

Zur interaktiven Funktion des suizidalen Agierens Ein Fallbericht

Monika Richter

Die Arbeit stellt dem „suizidalen Agieren“, einem Begriff aus der psychiatrischen Terminologie, eine psychoanalytische Konzeption der Suizidalität gegenüber.

Diese nutzt die Übertragung und Gegenübertragung für das Verständnis der unbewussten Prozesse, die der nonverbalen Kommunikation in den suizidalen Inszenierungen zugrunde liegen. Anhand eines Fallberichts eines Borderline-Patienten werden aus objektbeziehungstheoretischer Sicht die interaktive Funktion der Suizidalität und ihre Objektbezogenheit diskutiert.

Schlüsselwörter: Suizidalität, Psychoanalyse, Psychotherapie, Objektbeziehungstheorie, Agieren

On the interactive function of suicidal acting-out. A case report

Abstract

This paper contrasts the “suicidal acting-out”, a term from psychiatric terminology, with a psychoanalytical conception of suicidality.

These concepts are using transference and countertransference for the understanding of unconscious processes, which are the basis for non-verbal communications in suicidal interactional dynamics. From an object relational point of view and through the presentation of a case report of a Borderline-patient the interactive functions of suicidality and its object relatedness are discussed.

Key words: Suicidality, psychoanalysis, psychotherapy, object relations theory, acting-out, enactment

Meine Arbeit beschäftigt sich vor allem mit dem suizidalen Agieren einer bestimmten Gruppe oft chronisch suizidaler Patienten, die heute allgemein zu den Borderline-Persönlichkeitsstörungen gezählt werden.

Suizidales Agieren wird in der Regel nicht im Kontext einer psychoanalytischen Beziehung definiert, sondern beschreibt ein Verhalten, das nicht nur selbstschädigende Handlungen umfasst, sondern auch eine bestimmte zwischenmenschliche Interaktion. Der Begriff „Agieren“ wird hier primär als ein Synonym für Handeln benutzt, ohne dass eine unbewusste Motivierung ausdrücklich angenommen wird.

Ich jedoch beziehe mich auf die psychoanalytische Vorstellung, dass das Suizidale als Symptom immer auch als ein Agieren aufgefasst werden kann, weil der zugrunde liegende intrapsychische Konflikt nicht mehr erlebt, sondern in Handlung umgesetzt wird. Der Suizid oder der Suizidversuch und das Suizidale können allerdings im Dienste sehr unterschiedlicher unbewusster psychischer Funktionen stehen, und die Suizidalität erweist sich wie andere psychische Symptome auch als komplex und vielschichtig determiniert (Gerisch, Fiedler, Gans, Götze, Lindner, Richter 2000).

Suizidale Patienten – und insbesondere suizidal agierende Patienten – gelten häufig für die Psychoanalyse und ihre psychotherapeutischen Anwendungen als schwer zugänglich, da sich deren unbewusste, abgespaltene seelische Erfahrungen oft nicht in ihrer sprachlichen Symbolwelt zu erkennen geben, sondern darin, wie sie handeln und die anderen behandeln. Um einen Zugang zu der abgespaltenen Gefühlswelt dieser Patienten zu finden, ist es daher wichtig, auch das suizidale Agieren als eine unbewusste interaktionelle Inszenierung ihrer inneren Situation zu verstehen.

Die Frage ist nun, warum bestimmte Patienten agieren **müssen**, um ihre innere Situation kommunizieren zu können.

Kurzer Abriss der Theorieentwicklung

Schon 1945 weitete Fenichel den von Freud ganz spezifisch auf die psychoanalytische Behandlung bezogenen Begriff des Agierens (als Übertragungswiderstand gegen das Erinnern in der Behandlung, wie auch als Handlungen, die anstelle der Erinnerung produziert werden) erheblich aus, als er das Agieren als eine habituelle Eigenschaft bestimmter Patienten beschrieb. Fenichel zeigte, dass die von ihm als „Impulsneurotiker“ bezeichneten Persönlichkeiten mehr als andere dazu neigen, ihre unbewussten Regungen in Handlungen auszudrücken. Er rückte die impulsiven Persönlichkeiten von ihrer psychischen Struktur her in die Nähe Süchtiger und psychisch traumatisierter Patienten. Wie die Wiederholungssymptome traumatisierter Patienten dem Zweck einer nachträglichen Bewältigung von Erlebnissen dienten, so werde im Agieren der impulsiven Persönlichkeiten etwas von dem, was einmal schmerzlich passiv und ohnmächtig erlebt wurde, nun aktiv wiederholt im Sinne einer kontraphobischen Reaktion und diene primär der Angstabwehr (Abwehr unerträglicher Gefühle von

Ohnmacht und Hilflosigkeit). Fenichel betont, dass die impulsiven Persönlichkeiten auf orale Mechanismen der Regulierung ihres Selbstgefühls fixiert und davon abhängig seien, Zufuhr von außen zu erhalten, geliebt zu werden und etwas zu bekommen.

Auch Gütter (1968) stellte in seinen theoretischen Überlegungen zum Agieren die These auf, dass das Agieren sowohl zur Triebabfuhr (wie in den klassischen Übertragungsneurosen) wie auch zur Heilung narzisstischer Wunden dienen könne. Der Narzissmus spiele jedoch in den präödiptalen Neurosen die Hauptrolle.

Wie auch Fenichel sieht Gütter in den präödiptalen Neurosen die tiefste Wurzel des Agierens in oralen Fixierungen aufgrund früher Traumata.

Gütter fasst die Ängste, die aus der oralen Abhängigkeit entstehen, als „Objektabhängigkeitsangst“ zusammen (Überwältigungsängste, Trennungsängste, Vernichtungsängste), wobei er betont, „dass nicht die Objektabhängigkeitsangst an sich, sondern die mangelnder Autonomie entspringenden Frustrationen und narzisstischen Kränkungen gefürchtet werden. Letztere entstünden dadurch, dass es für den Erwachsenen, der prägenital fixiert sei, unerträglich sei, die eigenen Bedürfnisse nicht selbst regulieren zu können.“

In der Suizidologie war es Henseler (1975), der - beeinflusst von Kohut und der psychoanalytischen Diskussion über den Narzissmus -, die primäre Problematik der suizidalen Patienten in einer narzisstischen Störung sah. Nach Henseler erlebt der Suizidale eine Kränkung oder einen Objektverlust deshalb als so bedrohlich, weil der andere als Selbstobjekt vorwiegend zur Aufrechterhaltung des eigenen narzisstischen Regulationssystems benötigt werde. Die Suizidhandlung diene somit der Abwehr einer narzisstischen Katastrophe. Gleichzeitig sei sie eine Konfliktlösung, weil so der Gefahr, einer vernichtend phantasierten Situation passiv und hilflos ausgeliefert zu sein, aktiv zuvor gekommen werde.

Unter dem Einfluss der Kritik von Kernberg präzierte Henseler (1981) diese Annahme später durch die These, dass das gestörte narzisstische System als ein Abwehrsystem gegen frühe Objektbeziehungsstörungen zu verstehen ist. Kränkungen oder der Verlust eines narzisstisch wichtigen Objekts bedeuteten dann eine Wiederbelebung früherer traumatischer Objektbeziehungserfahrung, die infolge des unsicheren und labilen Selbstgefühls psychisch nicht mehr bewältigt werden könne.

Die Erweiterung der Anwendung der analytischen Methode auf narzisstische und Borderline- Persönlichkeitsstörungen schärfte zusehends den Blick auf die nonverbale unbewusste Kommunikation und die Verwicklungen, die diese zwischen Patient und Therapeut hervorrufen können. Diese Entwicklung zeigte sich auch in der analytischen Theoriebildung. Neue Konzepte, wie die Role-responsiveness (Sandler 1976), der Handlungsdialog

(Klüwer 1983) und das Konzept des Enactment (Jacobs 1986) ergänzten den Begriff des Agierens, der aufgrund seines engeren Bedeutungsraums den neuen Gegebenheiten nicht mehr gerecht wurde. Jacobs betont die Bedeutung von „enactment“ als einen Kommunikationsweg in der therapeutischen Situation. Auch sei der Begriff besonders nützlich, da durch ihn eine Zwei-Parteien-Interaktions-Situation gekennzeichnet werde. Klüwer (1995) unterstreicht, dass schon Ende der sechziger Jahre die Arbeiten von Argelander und Lorenzer zum „szenischen Verstehen“ eine Perspektive der Objektbeziehungspsychologie aufgenommen haben, ohne die auch sein Konzept des Handlungsdialogs, das mit dem Konzept Enactment enge Zusammenhänge aufweise, nicht entstanden wäre.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass sowohl im „Handlungsdialog“ als auch im Konzept des „enactment“ eine intrapsychische wie auch eine interaktionelle Sichtweise immanent ist. Je nach Blickwinkel wird dann „enactment“ als eine unbewusste Aktivität des Patienten – oder auch des Therapeuten – gesehen mit der Tendenz, den Therapeuten – analog den Patienten – zu verwickeln, oder ist als ein Interaktionsphänomen zu betrachten, an dem beide beteiligt sind (Klüwer 1995).

Für die Suizidologie war es Kind (1992), der postulierte, dass jeder Suizidhandlung oder jedem suizidalen Agieren eine interaktive Funktion immanent sei. Ausgehend von einer objektbeziehungstheoretischen Perspektive geht er davon aus, dass „die jeweils aktuelle Form der Suizidalität eng mit den relevanten frühkindlichen Objekterfahrungen in Zusammenhang stehe, also Ausdruck der jeweils grundlegenden internalisierten Objekterfahrungen sei, die die Psyche einst strukturierten.“ Unter dieser objektbeziehungstheoretischen Perspektive entwirft Kind ein Modell der Suizidalität, in dem er den frühkindlichen Entwicklungsphasen spezifische Funktionsformen der Suizidalität zuordnet, denen unterschiedliche Bedeutungen als auch Ziele zugeschrieben werden. Er beschreibt zwei Übergangsbereiche: Suizidalität zwischen präpsychotischem und Borderline-Funktionsniveau und Suizidalität zwischen Borderline-Funktionsniveau und dem Niveau der Integrationsprozesse.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist die von ihm als manipulativ bezeichnete borderline-nahe Suizidalität. Sie stehe im Dienste der Objektsicherung und unterscheide sich von einer resignativen Form, die Folge einer Objektaufgabe sei.

Kind betont die hohe interaktionelle Potenz dieser Form von manipulativer Suizidalität, die der Objektsicherung diene. Aufgrund der nur unzureichend integrierten positiven und negativen Selbst- und Objektrepräsentanzen auf dem Borderline-Funktionsniveau gehe es um die grundsätzliche Unsicherheit, ein Objekt wirklich halten zu können. Die Objektbeziehungen seien daher von ständigen Verlustängsten bedroht. Objekte fungierten überwiegend als Selbstobjekte und ihre Hauptfunktion bestünde darin, dem

Subjekt immer wieder für die Vergewisserung zur Verfügung zu stehen, dass es auf gute Weise im Objekt repräsentiert sei.

Versagten die Objekte in ihrer Funktion (z. B. man wird allein gelassen), gäbe es nur noch den Weg der Kontrolle durch Drohung mit Suizid. Die Aggressivität, die in der manipulativen Kontrolle über das Objekt stecke, äußere sich in der Gegenübertragung in ohnmächtigen Wutimpulsen wie auch in dem Gefühl, an den Patienten gekettet zu sein, als „Konstellation des manipulierten Objekts“ (Kind 1986). Der Patient induziere so im Therapeuten den Zustand des totalen inneren Kontrolliertseins und der damit verbundenen Wut und Ohnmacht, die er (der Patient) in sich erlebe.

Auch in der Theoriebildung von Kind ist die ständige narzisstische Gefährdung dieser Patienten aufgrund der starken Objektabhängigkeit betont, die zu einer Bedrohung des Selbsterlebens und zur Suizidalität führen könne, wenn das Objekt in seiner Funktion versage. Die Abwehroperationen dieser Bedrohung des Selbsterlebens – die Objektmanipulation und die damit verbundene omnipotente Kontrolle des Objekts in Form einer Suizidhandlung oder einer Drohung mit Suizid – werden jetzt nicht mehr als ein suizidales Agieren bezeichnet, da die Suizidalität interaktiv und objektbezogen konzipiert wird.

Wichtig bleibt jedoch, dass das Versagen des Objekts in seiner Funktion als narzisstische Kränkung erlebt wird und eine ohnmächtige und hilflos erlebte Abhängigkeitssituation mithilfe der Verkehrung von Passivität in Aktivität abgewehrt und zugleich die Kränkungswut in Form einer Kontrolle über das Objekt im „Anderen“ untergebracht wird. In der Gegenübertragung erlebt man primär Ärger und Wut.

Häufig kommt es jedoch auch zu einer Regression. Mit seiner Suizidabsicht setzt der Patient dann seine unbewusste Phantasie von der Verschmelzung mit einem narzisstischen Wunschobjekt in Handlung um (in der Theorie von Kind ist dies die fusionäre Suizidalität). In der Gegenübertragung erlebt man primär Besorgnis, vermischt mit Ärger und Ratlosigkeit.

Ist ein therapeutischer Kontakt schon etabliert, d.h. ist man in der Übertragung das wichtige narzisstische Objekt geworden, so dominiert aus meiner Erfahrung der Rückzug, die Regression, um das Objekt vor der Verfolgung des eigenen Hasses zu schützen.

Kasuistik

Ich möchte anhand eines Ausschnittes aus der Behandlung (hier der Therapiebeginn) die „interaktionelle Potenz“ einer Suiziddrohung darstellen und zeigen, welches Vorgehen notwendig erschien (ein aktives Intervenieren), um die als kränkend erlebte Situation überhaupt ansprechen und im therapeutischen Prozess emotional erlebbar machen zu können.

Herr W., 47 Jahre, von Beruf Tischler.

Herr W. kam auf Anraten eines befreundeten Seelsorgers zur Behandlung. Er beschrieb schon am Telefon, dass ihm das Leben gleichgültig geworden sei. Es klang so, als sei alles unabänderlich und quasi schicksalhaft vorherbestimmt.

Herr W. ist ein sehr großer massiger Mann, der gleich zu Beginn durch seine physische Präsenz und verbale Direktheit den therapeutischen Kontakt bestimmte. Äußerst wach, lebendig und drastisch berichtete er von der Gleichgültigkeit, die ihn befallen habe, der Sinnlosigkeit alles Tun und Handelns. Ganz schlimm sei es für ihn geworden, als er durch Zufall erfuhr, dass sich der zweitälteste Bruder erhängt habe.

Seine Geschwister hätten ihn nicht benachrichtigt. Sein Bruder sei äußerst gut gestellt gewesen, Manager in einer großen Firma, aber seine Frau mit dem gemeinsamen Kind hätten ihn verlassen. Ein halbes Jahr zuvor hätte sich der älteste Bruder erschossen, auch er sei von seiner Frau verlassen worden. Bei beiden Beerdigungen sei er nicht anwesend gewesen.

Er habe nach dem Suizid des Zweitältesten versucht, sich mit Tabletten umzubringen. Doch die Dosis habe wohl nicht ausgereicht. Er habe sich sehr zurückgezogen, sich in Arbeit gestürzt. Das sei das Einzige, was ihn zur Zeit aufrecht erhalte.

Seine Gleichgültigkeit hänge auch mit der Trennung von seiner Freundin zusammen, der ersten Frau, die ihm wirklich wichtig sei. Es seien – so der Patient – „sehr herbe Dinge passiert: Stellen Sie sich vor, Sie sind im 7. Stock eines Hauses. Ein Mann schließt den Raum von innen ab, in dem Sie sich befinden. Sie haben keine Möglichkeit zu entkommen und dann beginnt dieser Mann ein schweres Holzbrett auf seinem Kopf zu zerschlagen und rennt mit dem Kopf gegen eine Wand“. Als ich betone, „und Sie sind dieser Mann“, meinte Herr W., ja, er denke, er habe ihr zeigen wollen, wie „geschlagen“ er sich gefühlt habe. Seine Freundin habe große Angst bekommen. Entstanden sei diese Situation durch seine Lügen. Er habe zu Hause nur durch Lügen überlebt. Seine Freundin habe entdeckt, wie unehrlich er sei und ihm Vorwürfe gemacht. Er habe die Beziehung zerstört, er könne in einer Beziehung wohl nicht leben.

Er sei eigentlich immer Einzelgänger gewesen. Er habe bis zum Tod seiner Eltern zuhause gelebt, mit Ausnahme einer siebenjährigen Unterbrechung bei der Bundeswehr, die er als „Befreiung“ erlebt habe. Sein Vater sei ein choleraischer, unter Alkoholeinfluss gewalttätiger Mann gewesen, der die Familie beherrscht habe. Er dulde keine Unpünktlichkeit. Für ihn zählte nur die Arbeit. Er konnte als ein Mann von 2.10 m Körperlänge mit seinen riesigen Händen ihn als jungen Mann über den Tisch packen und ihn hochziehen. Er sei übermächtig gewesen. Er selbst wisse, dass der Vater zwei seiner Schwestern vergewaltigt habe. Seine Phantasie sei, durch eine Vergewaltigung der Mutter entstanden zu sein.

Er habe sich über Jahre in Bücher geflüchtet und nur die Arbeit gekannt. Erst nach dem Tod der Eltern habe er Kontakte zu Frauen gesucht, doch diese Beziehungen würde er immer wieder zerstören. An der Arbeitsstelle sei er auch schwer auszuhalten. Er tyrannisiere die Kollegen (z.B. beim Zu-spät-Kommen), schmeiße mit Werkzeug, wenn er ungehalten sei.

Herr W. stellte in diesem Gespräch eine lockere Atmosphäre her. Emotional war kein Leidensdruck spürbar. Vielmehr vermittelte er mir, dass es wohl sein Schicksal sei, dass andere unter ihm litten. Ich hatte Mühe, die vielen Ereignisse zu ordnen. Herr W. schilderte Begebenheiten, ohne sie mir in ihrer Bedeutung für ihn mitteilen zu können.

Zur 2. Stunde kam Herr W. total erschöpft und beschrieb mir Schmerzen in Schultern und Ellenbogen. Die letzten Tage habe er durchgearbeitet. Er möchte nichts als Ruhe. Als ich die Funktion seiner Arbeitswut anspreche, wird Herr W. ärgerlich. Ich wüsste wohl recht wenig von einem Handwerksbetrieb. Seine Ex-Freundin habe früher ähnlich reagiert.

Wie zentral die Arbeit für Herrn W. ist, wurde noch in einer anderen Situation deutlich. Herr W. berichtete, dass er „emotional überwältigt“ durch die Beziehung zu seiner Freundin, sich nur noch regressiv von ihr versorgen ließ: Er ging nicht mehr zur Arbeit, zahlte die Miete für seine Wohnung nicht mehr, lebte nur noch bei ihr und übertrug ihr alle seine Geldangelegenheiten.

Herr W. betonte, die Freundin habe nichts verstanden. Sie behaupte von sich, überhaupt nicht aggressiv zu sein. Sie fühlte sich vielmehr durch seine Aktion bedroht und sei in Angst gewesen. Er verstehe die Angst der Freundin nicht, er habe sie doch nicht bedroht. Als ich bemerkte, er fühle sich von seinen eigenen aggressiven Impulsen bedroht, wurde Herr W. plötzlich sehr ernst. Woher ich das wisse, er habe Angst, so zu sein wie sein Vater, der alles niederwalzte in der Familie, im Beruf, in den Beziehungen zu Frauen.

In der 3. Stunde griff Herr W. seine Identifikation mit dem Vater und seine Abgrenzungsbemühungen gegen ihn auf. Er berichtete, dass er versucht habe, mit Hilfe der „demokratischen Bundeswehr“ einerseits der Gewalt des Vaters zu entkommen und andererseits eine Wiedergutmachung der schrecklichen Taten des Vaters im Krieg zu versuchen.

Es wurde emotional eine sehr dichte Stunde, als Herr W. von den Kriegsverbrechen seines Vaters in Frankreich berichtete. Als Jugendlicher habe er zufällig das Urteil gefunden, das dem Vater 25 Jahre Zwangsarbeit nach dem Kriege einbrachte als mitverantwortlicher Täter einer Racheaktion der Waffen-SS.

Über das, was in den Kriegsjahren und in der Gefangenschaft passiert war, sei zuhause nicht gesprochen worden. Er denke jedoch, dass seine Mutter von den Kriegsverbrechen des Vaters gewusst habe.

Eindringlich beschrieb Herr W. sein Erschrecken, möglicherweise auch wie der Vater in einer verbrecherischen Armee zu sein. Auf einem Lehrgang der Bundeswehr in den USA traf Herr W. einen hoch dekorierten Offizier aus dem Vietnam-Krieg. Als dieser stolz von seinen Kriegsverbrechen gegen den Vietcong berichtete, sei für ihn klar gewesen: Es gebe keine demokratischen Armeen. Gleich nach der Rückkehr aus den USA, habe er sich von heute auf morgen aus der Bundeswehr entlassen lassen

In der Stunde konnte mit Herrn W. ansatzweise verstanden werden, dass die Entlassung aus seinem Beruf für ihn der Versuch war, sich zumindest äußerlich von dem „Bösen“ zu trennen. Herr W. war deutlich berührt und konnte nur durch das Erzählen von vielerlei Begebenheiten seiner inneren Situation Ausdruck geben.

Nach diesen drei Gesprächen stand mein dreiwöchiger Urlaub an. Ich hatte zu diesem Zeitpunkt noch kein richtiges Bild über das zukünftige therapeutische Vorgehen, so dass ich ein weiteres Gespräch nach meinem Urlaub mit Herrn W. vereinbart hatte.

Als ich Herrn W. nach meinem Urlaub zu dem vereinbarten Gesprächstermin im Wartezimmer abholte, sagte er mir gleich zur Begrüßung, er wolle nur kurz da sein und sich von mir verabschieden. Herr W. stand unter großem inneren Druck, kontrollierte sich nur mühsam und klagte über Schmerzen. Auf mein Fragen meinte er, er könne nicht formulieren, was mit ihm los sei. Er wolle nur Ruhe, er plane in einen Wald zu gehen und nicht mehr wiederzukommen.

Mein Bemühen um einen Gesprächskontakt war nicht erfolgreich. Herr W. stand nach 15 Minuten abrupt auf und ging.

Ich blieb mit einer Mischung aus Sorge, Ärger und Unsicherheit zurück. Zweimalige Telefonate bei Herrn W. zuhause blieben erfolglos. Da ich Herrn W. für stark suizidgefährdet hielt, veranlasste ich eine Suchmeldung bei der Polizei.

Ausschlaggebend für das „invasive“ Vorgehen war, dass Herr W. durch meine Aktion gezwungen würde, mich zu bekämpfen (in dem ich die Aggression auf mich ziehe), und dadurch eine Aggressionsumkehr erreicht würde.

Ich wurde später darüber informiert, dass Herr W. in der Polizeiwache aufgetaucht sei, um zu melden, dass seine Tür aufgebrochen worden sei. Der in die Wache gerufene psychiatrische Notarzt verfügte keine Zwangseinweisung, da Herr W. zornig deutlich gemacht habe, dass er nicht suizidal sei.

In den folgenden zwei Tagen brach der Ärger von Herrn W. telefonisch über mich herein. Herr W. warf mir vor, dass er freiwillig in Behandlung gekommen sei und die Behandlung somit auch freiwillig beenden könne. Mein Gefühl der

Besorgnis wischte er vom Tisch: „Mit Ihren Gefühlen habe ich nichts zu schaffen. Sie werden von mir die Rechnung für die kaputte Tür präsentiert bekommen. Ich werde meinen Rechtsanwalt informieren.“ (Die Polizei hatte seine Wohnungstür aufgebrochen, da sie ihn in der Wohnung vermutete).

Ich rekurrierte in den folgenden Tagen auf mein Gefühl der Besorgnis, ich hätte ihn verzweifelt und in einer suizidalen Verfassung erlebt. Nach zahlreichen Telefonaten erschien Herr W. überraschend im Therapie-Zentrum. Im Vis-a-vis-Kontakt konnte Herr W. von seiner überaus aggressiven Position abrücken und mein Gefühl über seine Verzweiflung als ein gerechtfertigtes annehmen. Er sei noch bis in die Nacht aus einer inneren Unruhe heraus mit dem Fahrrad ziellos umhergefahren. Er sei schon den Tag zuvor über seine Ex-Freundin verärgert gewesen, auch ich sei ja nicht da gewesen. Er habe einfach mit niemandem mehr reden wollen, sich nur noch nach Ruhe geseht.

Erst als wir gemeinsam verstehen konnten, dass er mich vor seiner Verärgerung und Wut, die durch sein „Verlassenworden-sein“ ausgelöst worden war, schützen wollte, indem er plante, mich zu verlassen und sich letztlich „aus der Welt zu schaffen“, erreichten wir einen gefühlsmäßigen therapeutischen Kontakt.

Zusammenfassende Überlegungen

1. Offensichtlich war ich in den ersten drei Gesprächen zu einem bedeutsamen narzisstischen Objekt für Herrn W. geworden, das seine vom bewussten Erleben abgespaltene Gefühlswelt aufnehmen und bewahren sollte.
2. Die Urlaubstrennung erlebte Herr W. wie ein „Verlassenwerden“, eine Wiederholung der schmerzhaften Trennungen im Vorfeld der Behandlung (die Suizide der Brüder, die Trennung der Freundin). Auch diese sind – so ist zu vermuten – wiederum Aktualisierungen früherer traumatischer Objektbeziehungserfahrungen in der Kindheit.
3. Die Trennung mobilisierte eine massive Wut, insbesondere darüber, keine Kontrolle über das Objekt haben zu können, von dem er sich so abhängig fühlt und das er so dringend für die Regulierung seiner emotionalen Bedürfnisse benötigt.
4. Seine narzisstische Wut erlebte er unbewusst als so zerstörerisch, dass er in Angst war, die Beziehung auch zu mir zerstört zu haben.
5. Das kurze Erscheinen nach meinem Urlaub diente einerseits der Sicherung, dass ich noch lebe, andererseits konnte er mir durch die Ankündigung seines Suizids seinen verzweifelten Zustand kommunizieren und mich auf diese Weise alarmieren, mich für ihn einzusetzen.

Die suizidale Vorstellung, Ruhe im Wald finden zu wollen, beschreibt seine unbewusste regressive Wunschphantasie

vom Einssein mit der Natur, letztlich eine Verschmelzungsphantasie mit einem mütterlichen Objekt (siehe auch die regressive Aufgabe der Selbstfürsorge in der Beziehung zu seiner Freundin).

Meine Gegenübertragung – die Mischung aus Ärger, Ratlosigkeit und Besorgnis – war für mein Verständnis der Situation und für meine spätere Handlungsweise leitend. Sie vermittelte mir die druckvolle innere Situation des Herrn W., aber auch den Druck, den er auf mich mit der Suiziddrohung ausübte. Dieser Druck, mich so in Gewahrsam zu nehmen, löste Ärger aus. Gleichzeitig erreichte mich auch die Verzweiflung von Herrn W., der nicht in der Lage war, seine Not in einer anderen Weise zu kommunizieren.

Auf psychotherapeutischer Ebene war das Ziel des aktiven Intervenierens, die Kommunikation mit Herrn W. wiederherzustellen, ihn nicht „aufzugeben“, sondern ihn mit dem, was er in mir ausgelöst hatte, zu konfrontieren. Allerdings war vorherzusehen, dass die Konfrontation mit staatlicher Gewalt und Kontrolle seine „antifusionären Kräfte“ (Kind 1992) stärken würde und erst einmal Aggressionen gegen mich auslösen würde. Herr W. wollte ja gerade der Macht der Objekte und seiner ohnmächtigen Wut entkommen.

Ausschlaggebend dafür, ob die Kommunikation durch solch ein Vorgehen gänzlich abgebrochen oder wieder aufgenommen werden kann, ist, ob es gelingt, einen emotionalen Zugang zu den innerseelischen Konflikten zu finden, die sich in der jeweiligen Situation inszenieren. Die Analyse der Übertragung und der Gegenübertragung bleibt auch hier unersetzlich.

Literatur

- ARGELANDER H (1967) Das Erstinterview in der Psychotherapie. *Psyche*: 21, 341-368
- FENICHEL O (1945) Neurotisches Ausagieren. Ullstein Materialien Aufsätze II
- GERISCH B, FIEDLER G, GANS I, GÖTZE P, LINDNER R, RICHTER M (2000) „Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab“: Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Kimmerle G (Hg) *Zeichen des Todes in der Psychoanalytischen Erfahrung*
- GÜTTER E (1968) Zur Theorie des Agierens. *Psyche*: 22, 582-603
- HENSELER H (1975) Suizidhandlung unter dem Aspekt der psychoanalytischen Narzissmstheorie. *Psyche* 29: 191-207

HENSELER H, REIMER C (1981) Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt.

JACOBS T (1986) On countertransference enactments. J. Amer. Psychoanal. Ass. 34, 289-307

KIND J (1992) Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck & Ruprecht

KLÜWER R (1983) Agieren und Mitagieren. Psyche: 37 828-840

KLÜWER R (1995) Agieren und Mitagieren – 10 Jahre später. Psychoanal. Theor Prax X 45-70

LORENZER A (1970) Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/M. Suhrkamp

SANDLER J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche: 30, 297-306

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Monika Richter
Weidenstieg 9
20259 Hamburg

Die erdrückende Last von verfolgenden Schuldgefühlen beim erweiterten Suizid

Ilan Gans

Zusammenfassung

Von einem erweiterten Suizid sprechen wir, wenn Menschen andere, in der Regel ihnen nahe stehende Personen, mit in den Tod

nehmen wollen. Anhand eines klinischen Falles werden die inneren Mechanismen untersucht, die solche Vorstellungen und Aktionen entstehen lassen. Neben Vorstellungen von Ungetrenntheit im sprichwörtlichen Sinne „bis in den Tod“ sind Mechanismen von frühem Neid am Werke, die den Anderen (häufig Abhängigen) das Überleben oder Weiterleben nicht gönnen.

In der Folge kommt es zu schweren, verfolgenden Schuldgefühlen und zu großer Scham. Begeben sich solche Patienten in Therapie, so entstehen schwer behandelbare Beziehungsverwicklungen.

Schlüsselwörter: Erweiterter Suizid, Suizid in Behandlung

The heavy burden of paranoid feelings of guilt in a case of murder suicide

Summary

A murder suicide means suicidal patients who do not want to die alone, but together with others, usually close relatives. A case study should illustrate which psychic mechanism

motivates such fantasies and/or actions. First there are fantasies of being not separated from an object up to death. Primitive feelings of envy towards the objects (often dependent relatives) lead to a murderous impulse against them. They should not survive the subject's suicide.

Once one fulfilled it, then, consecutively, the super-ego gets very persecutive; the ego feels very ashamed and guilty and can hardly bear it. The therapy of such a patient is difficult because of an extreme enactment.

Key Words: Murder suicide, Suicide during therapy

Erweiterter Suizidversuch bedeutet das Vorhaben, andere - in aller Regel abhängige Angehörige - mit in den Tod zu nehmen. Verlässliche epidemiologische Angaben liegen infolge unterschiedlicher Definitionen nicht vor. Unklar ist vor allem, ob auch Suizide nach vollzogenen Tötungsdelikten mit erfasst werden. Daten aus den USA nennen eine Häufigkeit für „murder-suicide“ von 1.5% aller Suizide und 5 % aller Tötungsdelikte. Andere Untersuchungen geben eine Rate von 0.2- 0.3 auf 100.000 Einwohner an. (Wolfersdorf, 1997)