

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

patient's and/or therapist's behaviour, which often means a breakdown in the therapeutic relationship and not infrequently leads to the patient's suicide.

Both the – hierarchically structured – institution, with which the therapist identifies, and its collective counter-transference-resistances, as well as the personality of the therapist play important roles in this context.

*Key-words: Suicidality – Transference-countertransference-resistance – Modes of patient-therapist interaction*

## 1 Einleitung

Erfahrungsgemäß beschäftigt sich der Arzt und Psychotherapeut mit der Suizidalität eines Patienten nur ungern, vor allem dann, wenn Suizidalität unerwartet während der Behandlung erstmals auftaucht.

Bei genauerem Hinsehen wird der Therapeut bei sich Tendenzen entdecken, die dieses Thema zu verdrängen suchen oder zumindest verleugnen möchten.

Dies hat bestimmte und sehr aufschlussreiche Gründe. Sie zu kennen, bedeutet diagnostisch und therapeutisch eine große Hilfe.

In derjenigen Phase einer Behandlung, in der der therapeutische Prozess zu einer besonderen Intensivierung der Beziehung drängt, stehen Therapeuten offenbar in der Gefahr, die emotionale Seite des Therapieprozesses abzuwehren und den suizidalen Patienten im medizinisch-psychiatrischen Sinne auf ein zu behandelndes Objekt zu reduzieren.

Die Erfahrung zeigt, dass unbewusste, aber ganz entscheidende Motive - wie schon angedeutet - eine Rolle spielen, vor allem therapeuteneigene Ängste zu vermeiden.

Ich möchte auf die Gedanken über das unbewusste Beziehungsverhalten des suizidalen Patienten einerseits und des Therapeuten andererseits etwas ausführlicher eingehen und es überwiegend in den klinischen, d.h. institutionellen Kontext stellen, weil hier die meisten Erfahrungen vorliegen und damit auch eher überprüfbare Aussagen gemacht werden können.

Die Forschungsergebnisse sind aber von Klinik zu Klinik aufgrund der vielen formalen und inhaltlichen, d.h. vor allem therapiemethodenabhängigen Variablen, durchaus unterschiedlich. Ich möchte daher die hier herausgestellten Ergebnisse nicht als repräsentativ kennzeichnen. Es ist eine zukünftige Aufgabe, diese Ergebnisse auf ihre Allgemeingültigkeit zu überprüfen.

Neben den bedeutsamen institutionellen Bedingungen in der stationären Therapie der Suizidalität werde ich auch kurz auf die strukturabhängigen Gegenübertragungsschwierigkeiten bei suizidalen Patienten eingehen, wie sie von Jürgen Kind

(1987) herausgearbeitet wurden. Kind nimmt dabei sehr stark Bezug auf die strukturabhängigen Gegenübertragungsschwierigkeiten, wie sie von Fritz Riemann (1959) ganz allgemein für die hysterische, zwanghafte, depressive und schizoide Struktur des Therapeuten beschrieben wurden.

Im Zusammenhang mit der Bedeutung der Klinik als Institution für die Psychotherapie der Suizidalität möchte ich zunächst einige Phänomene darstellen, die ich aufgrund eigener Beobachtungen und Erfahrungen als unbewussten kollektiven Gegenübertragungs-Widerstand bezeichne.

Ich werde meine Ausführungen mit einer drastischen Szene beginnen und diese analytisch interpretieren. So komme ich in meinen Ausführungen vom psychopathologisch ungewöhnlichen Einzelfall zum pathologisch gewöhnlichen des klinischen Alltags:

*Vor einer Visite wendet sich eine auf dem Flur wartende Patientin - aufgeregt, aber mit klaren Worten - im Beisein der Krankenschwestern an den Kollegen ihres behandelnden Arztes, der zur Visite erwartet wird, und äußert, dass sie nicht mehr leben wolle und die Absicht habe, sich umzubringen. Der Kollege ist sichtlich erschrocken, was der Patientin nicht entgeht und ordnet an, die Patientin wieder auf ihr Einzelzimmer zu führen und sie darin solange (allein) eingeschlossen zu halten, bis ihr behandelnder Arzt auf der Station eingetroffen ist. Ohne irgendeine weitere Äußerung lässt sich die Patientin auf ihr Zimmer bringen.*

Dem Analytiker drängt sich folgende Interpretation auf:

Die Patientin projiziert ihr unerträgliches, bedrohliches suizidales Erleben auf den anwesenden Arzt, der - sichtlich überrascht - sich seinerseits nicht nur in seiner beruflichen Qualifikation in Frage gestellt erlebt, sondern auch seine heftigen, unangenehmen Affekte, insbesondere Angst-, Bedrohungs- und Ohnmachtgefühle, abwehren muss. In dieser Übertragungs- und Gegenübertragungssituation kommt es beim Arzt zum unbewussten Gegenübertragungswiderstand, indem er seine unangenehmen Affekte wie Wut, Hass und vor allem Angst nicht erkennt, reflektiert und adäquat therapeutisch handelt, sondern rationalisierend agiert: Das von der Patientin auf ihn übertragene Bedrohliche wird von ihm unbewusst externalisiert, indem er die Patientin weg-, d.h. von seinen Gefühlen und Affekten aussperrt und damit versucht - aus beziehungsorientierter therapeutischer Sicht - sich nicht emotional berühren und in Frage stellen zu lassen.

Dieser bemerkenswerte Vorfall - man möchte schlicht sagen: das Fehlverhalten eines Arztes - beleuchtet nicht nur das therapeutische Handeln eines Einzelnen in der Institution, sondern auch das Systemimmanente einer Klinik als Institution. Denn ich bin überzeugt, dass die therapeutische Arbeit in Institutionen, also jenseits des praxisorientierten institutions- d.h. auch hierarchiefreien

therapeutischen Dialogs, immer auch durch eine verborgene, oft nicht analysierte, weil unbewusste, aber trotzdem bestimmende Dimension in einem erheblichen Ausmaß, meist mit negativem Effekt, mit beeinflusst wird.

Spätestens seit der kritischen Durchleuchtung von Institutionen wie z.B. psychiatrischer Kliniken durch Autoren wie Basaglia (1974) Jervis (1979), Foucault (1972) und Wulff (1977) sowie durch Institutsanalytiker wie z. B. Lapassade (1970, 1972) aus allgemeinpolitischer Sicht, wissen wir, dass jede hoch organisierte und über einen längeren Zeitraum bestehende Institution die Tendenz hat, sich selbst zu bürokratisieren und sich von ihrem ursprünglichen Ziel sukzessiv zu entfernen und Eigengesetzlichkeiten zu folgen, die zum Ziel haben, den einmal erreichten Status quo aufrechtzuerhalten. Erdheim (1982) spricht von "Unbewusstmachungsstrategien" in Institutionen. Sie dienen u.a. dazu, bestehende Machtstrukturen aufrechtzuerhalten und Veränderungen zu verhindern.

Eine Teildisziplin der Psychoanalyse, die Ethnopsychanalyse, untersucht die institutionalisierten psychosozialen Abwehr- und Anpassungsmechanismen (Mentzos 1976, Parin 1977), welche die Wahrnehmung jener Bereiche der Gesellschaft unbewusst machen sollen, die eine starke Dynamik zum Wandel beinhalten und dadurch die bestehenden Herrschaftsverhältnisse in Frage stellen könnten (Erdheim und Nadig 1983).“ (Zitat aus Leuzinger-Bohleber 1985).

Jeder Psychoanalytiker, jeder Therapeut, jeder Arzt, der in einer Institution arbeitet, nimmt teil an bestimmten Machtstrukturen und steht daher in der Gefahr, sich mit den institutionalisierten Abwehr- und Anpassungsmechanismen zu identifizieren bis hin zu kollektiven Gegenübertragungswiderständen der klinischen Institution, um diese vor dem angsterregenden destruktiv erlebten suizidalen Potential ihrer Patienten zu schützen. Diese Form der Identifikation mit den systemimmanenten Elementen der Klinik als Institution könnte man wertend auch als unbewusste Perversion der eigenen Abwehrstrukturen bezeichnen. Denn durch diese Form der Identifikation kann der Therapeut die ihm zustehende Aufgabe, Unbewusstes nicht nur in seinem Patienten und in ihm selbst, sondern auch in der Institution zu erkennen, nicht mehr erfüllen.

Die in einer Klinik manifeste psychosoziale Zielsetzung eignet sich besonders, die Wahrnehmung z.B. latenter Machtstrukturen und deren Auswirkungen in der Institution abzuwehren.

Mit anderen Worten: „ Die Identifikation des Therapeuten mit der Institution, mit deren Regelsystemen und deren manifesten Zielsetzungen als Abwehrhaltung, schützt den Therapeuten vor der Wahrnehmung institutionell bedingter Konflikte und vor dem Leiden daran. Der Preis, der dafür bezahlt wird, ist die Einschränkung der Wahrnehmungs- und Erkenntnisfähigkeit vor allem im Bereich institutioneller und gesellschaftlicher Konflikte, aber vor allem auch im

Verstehen der Störungen und Probleme der Patienten und der Fähigkeit, adäquat beziehungstherapeutisch zu handeln“ (Leuzinger-Bohleber 1985).

Die meisten der institutionellen Konflikte lassen sich global nur von jemandem verstehen, der nicht selbst in dieser Institution arbeitet. In der analytisch orientierten externen Gruppen-Supervision können diese Prozesse sehr gut beobachtet werden. Denn wir können das zur Verfügung stehende analytische Erkenntnisinstrumentarium wie z.B. die Analyse eigener Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen nur dann anwenden, wenn wir in der Lage sind, aktuell ablaufende Prozesse in Institutionen auch an uns selbst zu beobachten. Doch wegen der beschriebenen Gefahr der Identifikation mit institutionalisierten Abwehr- und Anpassungsprozessen ist es notwendig, emotional und fachlich auch außerhalb der Institution analytisch tätig zu sein.

Es ist bekannt, dass für manche Therapeuten, die in Institutionen arbeiten, die Institution selbst so etwas wie "eine Familie" wird: Kontakte und Freundschaften beschränken sich ausschließlich auf einen Personenkreis, der mit der Institution, in der man arbeitet, verbunden ist. Eine solche soziale Verflechtung fördert die Identifikationsprozesse zusätzlich und verunmöglicht, sich immer wieder von einer Institution zu distanzieren und dadurch die Identifikationsprozesse zu erkennen und zu analysieren.

Daher ist es eine - wengleich idealisierte - Voraussetzung für eine kritische psychotherapeutische Tätigkeit in Institutionen, sich als so genannter Grenzgänger zu fühlen, der zwischen "innerhalb" und "außerhalb" der Institution pendelt und beide Erfahrungsfelder als Grundlage eines Reflexionsprozesses zur Verfügung hat.

Ich möchte auf das zurückkommen, was ich eingangs als das psychopathologisch Alltägliche, wengleich meist nicht analysierte, bezeichnet habe. In den nachfolgend beschriebenen pathologischen Interaktionsformen der Patient-Therapeut-Beziehung (im Kapitel ‚Eigene Untersuchungen‘) scheint der so genannte Dritte im Bunde der "Triangulierung" - die Institution - mit ihren systemimmanenten Elementen immer wieder durch und beeinflusst die Patient-Therapeut-Interaktion wesentlich - nicht nur im Sinne eines individuellen, ursprünglich kollektiven Gegenübertragungswiderstandes.

Schon frühzeitig wurde auf die Bedeutung der Reaktion des Therapeuten auf den Suizid seines Patienten sowie auf die Arzt-Patient-Interaktion während der vorangegangenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung hingewiesen, nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich. Litman (1965) befragte mehr als 200 Psychotherapeuten kurz nach dem Suizid eines ihrer Patienten. Die Therapeuten äußerten Gefühle wie Betroffenheit, Kummer, Schuld und Depressivität und machten sich nicht selten den Vorwurf angstgeprägter persönlicher Unzulänglichkeit. Zum Teil seien nach Litman unbewusste Identifikationen des Therapeuten mit dem

Patienten aufgetreten, die sich z.B. in einer Anfälligkeit des Therapeuten für Unfälle nach dem Patientensuizid geäußert hätten. Verleugnung sei der häufigste Abwehrmechanismus sowohl der Therapeuten als auch der Angehörigen und Freunde gewesen.

Auch Bloom (1967) fand in Interviews mit Psychotherapeuten, deren Patienten sich suizidiert hatten, dass die meisten Therapeuten mit Verleugnung, Verdrängung und Isolierung von Gefühlen reagierten. Aufzeichnungen über die letzte Zeit der Therapie seien spärlich oder gar nicht vorhanden gewesen. In seinen Schlussfolgerungen erwähnt Bloom, dass eine psychodynamische Interpretation der klinischen Befunde nahe legen würde, dass Feindseligkeit und Abhängigkeit als Übertragungsreaktionen der Patienten bei den Therapeuten ebenfalls Feindseligkeit sowie Zurückweisung als Gegenübertragungsreaktionen im Vorfeld des Suizids hervorrufen würden. Queren (1983) griff Beobachtungen von Maltsberger und Buie (1974) auf, die diese in Psychotherapien mit suizidalen Patienten gemacht hatten. Die beiden Autoren prägten den Begriff des sog. Gegenübertragungshasses. Queren beschreibt bei ihren 12 Fallbeispielen von stationär erfolgten Suiziden stets das gleiche Arzt-Patient-Beziehungsmuster: Patient und Therapeut würden im Vorfeld des Suizids in einen unauflösbaren "Clinch" geraten. Dem Patienten würde es unbewusst gelingen, durch Übertragungsreaktionen den Narzissmus des Therapeuten anzugreifen, z.B. auf dessen Identifikation mit einem erfolgreichen Therapeuten, wodurch bei diesem eine unkontrollierte Gegenübertragungswut ausgelöst und als -widerstand ausagiert würde.

## 2 Eigene Untersuchungen

Da die bisherigen in der Literatur mitgeteilten Ergebnisse zum stationären und post-stationären Suizid uns nur sehr begrenzt übertragbar erschienen und z. T. auch nur Hinweis- oder hypothetischen Charakter besitzen, haben wir zunächst eine retrospektive Untersuchung vorgenommen, die sicherlich nicht als repräsentativ gelten kann, aber als ausgezeichneter Ausgangspunkt für prospektive Studien gelten dürfte (vgl. Götze 2003).

Wir haben in unserer Untersuchung<sup>1</sup> die Patient-Therapeut-Interaktion bei den psychiatrischen Patienten untersucht, die sich während der stationären Behandlung und im Zeitraum von drei Monaten nach der Entlassung aus der Hamburger Universitätsklinik suizidiert haben. In einem 12-Jahres-Zeitraum konnten wir 46 Kliniksuizide und 40 Suizide nach Entlassung aus der stationären Behandlung erfassen.

<sup>1</sup> Ich möchte hier an unsere 1994 verstorbene Kollegin des TZS – Frau Dr. med. Angela Schneider – erinnern, die dieses Projekt mit gestaltet und mit durchgeführt hat.

Ohne Anspruch auf eine epidemiologische und therapieprozessorientierte Verlaufsstudie haben wir uns für die post-stationäre Zeit darauf beschränkt, nur die Suizide zu untersuchen, die uns mittels der Klinikdokumentation und eingehender Befragungen des ärztlichen und Pflegepersonals zur Kenntnis gelangten und die innerhalb der ersten 3 Monate der Entlassung erfolgt waren. Die Beschränkung auf diesen Zeitraum ergab sich zum einen aus den uns sinnvoll erscheinenden Erhebungsmöglichkeiten, zum anderen sind wir den in der Literatur mitgeteilten Untersuchungsergebnissen gefolgt, die besagen, dass innerhalb der ersten 3 Monate nach der Entlassung die meisten sog. post-stationären Suizide auftreten. Wir sind hier von der Hypothese ausgegangen, dass ein Suizid in diesem Zeitraum mit der stationären Behandlung in Beziehung gesehen werden muss, während mit größer werdendem zeitlichem Abstand zur Entlassung die ambulante Behandlung und die psycho-sozialen Faktoren prozessorientiert mehr und mehr gegenüber der stationären Behandlung an Gewicht gewinnen.

Unter den 86 Suiziden befanden sich mit 98 % in etwa zu gleichen Teilen drei diagnostische Gruppen: die Schizophrenen, die affektiven Psychosen und die zusammengefassten Gruppen der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Es fehlen wider Erwarten Suchtkranke und gerontopsychiatrische Patienten, wenngleich die Suizidrate der Suchtkranken nicht niedriger liegt als bei schizophrenen oder affektiv psychotisch Erkrankten. Offenbar suizidieren sich suchtkranke Patienten dieser Gruppen nur selten während einer stationären Behandlung und in den ersten drei Monaten danach. Bei Suchtkranken scheinen sich die gruppenorientierten Therapieformen wie auch die Tendenz, auch außerhalb der Therapien sich über die Gruppe zu definieren, suizidpräventiv auszuwirken. Auch gerontopsychiatrische Patienten suizidieren sich in der therapeutischen und kurativen Institution seltener als außerhalb derselben, wie eigene Untersuchungen zeigen konnten (Götze und Schmidt, 1993, Götze 2001), wenngleich der Wunsch zu sterben in jedem zweiten Fall nachgewiesen werden konnte. Eine Fokussierung – auf die Interaktion zwischen Therapeut und Patient erscheint uns besonders bedeutsam für das Verstehen der Entstehung wie auch Vertiefung der Suizidalität während der stationären Behandlung und zum Zeitpunkt der Entlassung. Denn anders als somatische sind seelische Erkrankungen, besonders, wenn sie mit suizidalen Befindlichkeiten verbunden sind, immer stark beziehungsabhängig, dies zeigt sich sowohl in den diagnostischen Gesprächen als auch im Therapieverlauf. Trennungen sind dabei von großer Bedeutung, weil seelisch kranke Patienten Trennungen per se als Belastung, als Krise erleben. So haben Stichtagserhebungen ergeben, dass bis zu 30 % der stationär psychiatrischen Patienten als suizidgefährdet eingeschätzt wurden.

Fast alle Patienten in unserer Untersuchung wiesen frühkindliche Beziehungsstörungen auf, die mit Trennungen verbunden waren. Bemerkenswert ist, dass wir bei 80 % der Patienten auch unmittelbar vor der letzten stationären

Aufnahme schwerwiegende Trennungsprobleme nachweisen konnten. Ebenfalls 80 % der Patienten wurden bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme als suizidgefährdet eingestuft.

Es liegt daher nahe anzunehmen, dass es zum Zeitpunkt von Verlegungen, Beurlaubungen, Therapeutenwechsel und vor allem zum Zeitpunkt der Entlassung in der Therapeut-Patient-Beziehung zu einer szenischen Wiederholung von als traumatisch erlebten Trennungsproblemen kommen kann. Als Material für unsere Untersuchungen zum Interaktionsproblem standen zum einen die Aktenunterlagen der Patienten, zum anderen ein ausführliches semistrukturiertes Interview mit dem jeweils zuletzt behandelnden Therapeuten zur Verfügung. Das Interview erfolgte durch eine klinikunabhängige psychiatrisch und psychotherapeutisch erfahrene Untersucherin.

Wir haben bei der Realisierung der Interviews die Erfahrung machen müssen, dass die Therapeuten anfänglich einen z.T. erheblichen Widerstand gegen die Nachbefragung zeigten. Wenngleich wir damit gerechnet hatten, dass die Therapeuten mit einer gewissen Zurückhaltung reagieren würden, so waren wir doch über das Ausmaß der Zurückhaltung überrascht. Nur vier der insgesamt 44 Therapeuten erklärten sich vorbehaltlos zum Interview bereit. 75 % der Suizide wurden von den Therapeuten sofort erinnert, z.T. jedoch nur unter Auslassung wichtiger Ereignisse für das Suizidgeschehen, an 11 % nur nach Hinweisen, z.B. Nennung des Patientennamens bis hin zur völligen Fallbeschreibung, 4 % wurden erst nach Lesen der vom Behandler selbst geführten Krankenakte und 10 % der Suizide wurde trotz Lesens der Krankenakte überhaupt nicht mehr erinnert. Vor allem die letztgenannten Suizide lagen nicht, wie man vermuten könnte, zeitlich am weitesten für den jeweiligen Therapeuten zurück, auch bestand kein erkennbarer Zusammenhang mit dem Erfahrungshintergrund des Therapeuten, sondern die Suizide waren, wie aus den Aktenaufzeichnungen deutlich hervorging, für den Therapeuten jeweils extrem belastend gewesen.

Wie belastend die Patienten-Suizide erlebt wurden, wurde schon daran deutlich, dass die Therapeuten im späteren Interview in etwa einem Viertel der Suizide auf der unbewussten Ebene ihr eigenes ungelöstes emotionales Problem mit dem Suizid ihres Patienten am ehesten durch Rationalisierung und Isolierung abwehrten, indem sie z.B. die Schwere der Erkrankung oder die deprimierenden Lebensumstände des Patienten als motivbildend und im Sinne einer logischen Konsequenz als alleinige Begründung des Suizids anführten. In fast jedem zweiten Fall wurden im späteren Interview eigene Schuld- und Insuffizienzgefühle auf Familienangehörige, auf behandelnde Kollegen und auf die Erfordernisse und Bedingungen der Klinik - im Sinne einer negativen Gegenübertragung - projizierend abgewehrt.

Während in der Aktenführung - offenbar unter dem Eindruck des Suizids - sehr selten ein zumindest deskriptives kritisches Resümee vom behandelnden Therapeuten gezogen worden war, konnten dieselben Therapeuten im späteren Interview in 80 % der Fälle

durchaus ein so genanntes Motiv oder einen für den Suizid entscheidenden Erlebniskomplex nennen! Genannt wurden vor allem Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich, eine ausgeprägte Hoffnungslosigkeit ohne jede Zukunftsperspektive und eine schwere Selbstwertkrise.

Eine weitere Frage im Interview war die nach der emotionalen Reaktion des Therapeuten in der Behandlungssituation. Am häufigsten wurden Sympathie für und Sorge um den Patienten genannt, die mit dem Gefühl der Hilflosigkeit korrelierten.

Die Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen lösten bei den Therapeuten in der Behandlungssituation unterschiedliche Gefühle aus: Sympathie gepaart mit Hilflosigkeit bis hin zur Resignation empfanden die Therapeuten vor allem gegenüber Schizophrenen, weniger gegenüber Neurotikern und - was zunächst sehr überrascht - mit nur knapp 30 % gegenüber Affektpsychotikern. In jedem 5. Fall lag eine - wie wir es nannten - "beziehungslose Beziehung" vor. Überwiegend handelte es sich dabei um Patienten mit depressiven Psychosen, nur selten um neurotische oder persönlichkeitsgestörte Patienten, in keinem Fall aber war ein schizophrener Patient betroffen.

### 2.1 Therapeut-Patient-Interaktionsmodi während der stationären Behandlung

Eine möglichst objektive Erfassung der Therapeut-Patient-Interaktion ist außerordentlich schwierig. Wir haben versucht, aus dem vorhandenen Aktenmaterial und vor allem aus dem halbstandardisierten Interview quasi synoptisch die vorherrschende Einstellung und Verhaltensweise in der Therapeut-Patient-Beziehung während des stationären Aufenthaltes herauszuarbeiten. Als zentral erwiesen sich hier Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle. Identifizierungsprozesse, die allgemein eine große Rolle bei der Sympathieentwicklung spielen, waren sowohl im positiven als auch im negativen Sinne sehr bedeutsam für die Beziehung zwischen Therapeut und Patient.

Die im Folgenden nur kurz dargestellten Interaktionsformen während der stationären Behandlung haben so z.T. einen ergebnisorientierten, z.T. einen mehr hypothetischen Charakter (n=86):

Im **harmonisierenden** Interaktionsmodus, den wir in 16 % (n=14) der Fälle sahen, sind Therapeut und Patient in Teilbereichen stärker miteinander identifiziert, dies gilt auch für die verleugnende Abwehr gegenseitiger Enttäuschungen da, wo ursprünglich hohe Erwartungen bestanden.

Unter einem **resignativen** Interaktionsmodus, der in 28 % (n=24) der Fälle zu beobachten war, verstehen wir denjenigen, bei dem trotz hoher Einfühlung auf beiden Seiten Resignation im Denken, Fühlen und Handeln vorherrschen. Der Therapeut reagiert angesichts der schlechten psychischen und psychosozialen Möglichkeiten

des Patienten in ähnlicher Weise wie dieser unbewusst mit Hoffnungslosigkeit und Resignation und verstärkt damit das negative Selbstwelterleben des Patienten.

Als **aggressiven** Interaktionsmodus, der in 56 % (n=48) der Fälle zu beobachten war, bezeichnen wir die Therapeut-Patient-Beziehung, bei der ambivalente und ablehnende, teils offen aggressive Einstellungen und Haltungen, verbunden mit mehr oder weniger abgewehrten Konflikten auf beiden Seiten im Vordergrund stehen.

## 2.2 Therapeut-Patient-Interaktionsmodi zum Zeitpunkt der Entlassung

Diese Interaktionsmodi sollen hier etwas ausführlicher und mit je einem Beispiel dargestellt werden.

Zum Zeitpunkt einer Trennung zwischen Therapeut und Patient - wie z.B. bei Beurlaubungen, Verlegungen und Entlassungen - sind die genannten Interaktionsformen von größter Bedeutung. Das Trennungserleben des Patienten wird häufig vom Therapeuten unterschätzt. So fällt zum einen auf, dass mehr als die Hälfte (54,3 %) der Patienten, die sich während der stationären Behandlung suizidierten (n = 46), sich unmittelbar vor dem Suizid mit einer Trennung von ihren behandelnden Therapeuten - z.B. durch Verlegung oder Urlaub - kurzfristig konfrontiert sahen. Zum anderen wird der Stellenwert der Entlassung für die Suizidalität in unserer Untersuchung dadurch auch deutlich, dass von den 40 erfassten post-stationären Suiziden sich 8 Patienten am Entlassungstag, davon 4 vor und 4 nach der formalen Entlassung, 14 in der ersten Woche und 7 weitere Patienten in den anschließenden drei Wochen nach der Entlassung suizidierten.

Unter den bereits Entlassenen, die sich innerhalb des ersten poststationären Monats suizidierten (n=25), befanden sich allein 10, die gegen ihren Willen entlassen oder denen eine Wiederaufnahme verwehrt worden waren. Letztere suizidierten sich unmittelbar nach erfolgter Ablehnung.

Zugleich muss berücksichtigt werden, dass von den 40 post-stationären Suizidenten allein 25 % ohne ein auf den Weg gebrachtes konkretes Nachsorgeangebot zuvor entlassen worden waren. Darüber hinaus hatten 15 % ein entsprechendes Angebot nicht angenommen, so dass insgesamt 40 % ohne eine kontrolliert realisierte Nachsorge verblieben waren.

Es ließen sich drei pathologische Interaktionsformen zum Zeitpunkt der Entlassung herausarbeiten, die mit den vorherrschenden Interaktionsformen während der stationären Behandlung Ähnlichkeiten aufwiesen, so dass wir sie gleichlautend benannt haben.

### 2.2.1 Harmonisierender Interaktionsmodus

Ausgehend vom harmonisierenden Interaktionsmodus während der stationären Behandlung werden beim harmonisierendem Entlassungsverhalten (47,5 %) vom Therapeuten und Patienten Konflikte verleugnet, offenbar in der unbewussten Annahme, dadurch überhaupt erst eine Trennung ermöglichen zu können. Es liegt z.T. eine so genannte „gute“ Beziehung zwischen Therapeut und Patient vor: Die klinische Symptomatik scheint sich zu bessern, aber der Therapeut unterschätzt oder verleugnet im Sinne der Abwehr eigener unzureichend kompensierter Selbstwertprobleme und damit verbundener Schuldgefühle und nachfolgender Aggressionsregungen sowohl den Einfluss und die Macht der für den Patienten noch häufig ungünstigen außerklinischen psychosozialen Realität, als auch die durch die Krankheitsfolgen sehr begrenzten Fähigkeiten des Patienten, dieser Realität aktiv gestaltend zu begegnen.

Aufgrund von Teilidentifikationen mit dem Patienten verhält sich der Therapeut zunehmend wie das vom Patienten gewünschte gute Objekt in fast omnipotenter Weise und verhindert so die kritische Berücksichtigung der ungünstigen außerklinischen und intrapsychischen Realität. Dadurch kommt es zu einer vom Therapeuten unbewusst forcierten, vom Patienten unbewusst agierten, auf Idealisierung und Verleugnung aufgebauten Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung, die dann - pseudopositiv - nur scheinbar beide befriedigt und die Trennung zunächst ermöglicht. Es wird Besserung da "vorgegeben" und Besserung da "attestiert", wo wechselseitige Enttäuschungen durch Verleugnungen abgewehrt werden müssen.

Am häufigsten fanden wir diese Art des Umganges mit der Trennung bei depressiven Patienten, sowohl bei affektpsychotisch und neurotisch Depressiven als auch bei ausgesprochen depressiven schizophren Erkrankten.

Fallbeispiel:

*Die 35-jährige Lehrerin war im Verlauf der 11jährigen Erkrankung von einer schizoaffektiven Psychose bereits 15-mal in unserer Klinik stationär behandelt worden. Anamnestic waren drei Suizidversuche bekannt. Die Patientin kam aus einer sehr leistungsorientierten und erfolgsgewohnten Familie, der sie auch voll entsprach. Im Verlauf ihrer Erkrankung machte sie jedoch einen von ihr als kränkend erlebten psychosozialen Abstieg durch: Auf vielen Gebieten ehemals begabt und erfolgreich, sehr kontaktfreudig und beliebt, hatte sie Jahre vor dem Suizid - im Zusammenhang mit den Folgen der Erkrankung - aus dem Schuldienst ausscheiden müssen und nur noch gelegentlich Arbeit gefunden. Während sie im schützenden Klima der Klinik sich stets zurecht fand und sich als angenommen erleben durfte, waren die außerklinischen zwischenmenschlichen Kontakte verloren gegangen. Nur zum Vater, von dem sie inzwischen finanziell vollständig abhängig geworden war, bestand noch ein allerdings*

*spannungsreiches, sehr belastendes Verhältnis: Denn die Patientin machte den Vater für den Tod der Mutter verantwortlich, die an einer Depression gelitten und sich im Rahmen eines Ehekonfliktes suizidiert hatte, als die Patientin 18 Jahre alt war.*

*Die Patientin war in der Klinik beim Pflegepersonal und bei den Therapeuten seit Jahren bekannt und außerordentlich beliebt. Alle, die sich an sie erinnerten, beschrieben sie als eine außergewöhnliche, hoch intelligente, sehr hübsche und in ihren gesunden Phasen auch sehr lebensbejahende Frau, die mit viel Kraft gegen ihre Erkrankung um die Führung eines eigenständigen Lebens kämpfte.*

*Während ihres letzten stationären Aufenthaltes stand eine depressive Symptomatik im Vordergrund. Trotz einer allgemein zunehmenden Besserung des Befindens kam es immer wieder zu extremen Stimmungsschwankungen mit depressiven Einbrüchen.*

*Zum Entlassungszeitpunkt schien sich die Patientin dann doch noch psychopathologisch stabilisiert zu haben: Mehrere Belastungsurlaube in ihre eigene Wohnung waren problemlos verlaufen, und auch die Nachsorge war gewährleistet durch ihre ambulante Psychotherapeutin und durch einen niedergelassenen Nervenarzt. Die Patientin hoffte nach der Entlassung, wieder in der Lage zu sein, eine Partnerbeziehung aufbauen zu können; sie wollte auch unbedingt wieder beruflich tätig werden. Sowohl die Patientin als auch die Therapeutin sahen die Zukunftsperspektive der Patientin ganz optimistisch. Beide aber hatten hier in der bevorstehenden Trennungssituation in unbewusst harmonisierender Weise aus den Augen verloren, dass es der Patientin tatsächlich seit langem nicht mehr gelungen war, längerfristig einer Beschäftigung nachgehen zu können. Auch war sie schon lange nicht mehr in der Lage, eine Partnerbeziehung herzustellen oder gar zu halten.*

*Wie entscheidend bei dieser gemeinsamen Verleugnung wechselseitige Identifizierungsprozesse i.S. der Idealisierung waren, beschrieb die Therapeutin später im Interview:*

*„Sie war eine junge, engagierte Lehrerin, wir waren alle geradezu verliebt in sie. Für sie wiederum stellten wir das dar, was sie hätte werden können. Wir waren damals im gleichen Alter wie sie, sie hat uns alle sehr beschäftigt und alle für sich eingenommen. Wir haben sie auch immer eher in ihren neurotischen Anteilen gesehen. Damit haben wir sie in ihrem eigenen überhöhten Leistungsanspruch auch noch unterstützt“.*

*Die Entlassung der Patientin fiel zeitlich zusammen mit dem Ausscheiden der Therapeutin aus der Klinik. Das gemeinsame Verlassen der Klinik und damit auch die zweifache Trennungssituation der Patientin, wurden nicht angesprochen, sondern mit dem drohenden Hospitalismus der Patientin rationalisierend abgewehrt.*

*Kurze Zeit nach der Entlassung stellte sich die Patientin wieder in der Klinik vor, um erneut stationär aufgenommen zu werden. Die Aufnahme wurde mit dem Argument abgelehnt, dass doch - wie schon besprochen - eine Hospitalisation unbedingt zu vermeiden sei. Die Patientin suizidierte sich noch am selben Tag.*

### 2.2.1 Resignativer Interaktionsmodus

Im resignativen Entlassungsverhalten (25 %) können sich die Abwehr der Trennungssituation und die dadurch wieder aktivierten psychosozialen Konflikte sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten nicht mehr ausreichend auf der Ebene der „Harmonisierung“ stabilisieren:

Es kommt auf beiden Seiten zu einem ausgeprägten, auch gegenseitig sich bedingenden Enttäuschungserleben mit Hoffnungslosigkeit im Denken, Fühlen und Handeln: Auf der einen Seite steht der Patient, der den Therapeuten zu Beginn der Behandlung noch als omnipotent idealisiert und sich von ihm volle Gesundheit und eine Korrektur seiner schlechten psycho-sozialen Verhältnisse erhofft hatte; und auf der anderen Seite steht der Therapeut, der sowohl an seinen nicht selten sehr hochgestellten eigenen therapeutischen Ansprüchen - verstärkt durch die Erwartungen und Idealisierungen des Patienten - als auch an den nur allzu häufig unveränderlichen Realitäten des Patienten gescheitert ist. Die aus den gegenseitigen Enttäuschungen resultierenden Selbstbewertungen sind sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten auf der bewussten Ebene nur schwer zu ertragen und müssen daher abgewehrt werden.

So werden in der Entlassungssituation häufig zukunftsorientierte Themen vermieden oder nur geradezu formelhaft angesprochen. Nicht selten drückt sich hierin ein quasi unbewusstes suizidales Bündnis zwischen Therapeut und Patient aus: Ein zu Abwehrzwecken nicht selten im Vordergrund stehender - unbewusster - therapeutischer Aktionismus auf Nebenschauplätzen des psycho-sozialen Lebens des Patienten führt nur zu einem scheinbaren Therapieerfolg, auch wenn der Patient sich zunächst auf die Handlungsebene des Therapeuten einlässt. Denn der Patient ist anders motiviert, als es der Therapeut annimmt: Der Patient will den Therapeuten nicht enttäuschen, weil er die Beziehung zu ihm nicht verlieren möchte. Es geht ihm in identifikatorischer Weise mehr um die Erhaltung der „guten“ Beziehung zum Therapeuten. Denn diese „gute“ Beziehung symbolisiert dem Patienten die unbewusste Hoffnung auf Wiedergewinnung der ursprünglich selbstwertgebenden und stabilisierenden psychosozialen Realität, welche aber vom Therapeuten schon zuvor als gescheitert aufgegeben worden war. Diese meist unbewussten Zusammenhänge erkennt der Therapeut häufig nicht. Dass es zu unbewussten aggressiven Gefühlen und schließlich zu Impulsdurchbrüchen auf Seiten des Patienten in der Trennungsphase führen kann, ist schlüssig.

Vom resignativen Entlassungsverhalten sind insbesondere depressiv schizophrene und chronisch psychisch Kranke betroffen.

Fallbeispiel:

*Es handelt sich um einen 25jährigen Physikstudenten, der sechs Monate vor seinem Suizid aufgrund der Erstmanifestation einer schizophrenen Psychose stationär behandelt worden war. Innerhalb kurzer Zeit war es - nach Besserung und Entlassung - zu einer Exazerbation der Erkrankung und zu einem zweiten Krankenhausaufenthalt gekommen, offensichtlich spielte hier die Beendigung einer vierjährigen Partnerbeziehung eine mitentscheidende Rolle.*

*Bereits drei Jahre zuvor hatte der Patient an einer diffusen Angstsymptomatik und - wie er es nannte - an einer „Sexualneurose“ gelitten; eine kurzfristige ambulante psychotherapeutische Behandlung war erfolglos geblieben.*

*Der schon immer kontaktgestörte Patient war in symbiotischer Weise an seine Eltern gebunden, besonders extrem nach der Trennung von seiner Freundin.*

*Als einziger, sein Selbstwertgefühl stabilisierender Bereich, war ihm jetzt nur noch sein Studium geblieben. An dieses Studium klammerte er sich und wurde darin auch von seinen Eltern sehr bestärkt.*

*Während der sechswöchigen Behandlung gewann der Therapeut jedoch den Eindruck, dass der Patient aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht mehr in der Lage sein würde, sein Studium erfolgreich fortzusetzen. Der Therapeut resignierte angesichts der völlig gescheiterten psychosozialen Verhältnisse. Er bewog den Patienten zur Aufgabe seines Studiums und zu einer Verlegung in ein auf eine Langzeitbehandlung spezialisiertes Psychiatrisches Krankenhaus, wogegen sich sowohl der Patient als auch die Eltern - letztlich erfolglos - wehrten. Die Mutter äußerte gegenüber dem Therapeuten: „Und wenn wir alle draufgehen, da soll er nicht hin“. Die Bedeutung und die langfristigen Konsequenzen der empfohlenen Aufgabe des Studiums, ohne dass Alternativen angesprochen wurden, wie auch die Konsequenzen aus der Verlegung wurden zwischen dem Therapeuten und dem Patienten nicht mehr thematisiert.*

*Angaben zur Suizidalität fanden sich nur im Aufnahmebericht, wo der Patient als fraglich suizidgefährdet eingeschätzt worden war. Hinweisgebend für eine suizidale Problematik waren starke Todes-, Verlust- und Versagensängste im Rahmen eines religiösen Versündigungswahnes. Diese Ängste wurden aber vom Therapeuten während der stationären Behandlung nicht aufgegriffen.*

*Im Interview berichtete der Therapeut: „Der Patient musste etwas ganz Großartiges schaffen, so auch sein Studium. Er konnte dieses Studium wirklich nicht fortführen. Es war*

*alles kaputt. Ich habe ihn sehr gemocht. Es bestand ein erheblicher Konflikt mit den Eltern, die sich zwar rührend um den Patienten kümmerten, ihn aber geradezu zerrissen. Auch ich rivalisierte sehr schnell mit den Eltern und wollte die bessere Mutter sein. Ich hatte das Gefühl, unbedingt etwas für den Patienten tun zu müssen, weil sonst nie wieder etwas für den Patienten geschehen würde(!). Aus Sorge um ihn konnten wir damals auf der Station auch seine Wünsche und Bedürfnisse nach Autonomie nicht akzeptieren, weil wir ihm die Realisierung nicht zutrauten.“*

*Im weiteren Verlauf hatte sich der Patient scheinbar mit der Aufgabe seines Studiums und der Verlegung in das auf Langzeitbehandlungen spezialisierte andere Krankenhaus arrangiert. Die produktiv-psychotische Symptomatik bestand nicht mehr. Der Patient wirkte etwas bedrückt, sonst unauffällig. Es bestanden Realitätsbezug und Krankheitseinsicht. Unmittelbar vor seiner Verlegung in das weiterbehandelnde Krankenhaus war der Patient während einer Beurlaubung in seine Heimatstadt gefahren und hatte sich dort suizidiert, indem er sich im Angesicht des Elternhauses auf der Straße von einem Auto hatte überfahren lassen(!).*

*Ohne Zweifel ist in dieser Art der Suizidhandlung der Selbstverlust aggressiv im Sinne der psychoanalytischen Aggressions- und Narzissmustheorie der Suizidalität in Szene gesetzt worden.*

### 2.2.2 Aggressiver Interaktionsmodus

Das aggressive Trennungsverhalten (27,5%) in der Entlassungssituation ist häufig Folge einer schon von Anfang an gestörten therapeutischen Beziehung; auf der Ebene der Übertragung und Gegenübertragung kommt es offensichtlich zu einer Reinszenierung frühkindlich erlebter Traumata; denn dass sich Therapeut und Patient nicht spontan trennen, liegt nicht nur am sog. Behandlungsvertrag, sondern beruht auf negativen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen, die sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten i. S. von Übertragungs- und Gegenübertragungswiderständen ausagiert werden:

Der Therapeut erlebt sich nicht als der gewünschte Helfer, sondern in die Rolle des Ohnmächtigen, des Abgelehnten oder in die Rolle des Schuldigen und des Aggressors versetzt. So fühlt sich der Therapeut nicht nur in seiner Identifikation mit einem erfolgreichen Therapeuten in Frage gestellt, sondern auch in seinem Selbstverständnis entwertet.

Der Patient kann offensichtlich nur durch sein aggressiv-entwertendes Verhalten eine Depression abwehren, die nicht selten hinter einer mehr vordergründigen psychiatrischen Symptomatik verborgen ist. Das aggressiv-entwertende Verhalten stellt - so paradox es auch erscheinen mag - ein charakteristisches Beziehungsangebot dar. Beim Therapeuten kommt es zu dem, was Tabachnik (1961) als Gegenübertragungskrise bezeichnet hat:

Der Therapeut ist in der Interaktion überwiegend mit seinen eigenen, ihn bedrängenden Gefühlen und deren Abwehr beschäftigt und steht so der Diagnostik und Behandlung des Patienten im Wege. Verärgerung, Zorn und Wut, aber auch Angst und Ohnmacherleben sind Gefühle und Affekte, die dazu führen können, dass sich der Therapeut selbst abweisend, verdeckt aggressiv und entwertend verhält.

Es kommt schließlich vom Therapeuten und vom Patienten gleichermaßen verursacht zu unbewusst inszenierten und forcierten interaktionellen Behandlungsstörungen, die sich auch auf die psychopharmakologische und psychosoziale Therapie erstrecken können. Es besteht die Gefahr, dass die gestörte Interaktion zu einer diagnostischen Fehleinschätzung aus Abwehrgründen führt. So kommt es auch zu vorzeitigen Beurlaubungen, Verlegungen und Entlassungen. Auf formaler Ebene wird gern delegiert oder auch juristisch dem Patienten Grenzen gesetzt. Auch hier zeigt sich wieder sehr eindrucksvoll der unbewusste kollektive Gegenübertragungswiderstand in der Institution, mit der der Therapeut identifiziert ist

Nicht zuletzt kommt es auch bei diesem aggressiven Trennungsverhalten aufgrund der unzureichend kontrollierten narzisstischen Wut auf Seiten des Therapeuten und auf Seiten des Patienten in der Entlassungssituation nicht mehr zur Vereinbarung einer adäquaten Nachbehandlung. Es stellt sich uns hier die Frage, ob nicht die ursprünglich latent vorhandene Suizidalität im stationär therapeutischen Handeln sich unbewusst vertieft und letztendlich poststationär ausagiert wird.

Den aggressiv-entwertenden Interaktionsmodus fanden wir besonders häufig in der Behandlung von schwer neurotisch- und persönlichkeitsgestörten Patienten mit einer ausgeprägten narzisstischen und Aggressionsproblematik, in abgewehrter Form auch bei den Affektpsychosen.

#### Fallbeispiel:

Die 37jährige Patientin war nach einem mehr appellativen Suizidversuch bei Partnerkonflikt aus der Neurologie eines Allgemeinen Krankenhauses übernommen worden, wo sie wegen einer multiplen Sklerose behandelt worden war. In der Aufnahmesituation war die Patientin als depressiv verstimmt, aber als nicht mehr akut suizidal eingeschätzt worden.

Als die Patientin drei Jahre alt war, verstarb der Vater. Die Mutter ging drei Jahre später eine zweite Ehe ein. Zu beiden Elternteilen und zu dem neun Jahre jüngeren Halbbruder war die Beziehung durchgehend gestört. Auch später hatte die Patientin nur enttäuschende zwischenmenschliche Erfahrungen gemacht. Drei Ehen scheiterten. Ihre beiden Kinder lebten von ihr dauernd getrennt. Auch beruflich und finanziell war die Situation der Patientin sehr bedrückend, hinzu kam die Belastung durch die chronisch verlaufende neurologische Erkrankung.

*Nach anfänglichen Schwierigkeiten auf der Station - die Patientin hatte sehr aggressiv alle Therapieangebote zurückgewiesen - schien sich die Beziehung aus der Sicht der Therapeutin doch noch positiv zu entwickeln: Die Therapeutin versuchte mit viel Engagement den Ansprüchen der Patientin gerecht zu werden und die Konflikte mit ihr zu bearbeiten. Sie scheiterte aber schließlich an der ausgeprägten Anspruchs- und Abwehrhaltung der Patientin. In der Akte ist vermerkt: „Die Patientin hat sich auf der Station eingelebt, hat sofort auch die Zuwendung anderer Patientinnen bekommen. Den Ärzten und dem Pflegepersonal gegenüber verhält sie sich z.T. sehr fordernd. Werden ihr aber Grenzen gesetzt, verhält sie sich eher kleinkindhaft mit bettelndem Lächeln und versucht, sich wieder in den Mittelpunkt zu stellen. Im Einzelkontakt oberflächlich, ständig betonend, wie schlecht es ihr geht, ist sie im Umgang mit Mitpatienten sehr aktiv und fröhlich“.*

*Im Behandlungsverlauf schien sich die depressive Symptomatik trotz der endgültigen Trennung von ihrem Partner abgeschwächt zu haben. Auf die von der Therapeutin vorgesehene Entlassung reagierte die Patientin sehr aggressiv, obwohl eine anschließende, von der Patientin auch gewünschte Rehabilitationsmaßnahme bereits eingeleitet worden war. Zitat aus den Aktenaufzeichnungen: „Die Patientin behauptet, man würde Kranke hinauswerfen. Sie bringt die ganze Station durcheinander. Sie erreicht, dass Patienten, die vorher auf Entlassung gedrängt hatten, ähnlich reagieren wie sie. Es erreichen die Station Anrufe von außerhalb ohne Namensnennung mit Vorwürfen, dass man Schwerkranke einfach auf die Straße setze. Jeder Versuch, mit der Patientin zu sprechen, bringt keine Änderung ihrer Haltung. Sie äußert versteckte Drohungen: Man solle sie bloß entlassen! Man werde schon sehen, was man damit täte!“ Der hinzugezogene Oberarzt hielt eine längerfristige stationäre psychiatrische Behandlung ebenfalls nicht mehr für sinnvoll. Die Patientin verließ dann - noch vor dem geplanten Entlassungstermin - auf eigenen Wunsch die Klinik. Wie aus einer späteren Versicherungsanfrage hervorging, hatte sich die Patientin drei Wochen nach der Entlassung suizidiert. Mit welcher Methode und unter welchen Umständen wurde nicht bekannt, die Anfrage der Versicherung lag noch unbeantwortet in der Akte!*

*Wie ausgeprägt die Enttäuschungswut i.S. der Affektisolierung abgewehrt werden musste, war daran erkennbar, dass die behandelnde Therapeutin - eine außerordentlich erfahrene Fachärztin - sich in der Interview-Situation auch nach Lesen der von ihrgeschriebenen Akte nicht mehr an diesen Fall erinnern konnte!*

### 3. Abschließende Bemerkungen

In der eigenen Untersuchung handelt es sich um eine bemerkenswerte Gruppe von Patienten, die fast alle frühkindliche Beziehungsstörungen mit Trennungserleben aufwiesen und die in der Aufnahmesituation sich in 80 % durch (erkannte) Suizidalität auszeichneten. Offenbar standen aber andere psychische Symptome stärker im Vordergrund, die die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf sich zogen, so dass sich in der Therapeut-Patient-Beziehung unbewusst die traumatischen Situationen reinszenieren konnten. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang besonders die Entlassungssituation (n=40) : Sowohl der aggressive als auch der resignative Interaktionsmodus gingen der Häufigkeit nach zurück (von 18 auf 11 bzw. von 15 auf 10), während der pathologische harmonisierende Interaktionsmodus auf "Kosten "der beiden anderen Interaktionsmodi entsprechend der "Wanderung" der Patienten deutlich zunahm (von 7 auf 19!).

Die Entlassungssituation ist offensichtlich ein Prüfstein für die Fähigkeit von Patient und Therapeut, sich *konstruktiv* trennen zu können. Gelingt dies nicht, kommt es zu Krisen, die nicht offen angesprochen oder auf beiden Seiten verdrängt werden, um dahinter stehende, meist stark ängstigende Gedanken und Gefühle, die schon während der laufenden stationären Behandlung gebahnt werden, nicht zu aktualisieren.

Besonders die Entlassungssituation reaktiviert – i.S. der Reinszenierung – biographisch häufig unbewusste, verdrängte pathologische Trennungsbeziehungen, verbunden mit Desillusionierung, Enttäuschungserleben, Selbstwertzweifel, Hoffnungslosigkeit sowie aggressiver Befindlichkeit. Nicht selten kommt es - wie aufgezeigt wurde - zu suizidalen Handlungen. Das psychopathologische Entlassungssyndrom kann unter diesen Umständen schwerwiegender sein als das Einweisungssyndrom!

Nicht nur für den geschulten Psychotherapeuten, sondern auch für den klinisch tätigen Arzt und Psychologen gilt es daher, insbesondere auf die szenische Übertragungs- und Gegenübertragungssituation, auf Abwehrmechanismen und Widerstand schon während der stationären Behandlung zu achten sowie darauf, über welche Ressourcen und über welche Bewältigungsmechanismen der Patient verfügt. Es darf erwartet werden, dass die herausgearbeiteten pathologischen Interaktionsmodi - ähnlich dem präsuizidalen Syndrom (Ringel 1953, 1969) - durch rechtzeitiges Erkennen während der stationären Behandlung bzw. in der Entlassungssituation psychotherapeutisch suizidpräventiv genutzt werden können. Dies macht jedoch ein umfassendes Überdenken der Behandlungs-/Entlassungssituation erforderlich; eine mehr psychotherapeutisch orientierte Supervision erscheint dafür unabdingbar.

Aber bei allem Wissen über die bewussten und unbewussten Zusammenhänge im psychiatrisch-psychotherapeutischen Umgang mit suizidgefährdeten Patienten, und bei allem

Wissen über das Ausmaß der Verdrängung, der Verleugnung, der Rationalisierung, der Isolierung und der Projektion im Bemühen, das Suizidgeschehen unserer Patienten zu bewältigen, und bei dem tiefen Wunsch nach mehr Klärung, wissenschaftlicher Erkenntnis und therapeutischem Gewinn für die suizidgefährdeten Patienten, bei all dem Genannten dürfen wir nicht aus dem Auge verlieren, dass die aufgezeigten Reaktionen und Abwehrprozesse *auch* eine für den Therapeuten notwendige protektive, psychohygienische Bedeutung besitzen - jenseits der so genannten blinden Flecken der Therapeuten, die so bedeutsam für die Entstehung und Entwicklung der Suizidalität des Patienten sein können.

Hier kann eine Klinik als Institution - mehr als nur formal psychotherapeutisch - durch eine hierarchiearme und damit auch angstfreiere Interaktion mit mehr Freiraum für eine Diskussion der psychodynamisch so wichtigen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle sehr hilfreich sein, die suizidale Befindlichkeit der Patienten und die individuellen und kollektiven negativen Gegenübertragungsphänomene der Therapeuten besser zu verstehen und therapeutisch nutzbar zu machen.

Die herausgearbeiteten pathologischen Interaktionsmodi in der Behandlung der suizidalen Patienten haben eine gemeinsame Abwehrstrategie: Angsteffekte, die als solche meist nicht leicht erkennbar sind, sind unbedingt zu vermeiden, da sie destruktiv wirksam werden - sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten.

Weiterhin wurde aufgezeigt, welche besondere Bedeutung die Klinik als Institution für die Therapie der Suizidalität besitzt: Es wurde hier von einem unbewussten kollektiven Gegenübertragungswiderstand gesprochen, der im Kern im Dienste der Erhaltung von Machtstrukturen und deren Anpassungserfordernissen steht. Auch hier ist vornehmlich der Angsteffekt, die Angst vor selbstdestruktivem Erleben und Verhalten, eingeschlossen.

Ein weiterer, wichtiger Aspekt in der Behandlung suizidaler Patienten sind die Gegenübertragungsschwierigkeiten, die persönlichkeitsstrukturabhängig sind, wie sie von Jürgen Kind herausgearbeitet wurden (Kind 1987). Nach Kind streben suizidale Patienten unterschiedliche, jedoch charakteristische Objektbeziehungen zu ihrem Therapeuten an. Die Patienten lösen dadurch typische Gegenübertragungsgefühle aus und geben auf diese Weise dem Therapeuten Aufschluss über ihre innere Befindlichkeit.

Therapeuten reagieren entsprechend ihrer dominanten Strukturmerkmale unterschiedlich auf das Bemühen des suizidalen Patienten, ihn in eine bestimmte Beziehung zu verwickeln.

In der Klinik können wir das sehr gut beobachten: Die Reaktionen verschiedener Therapeuten auf ein und denselben Patienten sind verschieden. Besonders deutlich wird dies bei Patienten, die sich in Krisen befinden und dadurch Angst im Therapeuten erzeugen und diesen mehr

oder weniger zum Handeln auffordern. Da Therapeuten selbst je nach Persönlichkeitsstruktur verschieden auf Krisen reagieren, ist auch zu erwarten, dass sie die Diagnose "Suizidalität" oder "suizidale Krise" unterschiedlich stellen und entsprechend ihrer Einschätzung mit dem Patienten umgehen.

Kind nimmt in seiner Arbeit Bezug auf die strukturspezifischen Gegenübertragungsschwierigkeiten, wie sie von Fritz Riemann (1959) für die hysterische, zwanghafte, depressive und schizoide Struktur beschrieben wurden. Letztere würden wir in diesem Zusammenhang eher als schizoid-narzisstisch bezeichnen.

1. Der mehr hysterisch strukturierte Therapeut neigt dazu, Krisen zu sehen, wo keine sind. Er diagnostiziert daher auch häufiger eine suizidale Krise. Er interpretiert z.B. das "Schnippeln" bei Borderline-Patienten eher als suizidale Äußerung und reagiert darauf mit Angst. Diese Angst muss abgewehrt werden. So wird der mehr hysterisch strukturierte Therapeut aus Angst vor der Suizidalität seines Patienten stärker zu einem invasiv-kontrollierenden Explorationsstil verleitet. Es kommt zu einem Interaktionszirkel: Der Patient zieht sich von seinem als invasiv-kontrollierend erlebten Therapeuten zurück; der Therapeut dringt in den Patienten ein, weil er dessen Rückzug als Hinweis auf eine suizidale Entwicklung interpretiert.

2. Der zwanghaft strukturierte Therapeut wird besonders empfindlich auf Versuche des Patienten reagieren, ihn unter Kontrolle zu bringen und dazu tendieren, sich mit dem Patienten in einen Machtkampf einzulassen. Dabei besteht die Gefahr, die eigenen mobilisierten sadistischen Impulse zu verdrängen oder sie durch Reaktionsbildungen dem Bewusstsein fernzuhalten.

Da besonders zwanghafte Therapeuten im Umgang mit Hass und Sadismus leicht Schwierigkeiten haben, werden sie – folgt man Maltzberger und Buie – dazu neigen, den Gegenübertragungshass aufzuspalten: in eine ablehnend-zurückweisende und in eine sadistische Komponente. So kommt es leicht zum Ausagieren des Hasses im Sinne eines unbewussten Gegenübertragungswiderstandes.

3. Der Therapeut mit überwiegend depressiven Strukturanteilen wird besonders schwer mit den durch den Patienten in ihm erzeugten Schuldgefühlen umgehen können. Er neigt dazu, dem Patienten zu nahe zu sein, sich zu sehr mit ihm zu identifizieren. Patienten, die auf dem Wege der projektiven Identifikation sich von bestimmten Selbst- und/oder Objektaspekten zu befreien suchen, werden es beim überwiegend depressiv strukturierten Therapeuten aufgrund seiner eigenen Neigung zur Identifikation "leichter" haben, als es z.B. beim schizoiden Therapeuten der Fall ist. Depressive Therapeuten tendieren dazu, den Gegenübertragungszustand des Manipuliertwerdens zu lange zu ertragen und sich in sadistischer Weise vom Patienten quälen zu lassen.

Der Therapeut wird an seinen eigenen Fähigkeiten zweifeln. Es kann - vom Patienten induziert - so zur Verstärkung eigener suizidaler Befindlichkeiten kommen. Hier ist anzumerken, dass die Suizidrate bei Ärzten, insbesondere bei Psychiatern, von allen Berufsgruppen die höchste ist.

4. Die bei psychotherapeutischen Behandlungsformen in der Regel mitschwingende narzisstische Bestätigung des Therapeuten verkehrt sich beim schizoid-narzisstischen Therapeuten ins Gegenteil, wenn ein Patient suizidal wird. Das Tun des Therapeuten schlägt fehl; jedenfalls wird der Therapeut es so erleben. Die Verarbeitung einer solchen, ohnehin schwierigen Situation mag dem schizoid-narzisstisch strukturierten Therapeuten besonders schwer fallen.

Aufgrund seiner schizoiden Anteile erlebt er die in der Suizidalität enthaltene Distanzierung als gegen sich gerichtet und hat Schwierigkeiten, sie interpretierend aufzulösen; aufgrund seiner narzisstischen Anteile fällt ihm der Umgang mit der aus dem scheinbar negativen Therapieergebnis herausgelesenen Kränkung schwer.

Abschließend sei eine Anmerkung von Maltzberger und Buie (1974) erwähnt, die grundsätzlich im Narzissmus des Therapeuten eine der Hauptschwierigkeiten im Umgang mit suizidalen Patienten sehen und nennen drei "übliche narzisstische Fallstricke" der psychotherapeutischen Berufe: das Bestreben,

jeden zu heilen,

alles zu wissen und

jeden zu lieben

---

#### Danksagung:

Für die vielen Anregungen danke ich Frau Sonja Blankenburg-Winterberg, Psychoanalytikerin und Lehranalytikerin (DPV) (s.a.: Blankenburg-Winterberg, S. (1988): Der Übertragungs-Gegenübertragungs-Widerstand. Überlegungen zur Theorie und Technik. Forum Psychoanal. 4: 318-332).

#### Literatur

BASAGLIA F (1974): Was ist Psychiatrie? Frankfurt a. M., Suhrkamp

BLANKENBURG-WINTERBERG S (1988): Der Übertragungs-Gegenübertragungswiderstand. Überlegungen zur Theorie und Technik. Forum Psychoanal 4: 318-332

BLOOM V (1967): An Analysis of Suicide at a Training Center. Amer. J. Psych. 123 (8) 918-925

- ERDHEIM M (1982): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethno-psychoanalytischen Prozess. Frankfurt a.M., Suhrkamp
- ERDHEIM M, NADIG, M. (1983): Ethnopsychanalyse. In: Mertens, W. (Hrsg.) Psychoanalyse. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München, Urban und Schwarzenberg, S.129-136
- FOUCAULT M (1972): Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt a.M., Suhrkamp
- GÖTZE P (2001): Suicidality in residents of a nursing home. In: Grad O. (Hg.) Suicide Risk and protective factors in the New Millenium. Ljubljana, pp 203-206
- GÖTZE P, SCHMIDT B (1993): Suicidality among residents of a state nursing home. In: BÖHME K, WEDLER H (Hg.) Suicidal Behaviour. The State of Art. Regensburg. Roderer, S. 262-267
- GÖTZE P (2003): Zur Psychodynamik des stationären und post-stationären Suizids unter besonderer Berücksichtigung der Patient-Therapeut-Interaktion. In: GERISCH B, GANS I (Hg.) So liegt die Zukunft in Finsternis. Suizidalität in der psychoanalytischen Behandlung. S. 13-34
- JERVIS G (1979): Die offene Institution. Frankfurt a.M., Syndikat
- KIND J (1987): Strukturabhängige Gegenübertragungsschwierigkeiten bei suizidalen Patienten. Forum Psychoanal. 3: 215-226
- LAPASSADE G (1970): Von der Gruppendynamik zur institutionellen Analyse. Gruppendynamik 2 (1): 125-133
- LAPASSADE G (1972): Gruppen, Organisationen, Institutionen. Stuttgart, Klett
- LEUZINGER-BOHLEBER M (1985): (Hrsg.) Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen. Opladen, Westdeutscher Verlag
- LITMAN RE (1965): When patients commit suicide. Amer. J. Psychother. 19: 570-576
- MALTSBERGER JT, BUIE DH (1974) Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch. Gen. Psychiatry 30: 625-633
- MENTZOS S (1976): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt a. M., Suhrkamp
- PARIN P (1977): Das Ich und die Anpassungsmechanismen. Psyche, 31: 481-515
- QUEREN R (1983): Untersuchung von Kliniksuiziden in der Nervenlinik Spandau, Berlin. Suizidprophylaxe 10: 38-47
- RIEMANN F (1959): Die Struktur des Therapeuten und ihre Auswirkung in der Praxis. Psyche 13: 150-159
- RINGEL E (1953): Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Wien und Düsseldorf, W. Maudrich
- RINGEL E (1969): Neue Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom. In: Ringel E (Hrsg.) Selbstmordverhütung, Huber, Bern, S. 51-116
- TABACHNIK N (1961): Countertransference crisis in suicidal attempts. Arch. Gen. Psychiatry 4: 572-578
- WULFF E (1977): Psychiatrie und Klassengesellschaft. Frankfurt a.M., Suhrkamp

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Paul Götze  
Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS)  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg