliegen einer nicht unerheblichen emotionalen Belastung. Anders als im Regelfall einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung können Behandlungsfehler den Tod oder schwere Verletzungen des Patienten nach einem Suizidversuch zur Folge haben. Im ambulanten Setting besteht für die Therapeuten zudem nicht die Möglichkeit der Überwachung suizidaler Patienten, welche durch unvorhersehbare Konflikte im Zeitraum zwischen den

Behandlungsstunden erneut suizidal dekomensieren können. Der durch die Suizidalität der Patienten induzierte hohe Handlungsdruck, das Handling unvermeidlich und notwendig auftretender negativer Gegenübertragungseffekte sowie die Notwendigkeit des "kontrollierten Verwickelns" mit den Patienten in der Behandlung erfordern eine ständige Reflexion, einen repressionsfreien kollegialen Austausch sowie die Möglichkeit der Entlastung im Team. Andernfalls ist die Qualität der Behandlungen in Frage zu stellen.

Eine zentrale Bedeutung haben im TZS deshalb die regelmäßigen Fallkonferenzen in Form von Intervisionen, die ständige Möglichkeit zu adhoc-Intervisionen, externe Supervisionen sowie eine ausführliche Dokumentation der Behandlungen.

Fallkonferenz und Dokumentation dienen

- der Minimierung der Gefahr fehlerhafter therapeutischer Entscheidungen,
- der kontinuierlichen Überprüfung und Absicherung therapeutischer Entscheidungen,
- der Entwicklung möglicher psychotherapeutischer/psychiatrischer Alternativen für die jeweilige Behandlung,
- dem adäquaten Umgang mit negativen Gegenübertragungseffekten und "Verwicklungen" in der Behandlung,
- der Koordination von psychotherapeutischer und pharmakologischer Behandlung,
- der – emotionalen – Unterstützung und Entlastung der Therapeuten in konflikthaften Behandlungen,
- der Überprüfung der Indikation der Behandlung,
- der Einleitung des Abschlusses einer Behandlung,
- der Information aller Therapeuten über die in Behandlung befindlichen Patienten, damit im akuten Notfall bei Abwesenheit des Hauptbehandlers eine kompetente Vertretung möglich ist,
- im Konfliktfall dem Nachweis einer verantwortungsvollen Behandlung des Patienten, sowie
- der konzeptionellen Weiterentwicklung der Behandlungen und des institutionellen Rahmens.

Die Notfallindizierte Psychodynamische Therapie Suizidaler ist eine dynamische Konzeption, die aus der Integration psychoanalytischer und psychiatrischer Behandlungsformen in einem spezifischem institutionellen Rahmen und einer wissenschaftlichen Begleitung besteht. Die beschriebenen

Anforderungen einer psychotherapeutischen Ambulanz für akut und chronisch suizidale Patienten nach dieser Konzeption sind mit 4 Psychotherapeuten im Umfang von 3 Stellen sowie Mitarbeiterinnen im Sekretariat und Empfang im Umfang von 1,5 Stellen zu bewältigen. Dazu werden Ressourcen für die Evaluation und wissenschaftliche Begleitung benötigt. Unterhalb dieses Schlüssels ist die Qualität der Behandlungen nicht aufrecht zu erhalten. Die täglich achtstündige Erreichbarkeit, der zeitliche Mehraufwand für Interventionen und Dokumentation sowie die Aufwendungen für die notwendige permanente Evaluation werden von den Kostenträgern nur teilweise erstattet, so dass die institutionelle Notfallindizierte Psychodynamische Therapie Suizidaler zur Zeit nur durch zusätzliche private Spenden möglich ist.

Die Forschungsgruppe "Suizidalität und Psychotherapie"

Die Forschungsgruppe "Suizidalität und Psychotherapie" besteht aus den akademischen ständigen Mitarbeitern des TZS sowie aus projektbezogen drittmittelfinanzierten weiteren Mitarbeitern, Doktoranden und Diplomanden. Allgemein ist ihre Aufgabe das Gewinnen und Verbreiten von Erkenntnissen zu suizidalem Erleben und Verhalten, seiner Behandlung und Prävention. Die detaillierte Dokumentation der Arbeiten der Forschungsgruppe kann im Internet abgerufen werden.

Forschung

Der Bereich Forschung unterteilt sich in wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des therapeutischen Angebots des TZS, Forschungsschwerpunktprojekte einzelner Mitarbeiter sowie drittmittelfinanzierter Einzelprojekte. Die wissenschaftliche Begleitung dient der Untersuchung, Beschreibung und Entwicklung des therapeutischen Angebots des TZS sowie dessen Konzeptionalisierung. In diesem Rahmen wurden ein umfassendes EDV-gestütztes Dokumentationssystem entwickelt sowie mit quantitativen und qualitativen Methoden Einzelfragstellungen bearbeitet. Einen bedeutenden Umfang nehmen in den Forschungen des TZS genderdifferente Untersuchungen ein. Innerhalb dieses Schwerpunkts vertritt Benigna Gerisch den Forschungsbereich "Interdisziplinäre psychoanalytische Frauenforschung und Suizidalität", welcher von ihr in diesem Heft ausführlich dargestellt wird (GERISCH 2007) und u.a in bislang zwei Monographien gemündet ist (GERISCH 1998, 2003). Eine weitere Monographie über die Suizidalität von Männern stammt von Reinhard Lindner (2006) und wird ebenfalls in diesem Heft ausführlicher behandelt (LINDNER 2007). Die Problematik der "Suizidalität im höheren Lebensalter" mit der Zielsetzung der Entwicklung und Evaluation adäquater Behandlungsangebote wird in einem eigenen Schwerpunkt untersucht (siehe ALTENHÖFER 2007 in diesem Heft) und von der Werner Otto Stiftung, der Hinrich Rave-Stiftung und der Werner Bosch Stiftung finanziell gefördert. Weitere

Forschungsschwerpunkte beschäftigen sich mit der Bedeutung der Suizidalität in der Kultur, den (neuen) Medien, der Untersuchung des Suizidgeschehens in Hamburg sowie der Suizidalität im Strafvollzug. Darüber hinaus ist das TZS an zwei Multicentre-Studien beteiligt: der von der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) geförderten Studie "Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression" unter der Federführung des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt und der EU-finanzierten Studie zur Untersuchung der Suizidversuche in ausgewählten Regionen in Europa im Rahmen der WHO/European Network for Suicide Research and Prevention unter der Federführung von Prof. Schmidtke in Würzburg.

Lehre, Fort- und Weiterbildung

Neben der Lehre in Psychiatrie für Medizinstudenten an der Medizinischen Fakultät und der Psychoanalyse im "Studienprogramm Genderstudies und Queer Studies" der Universität Hamburg (Benigna Gerisch) nehmen Fort- und Weiterbildungen von Ärzten, Psychologen, Pflegekräften und Teams von Beratungsstellen einen zunehmend größeren Raum ein. Besonders hinweisen möchte ich auf die Nachfrage von Fortbildungen im Bereich des Bundesgrenzschutzes sowie einem Fortbildungszyklus in allen Hamburger Strafvollzugsanstalten.

Wissenschaftliche Kommunikation

Die Aufgabe der Förderung der wissenschaftlichen Kommunikation wird durch Publikationen, Vorträge und die Veranstaltungen von Vortragsreihen und Tagungen wahrgenommen. Das TZS gibt die Buchreihe "Hamburger Beiträge zur Psychotherapie der Suizidalität" mit bislang 5 Bänden heraus und hat in mehreren Jahren die Vortragsreihe "Psychotherapie und Suizidalität" durchgeführt. Darüber hinaus engagiert sich das TZS in der Organisation von Tagungen: 1993 der "Workshop: Operationale psychodynamische Diagnostik mit der ICD-10", 1994 die Tagung "Kurzpsychotherapie mit Suizidgefährdeten? Zur psychoanalytischen Theorie und Psychotherapie der Suizidalität", 2001 die internationale Tagung "Suicidality - Psychoanalysis. The Current State of Research and Treatment - Future Perspectives", deren erste Folgetagung 2006 in London stattfand und die nächste 2011 in Boston vorbereitet wird. 2005 führten wir die 33. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) in Hamburg unter dem Titel "Handlungsebenen in der Suizidprävention" durch. Darüber hinaus waren Mitarbeiter des TZS an der Vorbereitung verschiedener wissenschaftlicher Frühjahrstagungen der DGS auf Schloss Reinsburg in Günzburg beteiligt. Aktuell bereiten wir ein Symposium zur Verabschiedung von Professor Götze unter dem Titel "Zum Verständnis und zur Behandlung suizidaler Patienten" im Oktober 2007 vor. 2001 habe wir in Kooperation mit der Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie unseres Universitätsklinikums die

"Arbeitsgruppe Qualitative Psychotherapieforschung" (AGQP) gegründet, in der in über 40 Veranstaltungen von Wissenschaftlern aus dem deutschsprachigen Raum Projekte vorgestellt und diskutiert wurden.

Regionale und überregionale Kooperation

Kooperationen im Sinne gemeinsamer Projekte gibt es auf regionaler Ebene besonders mit der Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie und dem Institut für Rechtsmedizin, dem Institut für Journalistik der Universität Hamburg, dem Albertinenhaus sowie weiteren Hamburger Kliniken. Weitere Kooperationen gibt es mit der Tavistock-Clinic in London und der Harvard Medical School in Boston. Mitarbeiter des TZS sind engagiert bei der Gründung und Entwicklung der Initiative "Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland" und der "Deutschen Akademie für Suizidprävention (DASP)" und haben Funktionen in der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), der International Association for Suicide Prevention sowie in weiteren psychoanalytischen und psychiatrischen Fachgesellschaften. Das TZS ist Mitglied im WHO/European Network for Suicide Research and Prevention und wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO als "centre of excellency in Suicidology" gesehen.

Suizidprävention und Öffentlichkeitsarbeit

Suizidalität ist ein in der öffentlichen Wahrnehmung deutlich unterschätztes Problem. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzte für das Jahr 2000 weltweit 815.000 Suizide. Damit starben nahezu so viele Menschen durch Suizid wie durch Mord und Totschlag (520.000) und kriegsbedingte Gewalt (310.000) zusammen. Weitgehend unbekannt ist auch, dass in vielen europäischen Ländern mehr Menschen durch Suizid sterben als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und AIDS zusammen. Der Suizid unterliegt einem gesellschaftlichen Tabu. Das Tabu betrifft nicht unbedingt die Präsenz von realen oder fiktiven Suiziden in den Medien, aber durchaus deren Darstellung und Interpretation. Die Tabuisierung berührt besonders die Auseinandersetzung mit dem Thema als Betroffener, Angehöriger, Freund oder Kollege. Problematisch ist auch die ungenügende Beachtung der Suizidalität im Gesundheitswesen. Die WHO bezeichnet deshalb das Brechen des Suizid-Tabus als eine wesentliche gesellschaftliche Aufgabe. Der Auseinandersetzung mit der Suizidproblematik stellen sich viele Widerstände entgegen, sie ist eher aversiv und mit großen Ängsten besetzt. Fast jeder Mensch hat Erfahrungen mit der Suizidalität oder dem Suizid von mehr oder weniger nahe stehenden Menschen, die bei ihm Gefühle von Schuld, Scham, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, aber auch Ärger und Wut ausgelöst haben. Diese Gefühle sind unangenehm, man möchte sich nicht mit ihnen beschäftigen: sie werden schnell verleugnet

und verdrängt. Über Suizidalität kann nur schwer gesprochen werden. Enttabuisierung heißt, diese Sprachlosigkeit zu überwinden.

Einen besonderen Stellenwert nimmt deshalb im TZS der Bereich Öffentlichkeitsarbeit ein. Suizidprävention geht weit über die bisher beschriebenen Aktivitäten des TZS hinaus. Das "Brechen des Tabu über den Suizid" (WHO) ist eine grundlegende präventive Aufgabe. Das TZS führt deshalb seit 1998 regelmäßig Pressekonferenzen zur Suizidproblematik durch und versucht sowohl Aufklärung als Einfluss für eine sensible Berichterstattung zu erlangen. Neue Wege der Öffentlichkeit beschritt das TZS Anfang 2000. Zusammen mit FORlife, dem Förder- und Freundeskreis des TZS wurde mit einer Werbeagentur die Plakatkampagne "Selbstmord kann jeden treffen" entworfen und realisiert, die nach unserer Kenntnis zumindest im europäischen Raum bis dahin einmalig war. Außerdem wurde im gleichen Rahmen das Konzept der Veranstaltungsreihe "...darüber reden. Kulturwoche Suizidalität" entworfen und seit 2001 bisher viermal umgesetzt. Die bisherigen Kulturwochen folgen dem Konzept dezentraler Veranstaltungen, in denen künstlerische Arbeit an der Suizidproblematik einen Raum für die Besucher eröffnete, einen zum Teil sehr persönlichen Dialog über diese Thematik zu beginnen. Das Konzept setzt auf die Entwicklung der Bürgerbeteiligung, indem zunehmend weitere Veranstalter in den Rahmen der Kulturwoche einbezogen wurden. Dieses Ziel wurde durch die steigende Anzahl und Qualität der beteiligten Veranstalter erreicht. Das Projekt startete mit zehn Veranstaltungen, im Jahr 2002 waren unter dem Dach der Kulturwoche bereits dreißig Veranstaltungen organisiert.

Die Plakatkampagne und die Programme der "Kulturwochen" können unter www.forlife.de eingesehen werden. Weitere Informationen zum TZS finden Sie unter

www.uke.uni.hamburg.de/tzs

Literatur

ABRAHAM K (1912) Aufsätze zur psychoanalytischen Erfahrung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. Zentralblatt der Psychoanalyse 2: 302-311

ABRAHAM K (1916) Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: ABRAHAM K. Gesammelte Schriften. Bd. II. Fischer, Frankfurt/M

ALTENHÖFER A (2007) Suizidalität im höheren Lebensalter. Suizidprophylaxe 34: 146-154

BALINT M, ORNSTEIN P, BALINT E (1973) Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M

- BELL D (1995) Who is killing what or whom? Psychoanalytical Psychotherapy Vol 15 No 1: 21-37
- BELLAK L, SMALL L (1972) Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Suhrkamp, Frankfurt/M
- BRONISCH T (1996) Studien zur Beziehung von Depression und Suizidalität. In: Nervenheilkunde 15: 518-522
- DAVENLOO H (Hrsg.) (1980) Short-Term Dynamic Psychotherapy. Jason Aronson, New York
- FEDERN P (1929a) Die Diskussion über "Selbstmord", insbesondere "Schüler-Selbstmord", im Wiener psychoanalytischen Verein im Jahre 1918. In: Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik 3: 333-344
- FEDERN P (1929b) Selbstmordprophylaxe in der Psychoanalyse. In: Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik 3: 379-389
- FIEDLER G, GÖTZE P, GANS I, GERISCH B, LINDNER R, RICHTER M (1999) Psychoanalytischen Kurzpsychotherapien bei akuter Suizidalität. Das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung Hamburgs - ein Überblick. In: Hamburger Ärzteblatt 53: 537-542
- FIEDLER G, LINDNER R (2001) Neurowissenschaften, Suizidalität und Psychotherapie. In: BRONISCH T, FELBER W, WOLFERSDORF M (Hrsg.) Neurobiologie suizidalen Verhaltens. Roderer Verlag, Regensburg, S. 347-364
- FIEDLER G, GÖTZE P (2005) Ambulante Psychotherapie der Suizidalität. In: Kerbe 1/2005: 14-17
- FINZEN A (1997) Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- FREUD S (1917) Trauer und Melancholie. GW10, S. 427-446
- GANS I (2007) Die erdrückende Last von verfolgenden Schuldgefühlen beim erweiterten Suizid. Suizidprophylaxe 34: 140-146
- GERISCH B (1998) Suizidalität bei Frauen. Mythos und Realität — Eine kritische Analyse. edition discord, Tübingen
- GERISCH B (2003) Die suizidale Frau. Psychoanalytische Hypothesen zur Genese. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- GERISCH B, FIEDLER G, GÖTZE P, GANS I, LINDNER R, RICHTER M (2000) "Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab." Zur psychoanalytischen Konzeption und Behandlung Suizidgefährdeter. In: KIMMERLE G (Hrsg.) Zeichen des Todes in der Therapie. Reihe Anschlüsse, Bd. 4, edition discord, Tübingen
- GERISCH B (2007) Suizidalität bei Frauen: Repräsentationen in Forschung, Praxis und Kulturproduktionen. Suizidprophylaxe 34: 154-163
- GÖTZE P (1996) Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei der Behandlung Suizidgefährdeter. In: WOLFERSDORF M, KASCHKA WP (Hrsg.) Suizidalität. Die biologische Dimension. Springer, Berlin Heidelberg
- GÖTZE P, FIEDLER G, GANS I, GERISCH B, LINDNER R, RICHTER M, SCHALLER S, SCHMIDTKE A (2002) Psychotherapie der Suizidalität. Psycho 28: 569-575
- GÖTZE P, ECKERT J, NILSON B, BIERMANN-RATJEN E-M, JÄHRIG C, KAMP-KOWERK M, MOHR M, NIEDERMEYER U, PAPPENHAUSEN R, PREUSS W, THOMAS R (2003) Fokalthherapie - Was trägt zum Erfolg bei. Eine empirisch gestützte klinische Studie. Psychotherapeut 48/2: 122-128
- GÖTZE P (2004) Die Fokusformulierung in der psychoanalytischen Kurztherapie unter besonderer Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung. In: KLÜWER R, LACHAUER R (Hrsg.) Der Fokus. Perspektiven für die Zukunft. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S. 38-50
- GÖTZE P (2007) Übertragungs- und Gegenübertragungswiderstand in der Diagnostik und Behandlung suizidaler Patienten. Suizidprophylaxe 34: 123-134
- HENSELER H (1974) Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Rowohlt, Reinbek
- HENSELER H (1981a) Krisenintervention. Vom bewussten zum unbewussten Konflikt des Suizidenten. In HENSELER H, REIMER C (Hrsg.) Selbstmordgefährdung. Von der Psychodynamik zur Psychotherapie. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 136-156
- HENSELER H (1981b) Probleme bei der Behandlung chronisch suizidaler Patienten. In HENSELER H, REIMER C (Hrsg.) Selbstmordgefährdung. Von der Psychodynamik zur Psychotherapie. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 157-170
- HORN K (Hrsg.) (1979) Aktionsforschung: Balanceakt ohne Netz? Syndikat. Frankfurt/M
- KIND J (1992) Suizidal. Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen
- KLÜWER R (1984) Versuch der Standortbestimmung der Fokalthherapie als einer psychoanalytischen Kurztherapie. In: LEUZINGER-BOHLEBER M (Hrsg.) Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen. Westdeutscher Verlag, S. 94-111

- KLÜWER R (1995) Studien zur Fokalthherapie. Suhrkamp, Frankfurt/M
- KLÜWER R (2004) Das Konzept des Fokus im psychoanalytischen Denken. In: KLÜWER R, LACHAUER R (Hrsg.) Der Fokus. Perspektiven für die Zukunft. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S. 20-37
- KÜCHENHOFF J (2005) Psychodynamische Kurz- und Fokalthherapie. Theorie und Praxis. Schattauer. Stuttgart
- LAUFER M (Ed.) (1995) The Suicidal Adolescent. Karnac Books, London
- LEUZINGER-BOHLEBER M (1984a) Psychoanalytische Kurztherapie: Zur angewandten Psychoanalyse in Institutionen. In: LEUZINGER-BOHLEBER M (Hrsg.) Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen. Westdeutscher Verlag, S. 1-53
- LEUZINGER-BOHLEBER M (1984b) Psychoanalytische Fokalthherapie: Eine klassische Psychoanalytische Kurztherapie in Institutionen. In: LEUZINGER-BOHLEBER M (Hrsg.) Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen. Westdeutscher Verlag, S. 54-71
- LEWIN K (1961) Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Huber, Bern 1963. (Field theory in social science. Selected theoretical papers. New York 1951)
- LINDNER R, FIEDLER G, GÖTZE P (2003) Diagnostik der Suizidalität. In: Deutsches Ärzteblatt 2, Heft 5: 226-229
- LINDNER R, FIEDLER G, GANS I, GERISCH B, GÖTZE P, RICHTER M (1993) Medikation in der analytisch orientierten Psychotherapie. Ihre Bedeutung bei der Behandlung suizidaler Patienten. In: GÖTZE P, SCHALLER S (Hrsg.) Psychotherapie der Suizidalität. Forschung - Theorie - Praxis. S. Roderer Verlag, Regensburg
- LINDNER R (2006) Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Studie. Psychosozial-Verlag, Gießen
- LINDNER R (2007) Aisakos: Verlust und Trennung bewältigen. Suizidalität bei Männern. Suizidprophylaxe 34: 164-171
- MALAN DH (1972) Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung. Rowohlt, Reinbek
- MALAN DH (1976) The Frontier of Brief Psychotherapy. Plenum Press, New York, London
- MALTSBERGER J T, BUIE D H (1974) Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. In: Arch. Gen. Psychiatry 30: 625-633
- MANN J (1987) Psychotherapie in 12 Stunden. Zeitbegrenzung als therapeutisches Instrument. Walter Verlag, Freiburg
- MANN JJ (1998) The neurobiology of suicide. Nat Med 4: 25-30
- MANN JJ, ARRANGO V (1992) Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. J Clin Psychopharmacology 12 (Suppl): 25-75
- MANN JJ, OQUENDO M, UNDERWOOD MD, ARRANGO V (1999) The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. J Clin Psychiatry 60 (Suppl 2): 7-11
- MENNINGER K-A (1933) Psychoanalytic Aspects of Suicide. In: Internat. J. Psycho-Anal 14: 376-390
- MICHEL K., Runeson B, VALACH L, WASSERMAN D (1997) Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. Acta Psychiatr Scand 95: 94-99
- MÖLLER H-J, BÜRK F, DIETZFELBINGER T, KURZ A, TORHORST C, WÄCHTLER C, LAUTER H (1994) Ambulante Nachbetreuung von Patienten nach Suizidversuch. Empirische Untersuchung zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Parasuizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. S. Roderer Verlag, Regensburg
- MOSER H (1975) Aktionsforschung als kritische Theorie der Sozialwissenschaften. Kösel Verlag, München
- PETRIE K (1989) Recent general practise contacts of hospitalised suicide attempters. NZ Med J 102: 130-131
- PÖLDINGER W (1968) Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern
- REIMER C, ARENTEWICZ G (1993) Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch - Ein Leitfaden für die Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- RICHTER M (2007) Zur interaktiven Funktion des suizidalen Agierens. Ein Fallbericht. Suizidprophylaxe 130: 135-140
- RINGEL E (1953) Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Verlag Dietmar Klotz, Eschborn
- RINGEL E (1969) Neue Gesichtspunkte zu präsuizidalen Syndrom. In: RINGEL E (Hrsg.) Selbstmordverhütung. Verlag Dietmar Klotz GmbH, Frankfurt/M
- SCHMIDKE A (1988): Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens. Roderer, Regensburg

SIFNEOS, PE (1966) Crisis Psychotherapy. In: MASSERMAN J (Hrsg.) Current Psychiatric Therapies. Grune & Stratton, New York

SIFNEOS P (1972) Short Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Harvard University Press, Cambridge Mass.

STENGEL E (1969): Selbstmord und Selbstmordversuch. Fischer, Frankfurt/M

STRUPP HH, BINDER J L (1991) Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart

WEDLER H (1984) Der Suizidpatient im Allgemeinkrankenhaus. Krisenintervention und psychosoziale Betreuung von Suizidpatienten. Enke, Stuttgart

WOLFERSDORF M (2000) Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart

ZEDLER P, MOSER H (Hrsg.) (1983) Aspekte qualitativer Sozialforschung. Studien zu Aktionsforschung, empirischer Hermeneutik und reflexiver Sozialtechnologie. Leske Verlag + Budrich GmbH, Opladen 1983.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Georg Fiedler
Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Martinistrasse 52
20246 Hamburg
E-Mail.: gfiedler@uke.uni-hamburg.de

Übertragungs- Gegenübertragungs-Widerstand in der Diagnostik und Behandlung suizidaler Patienten

Paul Götze

Zusammenfassung

Übertragungs- und Gegenübertragungswiderstände werden als relationales Abwehrverhalten gesehen. Übertragungswiderstände finden ihre Darstellung über das Verhalten des Patienten, nicht über das Inhaltliche. Beherrschen Übertragungswiderstände die therapeutische Beziehung, wird das Bewusstwerden des Verhaltens, der Abwehr, als vorrangig vor dem Bewusstwerden des Inhaltlichen und des Abgewehrten angesehen. Gegenübertragungsreaktionen und -reflexionen gelten bei der Arbeit mit Übertragungswiderständen als wesentliches technisches Instrument (Blankenburg-Winterberg, 1988).

In der Arbeit mit suizidalen Patienten – das zeigt die Erfahrung und das dargestellte Projekt – werden negative Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene wahrgenommen, aber – weil unangenehm und angstausslösend – nicht gedeutet. Stattdessen werden sie unbewusst überwiegend i. S. von Übertragungs- und Gegenübertragungswiderständen ausagierend abgewehrt, was häufig ein Scheitern der therapeutischen Beziehung bedeutet und nicht selten einen Suizid nach sich ziehen kann. Sowohl die Institution – hierarchisch strukturiert –, mit der sich der Therapeut identifiziert, und deren kollektive Gegenübertragungswiderstände, als auch die Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten spielen hierbei durchaus eine wesentliche Rolle.

Schlüsselwörter: Suizidalität – Übertragungs- und Gegenübertragungswiderstände – Patient-Therapeut-Interaktionsmodi

Transference-countertransference-resistance in diagnostic and treatment of suicidal patients

Summary

Transference- and countertransference-resistance constitute relational defence strategies. Transference-resistance is expressed in the patient's behaviour, not through what he says. If the relationship of therapist and patient is dominated by such resistance, it is more important to become aware of the behaviour (resistance as defence) than to become aware of what the patient says and what he defends himself against. Countertransference-reactions and -reflexions are essential tools in therapy if transference resistance occurs (Blankenburg-Winterberg 1988).

In working with suicidal patients general experience as well as the specific project reported here show that negative transference and countertransference phenomena are perceived but not interpreted or accounted for, since they are unpleasant and liable to trigger anxieties. Instead, they generally lead to unconscious defensive reactions in the