

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)

In meinem Vortrag möchte ich anhand einer Kasuistik die innerpsychische Dynamik untersuchen, die zu einem erweiterten Suizidversuch führte. Es handelt sich um eine Einzelfallstudie, die nicht den Anspruch erhebt, den Gegenstand allgemeingültig erklären zu wollen. Die Behandlungsgeschichte ist größtenteils die Geschichte einer therapeutischen Beziehungsverstrickung. Diese entstand, wie ich im Einzelnen später zeigen werde, durch mächtige, von der Patientin ausgehende, unbewußte Kräfte, die mich in ihren Bann zogen.

Zum Fall

Die 38 Jahre alte Patientin kam zu uns über mehrere Zwischenstationen, von denen die letzte die Abteilung für Forensische Psychiatrie war. Sie war groß und kräftig mit vielen Sommersprossen im Gesicht. Ihr dunkles Haar hatte sie zu einem kleinen Zopf zusammengebunden mit 3 verschiedenfarbigen Haargummis, die einen merkwürdigen, mädchenhaften Kontrast bildeten zu ihrem sonst erwachsenen Äußeren.

In einer ruhigen und bezogenen Weise berichtete sie dann von den Geschehnissen der letzten Zeit. Sie lebte zuletzt mit ihrem Mann und ihren zwei Kindern, einer sechsjährigen Tochter und einem zweijährigen Sohn, in einem Reihenhauses unweit von Hamburg. Die Konflikte mit dem Ehemann hätten sich nach der Geburt des Sohnes zugespitzt. Er sei ein "Kopfmensch", nüchtern und rational, der seine Gefühle sehr im Griff habe. Die Geburt des Sohnes schien das labile Gleichgewicht vollends zu überfordern. Ihr Mann, so die Patientin, erlebte das Haus als Hort der Unruhe, zog sich zunehmend zurück und stellte gleichzeitig Ansprüche an ihre Zeit, die sie nicht imstande war zu erfüllen. Unter dem zunehmenden Druck der Entfremdung machte sie erste therapeutische Anstrengungen in Form von autogenem Training, später eine 25stündige Gesprächspsychotherapie. Ihre Versuche, ihren Mann in den therapeutischen Prozeß mit einzubinden, scheiterten an seinem Desinteresse.

Die Spannungen eskalierten, als sie erfuhr, daß ihr Mann sich mit einer anderen Frau eingelassen hatte. Sie reagierte wütend, eifersüchtig und ängstlich. Infolge der Eskalation der Spannungen verbrachte er immer mehr Zeit bei der Freundin. Eine gemeinsam geplante Urlaubsreise, an die sie große Hoffnungen knüpfte, scheiterte nach wenigen Tagen. Der letzte Besuch ihres Mannes bei ihr und den Kindern endete mit einem Türenknallen. Er drohte, ganz auszuziehen.

Wenige Wochen zuvor fand sie beim Ehemann eine größere Anzahl von Schlaftabletten. Im Gespräch mit ihm erfuhr sie, daß er Suizidabsichten hatte. Etwa zur gleichen Zeit besorgte sie sich einen Schlauch, mit dessen Hilfe sie in suizidaler Absicht Autoabgase zurückführen wollte. Nach dem bereits erwähnten Türenknallen an einem Sonntagabend war sie sehr aufgewühlt und verzweifelt. Sie löste die Schlaftabletten des Mannes in Flüssigkeit auf,

nahm weitere Tabletten mit und fuhr mit beiden Kindern auf die Landstraße. In einem Waldstück abseits der Straße montierte sie dann den Schlauch an den Auspuff. Sie holte beide Kinder zu sich nach vorne. Die ältere Tochter, die Angst in der Dunkelheit hatte, beruhigte sie: "Dort wo wir jetzt hingehen, ist es ganz schön. Es wird bald alles gut werden." Der kleine Sohn schlief bereits. Sie gab der Tochter von den aufgelösten Tabletten, trank selbst etwas davon, und so schliefen sie im Wagen ein. Am nächsten Morgen wurde der Wagen von einem Förster gefunden, der Polizei und Rettungskräfte alarmierte. Als sie im Krankenhaus eintrafen, waren beide Kinder tot und die Patientin im Koma. Sie überlebte den Suizidversuch mit geringen körperlichen Folgeschäden nach längerem Aufenthalt auf der Intensivstation. "Ich hatte die Kinder mitgenommen, weil ich dachte, sie hätten sonst niemand. Meinem Mann gehen sie sowieso nur auf die Nerven", sagte sie weinend.

Anschließend wurde sie ca. sechs Monate in der Forensischen Psychiatrie untergebracht und begutachtet. Bei dem anschließenden Prozeß wurde sie zu einer Bewährungsstrafe verurteilt, ihr wurde eine erheblich verminderte Schuldfähigkeit attestiert. „Der Richter hat mich von einer Haftstrafe verschont. Vor dem Richter in meinem Kopf aber kann ich keine Gnade finden“, kommentierte sie. Zurzeit lebe sie bei ihrer jüngeren Schwester und deren Partner am Stadtrand von Hamburg und fühle sich dort einigermaßen wohl.

Schon am Telefon, vor der Stunde, und erst recht am Ende des Gesprächs spürte ich ihre dringende und verzweifelte Suche nach Hilfe. Mehrere Therapeuten hätten zu diesem Zeitpunkt eine Behandlung bereits abgelehnt, zuletzt eine Diplompsychologin in einer psychiatrischen Ambulanz. Es sei schon die Rede gewesen von einer stationären Psychotherapie, sie würde aber lieber eine intensivere ambulante Psychotherapie machen mit mehreren Terminen in der Woche. Am Ende der Stunde bot ich ihr eine Psychotherapie mit einer Wochenstunde an. Es war eine Kompromisslösung: aus inneren und äußeren Gründen war es mir nicht möglich, eine höher frequente Behandlung anzubieten. Sie zu diesem Zweck an einen anderen Therapeuten weiterzuverweisen, wäre bei ihren Erfahrungen - so meine damalige Einschätzung - einer Abweisung gleich gekommen.

Schon während und noch deutlicher nach der Stunde beobachtete ich an mir selbst, dass ich trotz ihrer schrecklichen Geschichte eine große Verbundenheit mit der Patientin empfand. Bemerkenswert war auch, dass ich weitgehend unkritisch ihre Sicht der Dinge übernahm und nach der Stunde tatsächlich das Gefühl hatte, sie hätte wohl keinen anderen Ausweg gehabt. Es dauerte noch eine Weile, bis ich dieses Phänomen als eine von der Pat. ausgehende projektive Identifizierung verstehen konnte. Völlig unbewußt gewann sie mich für eine enge, ausschließliche Zweierbeziehung, gewissermaßen gegen den Rest der Welt. So empörte ich mich z.B. nach der Stunde über die Haltung jener Psychologin, die zuletzt eine Behandlung ablehnte.

In der 2. Stunde, eine Woche später, machte sie bereits einen besseren Eindruck, und es ging ihr deutlich besser. Sie habe Konflikte mit ihrem Mann wegen der anstehenden Scheidung, erzählte sie. Sie schwankte zwischen Verzicht auf alle Ansprüche infolge ihrer Schuldgefühle und dem Wunsch, Unterhaltsansprüche geltend zu machen. Wieder spürte ich, wie ich mit ihr gegen den Mann verbunden war. Es hätte nicht viel gefehlt, und ich hätte ihr geraten, nicht voreilig auf Ansprüche zu verzichten. Sie berichtete dann von ihrer Biografie.

Sie ist als mittlere von drei Töchtern im Westen der Republik geboren, eine Schwester ist 2 Jahre älter, die andere 4 Jahre jünger. Ihre Mutter beschrieb sie als sehr stimmungslabil, himmelhochjauchzend und dann zu Tode betrübt. Sie habe mehrere Suizidversuche unternommen und sei jahrelang in psychiatrischer Behandlung gewesen. Der Vater wollte studieren, scheiterte aber an Prüfungsangst und wurde schließlich technischer Angestellter in Hamburg. Er trank Alkohol schon nachmittags, wenn er nach Hause kam, und es durfte keinen Lärm geben, wenn er seine Ruhe haben wollte. Als sie klein war, wohnte die Familie in sehr beengten Verhältnissen. Später, nach dem Tod der Großmutter, zogen sie in das Haus des Großvaters väterlicherseits. Die Mutter hat unter diesem Arrangement sehr gelitten und wurde psychisch noch labiler. Sie selbst brachte nie Freunde nach Hause, schämte sich ihrer Eltern und hatte das Gefühl, nur dann geduldet zu sein, wenn sie sich vollständig anpassen würde. Nachdem sie am Gymnasium fast scheiterte, schloß sie doch noch mit dem Abitur ab und machte anschließend eine Lehre als kaufmännische Angestellte, wo sie ihren späteren Mann kennen lernte. 21jährig verließ sie das Elternhaus und bezog mit dem Ehemann eine gemeinsame Wohnung. Er sei ehrgeizig gewesen, und so nahm er nach der Lehre noch ein Abendstudium auf. Sie entschloß sich dann ebenfalls zum gleichen Studiengang, vor allem, weil sie Angst hatte, ihn sonst zu verlieren. Mit Anfang 30 gebar sie ihre Tochter. Damals stand ihr Mann dahinter. Nach mehreren Fehlgeburten gab sie ihren Kinderwunsch auf. Zu diesem Zeitpunkt wurde sie erneut schwanger, womit die oben beschriebenen Schwierigkeiten zunahmen.

Ich war am Ende der Stunde bewegt und bekümmert angesichts der desolaten Welt der von ihr beschriebenen und erlebten Objekte. Die bereits erwähnte, unkritische Nähe zwischen uns hielt auch in dieser Stunde an. Ihre deutliche Stimmungsverbesserung war – wie mir schien – im wesentlichen auf eben diese Nähe zurückzuführen, die sie unbewußt erfaßte.

Gleichzeitig – so erscheint es mir nachträglich – hatte ich unbewußt auch mit Ablehnung reagiert. Diese manifestierte sich in dem Setting. Die Tatsache, dass ich mich auf die Behandlungsregularien im Therapiezentrum zurückzog und ihr lediglich eine Wochenstunde anbot, muss meines Erachtens als ein unbewusster Distanzierungsversuch meinerseits gewertet werden. Unbewusst hat mich also der Schrecken doch erreicht.

Zu diesem Zeitpunkt, nach dem zweiten Gespräch, begann ich etwas von diesem unbewussten Konflikt in mir zu spüren. Diese Form der Nähe wurde mir unheimlich. So suchte ich für mich Klarheit in einem Supervisionsprozess, womit ich einen Dritten einschaltete. Mit Hilfe dieses Schrittes bin ich (wieder) in Verbindung getreten mit einem inneren Dritten, nämlich mit einem psychoanalytisch reflektierenden inneren Objekt, mit dem die Verbindung unter dem Ansturm der projektiven Identifizierung vorübergehend abgerissen war.

In die nächste, dritte Stunde, ging ich mit einer veränderten inneren Haltung, was sich der Patientin unbewusst sofort vermittelte. Als sie abermals ihren Mann beschuldigte, sie verlassen zu haben und somit die Katastrophe heraufbeschworen zu haben, habe ich es auf eine andere Weise aufgegriffen als bisher. Ich sagte, sie habe sich offensichtlich überhaupt kein Weiterleben alleine, ohne ihren Mann, vorstellen können. Sie reagierte emotional heftig, begann zu weinen und schilderte, wie verzweifelt sie gewesen war und wie sehr sie darum gerungen hatte, dass er bei ihr bliebe. In dem Prozess, nach der Tötung der Kinder, hielt er ihr vor, sie habe die Kinder getötet, weil sie sie ihm nicht gegönnt habe. "Damals habe ich es rundherum bestritten, aber heute denke ich manchmal, dass etwas dran ist", sagte sie verzweifelt.

Ich blieb besorgt und bekümmert zurück. In der Stunde konnte ich aber ihre Verzweiflung und Resignation kaum einordnen. Später schien es mir, dass sie in dieser Stunde von ihrer Angst sprach, ich hätte sie verlassen, wenn ich die Ebene der Ausschließlichkeit verlassen würde, ebenso wie ihr Mann, der eine Dritte (Freundin) einführte und sie dann verließ. Nach dieser Stunde meldete sie sich in einer Psychotherapie-Klinik und vereinbarte dort ein Vorstellungsgespräch, wie sie mir in der Folgestunde berichtete. Sie begab sich also *sofort* auf die Suche nach einem Ersatzobjekt, sobald sie wahrgenommen hatte, dass ich mich aus dem ungetrennten Miteinander löste.

In der folgenden, vierten Stunde, sah sie schlecht aus, berichtete von der bereits erwähnten Kontaktaufnahme mit der Klinik und fragte: „Was ist das eigentlich für eine Therapie, die wir hier machen?“ Ich dazu: „Ich höre in Ihrer Frage eine Sorge, dass ich denken könnte, diese Therapie ist jetzt die richtige für Sie“. Nach dem Aufenthalt in der Klinik, so ihre Reaktion, würde sie sich eine Therapeutin „für immer“ suchen. Später kam sie auf ihre Suizidphantasien zu sprechen. Es sei eher eine tröstliche Vorstellung, mit den Kindern im Jenseits vereint zu sein. Die Strafe für sie bestünde viel mehr darin, weiter leben zu müssen. Sie könne es aber ihrer Schwester nicht antun, jedenfalls nicht jetzt. Mein Rückzug wurde vermutlich in ihrem unbewussten Erleben noch verstärkt durch eine bevorstehende Behandlungsunterbrechung.

Die nächste, fünfte Stunde war die letzte vor einer dreiwöchigen Unterbrechung, die durch meinen und ihren Urlaub zustande kam (sie legte ihre Reise unmittelbar nach meiner Rückkehr). Ihre resigniert-verzweifelte Stimmung

nahm noch zu, sie sprach offen davon, dass sie gar nicht mehr wisse, wofür sie noch leben solle. „Es ist ja nur noch ein Überleben“. Auch die Vorstellung, noch weitere Behandlungen machen zu müssen, entweder in der Klinik oder eine spätere ambulante Therapie, würde sie heute wenig trösten. Als ich ihre Verzweiflung und Sorge in Verbindung brachte mit meinem Urlaub, versuchte sie mich zunächst zu trösten, sie habe ja viel um die Ohren, und ich müsse mir keine Sorgen machen. Dann erinnerte sie mich daran, dass sie auch in der letzten Woche vor ihrem Suizidversuch sehr viel um die Ohren hatte. Meine Besorgnis und Beunruhigung nach der Stunde entsprachen, wie mir schien, der Hypothek, mit der sie mich in den Urlaub schickte: ich soll mich nicht in Ruhe erholen können, sondern Angst um sie behalten.

Dass es mir bis zu dieser Unterbrechung nur wenig möglich war, das Geschehen in der Übertragung zu verstehen und zu deuten, wurzelt, wie mir scheint, in ihrem Agieren, in der von mir nicht ausreichend verstandenen projektiven Identifizierung und in meiner Gegenübertragung. Nachdem ich wieder eine Verbindung fand zu meinem inneren „analytischen Objekt“ realisierte ich zunehmend, in welcher grausamer innerer Welt diese Patientin lebte, mit soviel Destruktivität und Hoffnungslosigkeit. Als Reaktion darauf fiel es mir schwer, mich auf sie in einer Weise einzulassen, dass ich das Geschehen in der Übertragung, also in unmittelbarem Kontakt, verstehen und deuten konnte.

Während der dreiwöchigen Unterbrechung hatte sie sich in der Psychotherapie-Klinik vorgestellt. Aus ihrem Bericht ging hervor, dass sie dort großen Druck gemacht hätte. Die Klinik sei ihre letzte Hoffnung. Sie verhielt sich also so, als hätte sie gar keine Behandlung und keine Hilfe, was dort offenbar auch so ankam, denn sie erhielt recht schnell eine schriftliche Zusage.

Danach sah sie schlecht aus, sprach offen von ihren Suizidgedanken und von ihrer Angst vor der stationären Psychotherapie. Sie berichtete von einem Traum, bei dem ihre Tochter mit einem Messer auf sie zugeht und sie angegriffen hätte. Während sie die Tochter an den Handgelenken hielt und sie davon abhielt zuzustechen, wurde die Tochter vor ihren Augen immer größer, bis sie schließlich größer und kräftiger wurde als die Patientin selbst. Sie wachte mit Todesangst auf.

Der Traum machte, wie mir schien, deutlich, dass es sich bei ihrem „schlechten Gewissen“ um eine paranoide Angst handelte. Sie wurde offenbar von grausamen inneren Objekten verfolgt. Dass diese Verfolgungsszenarien während meiner Abwesenheit massiver wurden, machte ihre Angst vor solchen Zeiten verständlich, in denen sie diesen grausamen Objekten allein und ohne meine Hilfe ausgeliefert war.

In ihren Einfällen berichtete sie, dass sie auf den Gräbern der Kinder Stofftiere und Spielzeug gelegt hatte. Sie nahm

es ihrem Ehemann übel, dass er diese Gegenstände wieder entfernte. Ich war von ihren Traumbildern ergriffen und erschrocken. Meine innere Bewegung führte dazu, dass ich vorübergehend wieder mit ihr in der bekannten Weise verstrickt war und dachte, wie herzlos ihr Mann sei, die Stofftiere zu entfernen.

Hier war m. E. gut zu erkennen, dass sie es ihrem Mann verübelte, dass er das Realitätsprinzip eingeführt hatte und sie daran erinnerte, dass die Kinder tot sind und kein Spielzeug mehr benötigen würden, was sie offenbar verleugnete.

Die siebte Stunde folgte in einem viertägigen Abstand, da ich sie zwischen zwei Unterbrechungen wenigstens dreimal sehen wollte. Sie kam mit offenem Haar, enger Hose und rotem Pullover, und ihr ganzes Verhalten ließ an eine Sexualisierung der Beziehung denken. Unverkennbar wurde es, als sie nach einer Pause sagte, ihr fiel nichts ein, vielleicht könnte ich jetzt etwas sagen und aus ihr etwas herauskitzeln. Der Kontakt in dieser Stunde blieb vergleichsweise oberflächlich. Sie konnte später offen sagen, dass sie gar nicht an tiefere Gefühle denken möchte, da sie diese "gute Stimmung" von heute nicht zerstören wolle. Ich hatte später den Eindruck, dass sie in eine Art manische Abwehr geriet. In ihrer unbewussten Vorstellung hat sie mich für einen ausschließlichen Kontakt wieder gewonnen, was sich schon am Ende der letzten Stunde abzeichnete, als ich vorübergehend innerlich „auf ihrer Seite“ im Konflikt mit dem Ehemann war. Sie verband dieses Erleben mit einem manischen Triumphgefühl.

Die folgende, achte Stunde war wieder die letzte vor einer neuerlichen Unterbrechung meinerseits. Sie sah schlechter aus, berichtete erstmalig von einer seit Monaten laufenden Parallelbehandlung durch die Hausärztin mit Antidepressiva. Jetzt wollte sie sie um die Verordnung von Schlafmitteln bitten. Gegen ihren hartnäckigen Widerstand konnte ich diese Behandlung, von der sie anfangs meinte, sie habe nichts mit den Gesprächen hier zu tun, doch in Verbindung bringen mit unseren Stunden. Sodann brach ihre Enttäuschung an mir offen aus: Sie hätte mir schon von Anfang an gesagt, sie wünsche sich bei mir eine längere und intensivere Behandlung. Ich hingegen würde ihr eine nicht intensive, zeitlich begrenzte Therapie anbieten. Deshalb würde sie sich an die Klinik und an die Hausärztin wenden. Solche Sequenzen haben mich berührt und veranlasst, ihre schwer erträglichen Ängste anzusprechen. Ich hatte dabei nicht den Eindruck, sie wirklich erreicht zu haben.

Abermals machte sie mir deutlich, dass sie meine Abwesenheit nicht anders ertragen könne, als dass sie sich ein Ersatzobjekt sichert, diesmal sogar eins, das in Form von Medikamenten für sie allzeit verfügbar bleibt, wenn ich weg sei.

Nach meiner Abwesenheit sagte sie noch ein oder zwei Termine ab, so dass es zu einer vierwöchigen Unterbrechung kam. In der folgenden, neunten Stunde, sah sie schlecht aus. Während der Pause ging sie gelegentlich in Diskotheken. Sie

erlebte es als eine Möglichkeit, stundenweise ihre psychische Realität auszuschalten.

Eine schriftliche Zusage der Klinik mit der Aussicht auf eine baldige stationäre Aufnahme stürzte sie in der folgenden, zehnten Stunde in einen Ambivalenzkonflikt. Sie würde lieber bei mir bleiben, wenn sie länger kommen könnte. So aber müsse sie sich um einen Ersatz kümmern. In der Diskothek lernte sie kürzlich einen Mann kennen. „Es ist keine Beziehung fürs Leben“, so ihre weiteren Einfälle. Ich dazu: „Ich bin für Sie auch kein Mann für immer. Der Entwertung in Ihrer Stimme entnehme ich, dass Sie mein Behandlungsangebot als zu kümmerlich erleben. Darauf kann man nicht bauen, deshalb lieber eine Klinik.“ Sie stimmte zu, ohne weiter darauf einzugehen. Hier wurde nach meinem Eindruck immer deutlicher, dass die Klinik eine innere Möglichkeit darstellte, den Gedanken an das Ende der hiesigen Behandlung irgendwie erträglich zu gestalten.

Die folgende, elfte Stunde markierte wieder einmal das Ende eines Behandlungsabschnitts, da die Weihnachtsfeiertage bevorstanden. Der Konflikt mit der Psychotherapie-Klinik spitzte sich zu, sie würde täglich mit der Nachricht über ihren Aufnahmetermin rechnen. Direkt im Anschluss fragte sie mich, was denn eine Psychoanalyse sei. Ich sagte, die Vorstellung einer Psychoanalyse erschiene ihr als eine Art Rettung aus einer Therapie, in der sie im Moment das Gefühl habe, nichts zu bekommen, und einer Klinikaufnahme, die sie eigentlich nicht wolle. Sie stimmte zu, kam aber kurz darauf auf die konkrete Frage zurück. Es ließ sie nicht in Ruhe. Am Ende der Stunde spürte ich einen großen Druck, auf ihr Drängen eingehen zu müssen, und so sagte ich noch einige Sätze, wie eine Psychoanalyse ablaufen würde. Es war noch ein letztes, verzweifelt Bemühen, mich für eine enge und intensive Beziehung zu gewinnen, damit die bevorstehende Klinik-Aufnahme entbehrlich sein würde. Zwar versprach die Klinik einerseits eine regressive Geborgenheit mit Vollversorgung andererseits aber drohte somit die Trennung von mir und von ihrer Schwester, sowie die Konfrontation mit der Realität der toten Kinder.

Die erste Stunde nach der Weihnachtsunterbrechung sagte sie telefonisch ab. Wenige Tage später rief mich die Schwester der Patientin an, bei der sie zuletzt gelebt hatte. Sie berichtete, Frau B. habe sich gestern suizidiert. Ohne irgend etwas von ihrer Absicht verlauten zu lassen, ging sie am Vortag aus dem Haus, sagte, sie wolle sich mit einer Freundin treffen. Am Tag darauf wurde sie tot im Wald aufgefunden. Sie habe sich mit Schlaftabletten und Alkohol vergiftet und starb an den Folgen der Vergiftung und der Unterkühlung. Die Nachricht traf mich wie ein plötzlicher körperlicher Schlag, ganz unvorbereitet. Ich empfand ein durchdringendes Gefühl der Ohnmacht, der Trauer und des Scheiterns.

Diskussion

Nun werden Sie es sicherlich für ein Wagnis halten, retrospektiv, aus einer elfstündigen Behandlung über vier Monate, ein Phänomen wie das hier vorliegende erklären zu wollen. Sie haben natürlich Recht. Allein, Menschen mit einer solchen Geschichte suchen außer-ordentlich selten psychotherapeutische Hilfe auf. Ein weiterer Grund ist, dass mir diese Geschichte sehr nahe gegangen ist. Deshalb dieses Wagnis.

Dreh- und Angelpunkt des Verständnisses der inneren Dynamik sowie des Geschehens in der Behandlung liefert meines Erachtens das Festhalten der Patientin an einer ausschließlichen Zweierbeziehung und ihrer Intoleranz gegenüber jedem Dritten: Die ödipale Situation also. Für Freud bildete der Ödipuskomplex zeitlebens das Kernstück der Neurosen, stellte einen zentralen psychischen Entwicklungsschritt dar. Während Freud den Zeitpunkt dieses Komplexes ins Kindesalter legte und somit von Interaktionen zwischen ganzen Objekten ausging, erweiterte Melanie Klein seine Sichtweise auf die frühesten Interaktionen zwischen Baby und Mutter oder genauer gesagt zwischen Baby und Brust. Schon in dieser sehr frühen und archaischen Welt ist der Vater als Dritter – so Melanie Klein – immer präsent. Als potentielle Dritte treten hier alle äußeren und inneren Objekte der Mutter in Erscheinung, mit denen sie *neben* dem Baby noch befasst ist. Dieser frühe Ödipuskomplex stellt das Baby vor eine gewaltige psychische Aufgabe.

Hier möchte ich zu meiner Patientin zurückkehren. Sie lebte in einer inneren Welt, die von archaischen inneren Objekten bevölkert war. Es ging darin um Mord, Verfolgung und Todesstrafe. Die Interaktion in der Übertragung wurde von Anfang an von zwei inneren Objekten in besonderer Weise dominiert: Einem Schutz und Hilfe suchenden kindlichen Selbstanteil und einem grausamen, verfolgenden Über-Ich. Die hartnäckige und anhaltende Verleugnung des Todes der Kinder lässt darauf schließen, dass dieser kindliche Selbstanteil nach wie vor in der Phantasie lebte, mit den zwei (anderen) Kindern ungetrennt verbunden zu sein. Es schien mir, als hätte sie dies unbewusst demonstriert, als sie zum Erstgespräch mit den drei farbigen Haargummis erschien. Die Ansprüche der Realität und in besonderer Weise die persekutorischen Angriffe seitens des Über-Ichs brachten dieses „innere Kind“ in arge Bedrängnis. Ihre unbewussten Vorstellungen einer wirklichen Hilfe entsprangen der frühkindlichen Welt und bedeuteten die ödipale Illusion einer ausschließlichen Verbundenheit.

Mit der Aufnahme der therapeutischen Beziehung projizierte sie diese Rettungsphantasie in mich. Die Aufnahme des projizierten Inhalts hat nun wichtige Aspekte meines therapeutischen Handelns bestimmt. Diese Form des unbewussten Transfers (ich erlebte es ja zunächst als zu mir gehörig) bezeichnete Melanie Klein als projektive Identifikation. Das verfolgende Über-Ich projizierte sie in den Ehemann, den sie fortan als böse erlebte. Diese nun via Projektion in die Außenwelt manifestierte Konstellation:

Ich als uneingeschränkter Verbündeter und der Ehemann als der bedrohliche Feind, verschafften ihr, wie man am Verlauf beobachten konnte, sofortige Erleichterung.

Erst die Verbindung mit einem Dritten – mit meinen „analytischen Objekten“ - die ich durch den Reflexionsprozess zurück gewinnen konnte, löste mich aus dieser Umklammerung. Diese „Ablösung“ nahm die Patientin unbewusst sofort wahr. Analytisch gesprochen erhielt sie von mir das projizierte innere Objekt weit gehend unverdaut zurück, was in ihr sofort für große Spannung und Angst sorgte. Noch in der gleichen Stunde wurde ich für sie zum grausamen Verfolger, der sie nun anstelle des Ehemanns verurteilte und sie zu vernichten drohte. Diese neue projektive Zuschreibung bemerkte ich erst allmählich. Ich spürte, wie ich neben einer zunehmenden Distanz es mehr mit Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Resignation zu tun bekam. So beobachtete ich an mir, dass ich nicht wirklich beunruhigt wurde, als sie nach den von mir angekündigten Unterbrechungen regelmäßig weitere Stunden absagte. Erschwerend kam hinzu, dass diese in mich projizierten Verfolger tatsächlich auf eigene innere Vorstellungen von Schrecken, Irritation und Verurteilung trafen.

Aus der eben beschriebenen, unbewussten Interaktion entsteht ein Bild von sehr dissoziierten inneren Objekten. Ein reales Objekt konnte in dieser Welt nur als Verbündeter oder als Feind eine Bedeutung erlangen. Diese Betrachtungsweise aus der Sicht der Innenwelt der Patientin erscheint mir wesentlich. Man kann natürlich einwenden, sie hätte in der Tat eine längere und intensivere Psychotherapie gebraucht, d.h. sie verlangte nach etwas, das sie wirklich benötigt hätte, um weiterleben zu können. Das Dilemma bestand darin, dass ihre Struktur und die daraus resultierende Gestaltung der therapeutischen Interaktion ihr gleichzeitig die Besetzung eines nicht idealen, von ihr getrennten und versagenden (therapeutischen) Objektes kaum möglich machte. Auf der manifesten Ebene wusste sie, dass wir noch kein definitives Ende vereinbart hatten und dass ich ihr behilflich sein würde, wenn sie im Anschluss an die hiesige Behandlung eine weitere ambulante Therapie angestrebt hätte.

Die missglückte Lösung der ödipalen Situation hat für die psychische Entwicklung allgemein und hatte auch für die Entwicklung meiner Patientin im Speziellen schwerwiegende Folgen. Es war mir schon früh klar, dass spätestens nach der Geburt des zweiten Kindes die Patientin sich des Öfteren wünschte, diese Kinder mögen einfach nicht mehr da sein. Es war unschwer zu erraten, dass sie sich in die ehemals sicherere, ausschließliche infantile Position beim Mann als Repräsentant der Eltern zurück wünschte. Ein kindliches Teil-Objekt in ihr dürfte der Motor dafür gewesen sein, diesen Mann ausgesucht zu haben, als sie im Begriff war, das Elternhaus zu verlassen. Innerpsychisch hat sie damit eine Kind-Eltern-Situation fortgeschrieben. Schon diese Dyade aufrechtzuerhalten, hat einiges an Kraft und Energie gekostet, man denke da an die Abendschule und andere Anstrengungen. Spätestens nach der Geburt des

zweiten Kindes konnte dieses System nicht mehr aufrechterhalten werden. Vereinfacht gesagt, könnte man sagen, dass das Kind in ihr in große Not geriet. In ihrem Erleben war zum einen der Ehemann (Eltern-Ersatz) durch die nun folgenden Kinder überfordert und nicht mehr ausreichend psychisch aufnahmebereit. Zum anderen musste das nun deprivierte Kind in ihr zwei jüngere Kinder, sagen wir mal Geschwister, mitversorgen. Dass in dieser Situation Phantasien entstanden, die jüngeren Geschwister zu beseitigen, scheint mir nicht ungewöhnlich. Das besondere hier aber war, dass dieses verzweifelte Kind in ihr beschloss, nicht nur sich selbst, sondern alle Drei tatsächlich umzubringen. Das heißt, wir haben es hier mit einer Form von Konkretismus zu tun. Sie war nicht in der Lage, diese Vorstellung im Bereich der Phantasie zu belassen. Psychoanalytisch gesprochen war sie dann nicht mehr in der Lage, symbolisch zu denken.

Eine Regression zum konkretistischen Denken oder vielmehr Handeln, trat v.a. dann auf, wenn ich für sie nicht erreichbar war und sie also Erfahrungen von Objektverlust machte bzw. wiederholte. Sie war während solcher Behandlungsunterbrechungen offenbar nicht oder zu wenig in der Lage, für mich ein Symbol zu erschaffen und mit diesem in Verbindung zu bleiben. Vielmehr regredierte sie dann unter dem Druck verfolgender Ängste in Zustände konkretistischen Denkens..

Im Lichte dieser Erfahrungen scheint mir folgende Rekonstruktion wahrscheinlich: Als ihr Mann am Abend ging und sie annehmen musste, dass er nicht wiederkehrt, setzten massive Ängste und große Wut ein. In dieser Lage war jedes symbolische Denken unmöglich. Sodann musste sie eine schon zuvor vorhandene Phantasie, ihre Kinder zu beseitigen, in die Tat umsetzen, da keine "Spiel-" oder besser gesagt "Denkräume" mehr vorhanden waren.

Literatur

- BRENNAN E (1985) Grausamkeit und Engstirnigkeit, In: Bott Spillius E. (Hg.) Melanie Klein Heute Bd. 1. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1995, S. 320 - 338
- KLEIN M (1945) The Oedipus Complex in the Light of Early Anxieties In: Int. J. Psycho - Anal. 26, pp
- KLEIN M (1952) Über das Seelenleben des Kleinkindes. In: THORNER H A (Hg.): Klein M: Das Seelenleben des Kleinkindes, Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, S. 187-224
- KLEIN M (1957) Neid und Dankbarkeit. In: CYCON R (Hg.): KLEIN M: Gesammelte Schriften, Bd. 3. Stuttgart, Bad Canstadt: Fromman-Holzboog, 2000, S. 283-367
- SEGAL H (1957) Bemerkungen zur Symbolbildung. In: Bott Spillius E (Hg.): Melanie Klein Heute Bd. 1. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1995, S. 202-224

WOLFERSDORF M (1997) Suizidprävention - Erkennen und Handeln bei Akuter Suizidalität. In: Fortschritte der Medizin, München: Urban & Vogel Bd. 115 (1997), 11, S. 38-46

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ilan Gans
Therapiezentrum für Suizidgefährdete
an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

E-mail: gans@uke.uni-hamburg.de

Suizidalität im höheren Lebensalter

Astrid Altenhöfer

Zusammenfassung

Suizidalität spielt im höheren Lebensalter eine weitaus wichtigere Rolle als gemeinhin angenommen, sie wird jedoch anders kommuniziert als bei jüngeren Menschen und endet häufiger in einem Suizid. Der vorliegende Beitrag diskutiert mögliche Risikofaktoren und Besonderheiten der Psychodynamik sowie des suizidalen Ausdrucks. Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, warum psychotherapeutische Behandlungsangebote von suizidalen Älteren so selten in Anspruch genommen werden und wie sich dies verändern ließe.

Schlüsselwörter: Suizidalität Älterer, Risikofaktoren, Behandlung

Suicidality in the Elderly

Abstract

Suicidality in the elderly is a more important topic and results more often in suicide as is commonly assumed. In this article risk factors and the psychodynamic background are discussed as well as the specific expression of suicidality in this age group. The fact that older suicidal persons very rarely seek psychotherapeutic treatment is explored and the way this could possibly be changed.

Keywords: Suicidality in the elderly, risk factors, treatment

Eine 73jährige allein lebende ehemalige Krankenschwester wird nach einer dreimonatigen stationär-psychiatrischen Behandlung einer schweren depressiven Episode in eine ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vermittelt. Anlass zur Aufnahme in die Klinik war ein massiver psychosozialer Rückzug. Die Patientin habe beispielsweise nicht mehr die Kraft gehabt, ihre Wohnung zu verlassen, stattdessen sei ihr Denken nur noch um Todeswünsche und Sterbefantasien gekreist. Auch körperlich sei es ihr immer schlechter gegangen – eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung bei Nikotinabusus drohte zu entgleisen.

Die Anamnese ergibt mehrere stationäre und ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen in den letzten 30 Jahren, meist aufgrund von depressiven Dekompensationen und parasuizidalem Agieren im Zusammenhang mit Partnerschaftskrisen und Trennungen. Die Beziehungen in der Kindheit waren charakterisiert durch traumatische Verlusterfahrungen (nach Geburt von der Mutter zur Adoption freigegeben, Adoption durch eine wenig Halt bietende Familie, frühe sexuelle Traumatisierung, dann Stabilisierung durch altruistische Aufopferung im Beruf). Aus ihren Schilderungen geht hervor, dass sie in den bisherigen therapeutischen Beziehungen die Therapeuten zunächst sehr idealisiert zu haben scheint, sich aber am Ende meist enttäuscht und fallen gelassen fühlte.

Hinsichtlich ihrer Suizidalität merkt sie an: „Ob ich noch ein Jahr lang lebe (dieser Zeitraum war als Behandlungsrahmen abgesprochen), weiß ich nicht. Vielleicht hilft die Therapie mir ja, ein Jahr durchzuhalten. Wenn sich nichts bessert, werde ich mich vorher umbringen. Ich denke viel darüber nach, wie ich es machen soll“.