

Didaktische Überlegungen zur Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten

Fachrichtung Tiefenpsychologie,
am Beispiel von Krisenintervention und Suizidalität

Heidi Moeller und Eva Jaeggi

Die theoretischen Grundlagen einer Psychotherapieschule zu lehren, bietet einige Vorteile, die man bei anderen Themen nicht so leicht findet. Wenn wir nämlich davon ausgehen, dass jeder Mensch (und schon gar einer, der Psychotherapeut werden will) menschliche Probleme und psychische Störungen nicht nur kennt, sondern auch einige davon hat, dann wird klar, dass man die Vermittlung von Lehre in diesem Bereich sehr persönlich gestalten kann – und eigentlich muss! In den folgenden Thesen soll dies aufgezeigt und mit einigen Beispielen demonstriert werden.

1. These: Lehre kann dann gelingen, wenn es dem Dozenten gelingt, die Ausbildungskandidaten möglichst umfassend zu erreichen, d.h. ihr Denken, Fühlen und Handeln zu berücksichtigen.

So macht es z.B. Sinn, die Lehrveranstaltung über Essstörungen/Adipositas mit der Imaginationübung „Party“ zu beginnen (Orbach 1984, S. 171). Die Teilnehmer erleben dabei nach einer kurzen Entspannung in der Fantasie, wie sich ihr Selbst- und Leibgefühl und ihre Bezie-

hung zu den anderen einmal mit einem Idealkörper und dann schließlich im aufgeblähten, dicken Zustand anfühlt. Über das Sammeln der Impressionen während der Imagination ist es leicht, die unbewussten Bedeutungen, die mit Dicksein und Schlanksein verknüpft sind, vom Erleben weg zur Theorie hin zu entwickeln. Die systematische Aufbereitung ist dann sehr viel lebendiger und wird von den Teilnehmer nicht mehr als mühsam erfahren.

Ein anderes Beispiel für didaktische Möglichkeiten, das Erleben einzubeziehen, besteht im Seminar über „Angststörungen“ darin, dass man die Teilnehmer ihre „Angstbiografie“ aufzeichnen lässt. Man versucht dabei, entlang einer Zeitachse die verschiedenen Ängste, die man als Kind, als Adoleszenter, junger Erwachsener etc. hatte, aufzulisten und auf seine Rationalität/Irrationalität hin zu befragen. Das Ergebnis dieser Reflexion kann man dann in einem Vertrauten Zweier-/Dreiergespräch erläutern lassen. Auch dabei wird in einem ersten Anlauf klar, mit welchen Kriterien Ängste als pathologisch oder realitätsgerecht beurteilt werden, wie sehr sie vom Lebensalter abhängen und ob sie von selbst verschwinden bzw. nur durch fremde Hilfe. Auch literarisch-belletristische Beispiele können sehr hilfreich sein, wie Edgar Allen Poes „Die Grube und das Pendel“ als innere Vision eines Angstkranken.

■ Korrespondenzadressen ■

Priv.-Doz. Dr. Heidi Möller
Kaiserin-Augusta-Allee 84, 10589 Berlin
dr.heidi_moeller@t-online.de

Prof. Dr. Eva Jaeggi
Forststraße 25, 14163 Berlin
Eva.Jaeggi@alumni.tu-Berlin.de

2. These: Lehre kann dann gelingen, wenn man die Richtung des Unterrichts vom Erleben zum Verstehen verfolgt.

Im Seminar Übertragung-Gegenübertragung lässt sich beispielsweise durch eine kurze Sensibilisierung der Teilnehmer für eigene Übertragungsauslöser, die sie senden, die Geschichte des Übertragungsbegriffs in der psychoanalytischen Theoriebildung zeigen. Die Kandidaten erfahren durch Feed-back der anderen, welche Erwartungen, Ängste, Kompetenzzuschreibungen sie durch ihr jeweiliges, schlichtes Sein evozieren. Diese Sequenz lässt sich wie eine Laufstegübung anlegen. Es ist ebenso möglich, nur das Hereinkommen und Setzen der Seminarteilnehmer zum Ausgangspunkt zu nehmen; auch die erinnerten Assoziationen, die bei der ersten Begegnung zu Beginn der Ausbildung entstanden sind, bringen viele Erkenntnisse

3. These: Lehre kann dann gelingen, wenn die Ressourcen der Teilnehmer aktiviert werden.

Nach einem abgeschlossenen Studium und u.U. Jahren der beruflichen Tätigkeit in unterschiedlichen Feldern darf die Kränkung, die es bedeutet, erneut den Schülerstatus einzunehmen, nicht unterschätzt werden (vgl. Möller 1998). Den begleitenden Affekten lässt sich sicher am ehesten begegnen, indem die Dozenten die Ausbildungskandidaten immer als zukünftige Kollegen respektvoll betrachten. Eine praktische Möglichkeit ist aber auch, die Kenntnisse der Teilnehmer, die sie sich bereits erworben haben, systematisch zu nutzen. Als Beispiel sei das Seminar „Krise und Suizidalität“ (siehe unten) genannt, in dem in drei Kleingruppen das Wissen der Kandidaten zum Ausgangspunkt des Seminars gemacht wird. Sie beantworten die Fragen nach Krisenauslösern, Krisenphänomenen und Wegen aus der Krise heraus arbeitsteilig. Dies hat den Vorteil, dass die Teilnehmer sich in ihrer Professionalität zeigen können und voneinander lernen. Der Dozent ermöglicht durch ein solches Vorgehen, das Niveau der

Lehrveranstaltung optimal an den Wissens- und Erfahrungsstand der Kandidaten anzupassen. Nach einer Posterpräsentation wird Fehlendes ergänzt und/oder die Arbeitsergebnisse systematisiert. Die Teilnehmer sind von Anfang an an der Theorieentwicklung beteiligt und halten zu meist dieses Aktivitätsniveau über die gesamte Veranstaltung, auch weil sie sich als kompetente Kollegen angesprochen fühlen.

4. These: Lehre kann dann gelingen, wenn man die Person der Ausbildungskandidaten nicht heraushält.

In einer Kleingruppenarbeit zur Frage „Welche Patienten machen mir die meiste Mühe? Mit welcher Klientel arbeite ich am liebsten?“ können individuelle Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamiken deutlich gemacht und eventuelle Kollusionsneigungen aufgedeckt werden. Mit dieser Übung sensibilisieren sich die Teilnehmer für ihre spezifischen Kompetenzen und Gefahrenstellen, z.B. für notorische Eigenübertragungen. Unsere Didaktik kann an diesem Punkt als berufsbezogene Selbsterfahrung verstanden werden, die jedoch in deutlicher Abgrenzung zur Lehrgruppenanalyse zu sehen ist. Berufsbezogene Selbstreflexion hält weder die Person heraus, noch stellt sie sie so stark wie in der Lehrtherapie in den Mittelpunkt. Selbsterfahrung in den Seminaren verläuft immer als triangulärer Prozess: Die Person der Seminarteilnehmer wird immer über die Bezogenheit zum Klientel und in Hinblick auf die neu zu erlernende Rolle betrachtet. Hier finden sich deutliche Analogien zur Supervision: Die Person wird nur berufsbezogen fokussiert, immer im Hinblick auf künftige Klienten, alles andere gehört in die Lehrtherapie.

5. These: Lehre kann dann gelingen, wenn man die Möglichkeiten des gruppalen Settings nutzt.

Wahrhaft psychoanalytisches Unterrichten heißt, unsere Möglichkeiten im Sinne des szenischen Verstehens (Argelander 1970) und der

Spiegelphänomene (Kutter 1992) auszuschöpfen.

Gruppendynamik und fachliche Inhalte beeinflussen einander. Es ist sinnvoll, immer wieder einmal die Gruppenstimmung in den Fokus der Aufmerksamkeit zu nehmen und diese auf Gegenübertragungsphänomene hin zu untersuchen. Welche Stimmung breitet sich beim Thema Sucht aus und warum? Welche Befindlichkeiten dominieren das Seminar zu Krise und Suizid? Welche Affekte sind u.U. als Gegenübertragungsphänomene auf das zu behandelnde Störungsbild (narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Syndrom) zu sehen? Es macht Sinn, den Balint-Ansatz bei der Darstellung von Störungsbildern so viel wie möglich zu nutzen, um ein anschauliches Erleben, z.B. von Spaltungsprozessen und Gegenübertragungsphänomenen, zu ermöglichen.

6. These: Lehre kann dann gelingen, wenn die Ausbildung auch übende Teile enthält.

Viele Ausbildungskandidaten mit wenig Praxiserfahrung erleben es als hilfreich, sanft an die neue Rolle des Therapeuten herangeführt zu werden. Dies kann zu Beginn geschehen, indem in einem Rollenspiel der „unmögliche Therapeut“ verkörpert wird. Die Übung dient der Entlastung von allzuviel professionellem Über-Ich-Druck. Ein wichtiger Baustein, um den neuen Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten zu erlernen, stellt die Triadenarbeit dar. Die Kandidaten finden sich zu dritt in Kleingruppen zusammen und verteilen die Rollen: Ein Teilnehmer ist der tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Therapeut. Zu Beginn lässt sich die Hemmschwelle senken, indem die Rolle Begleiter genannt wird. Der Klient wird entweder im Rollentausch mit einem vertrauten „echten Klienten“ verkörpert und/oder eigenes biographisches Material zur Verfügung gestellt. Der Beobachter achtet auf den zeitlichen Rahmen (mahnt z.B. fünf Minuten vor Ablauf der vereinbarten Zeit, zum Ende zu kommen) und betrachtet den Interaktionsprozess und eigene Gegenübertragungsphänomene, um den zukünftigen

Kollegen zum Abschluss Feed-back zu geben. Diese Lernform kann als eine Form von Live-Supervision jenseits des Praxisdrucks gesehen werden. Die Seminarteilnehmer können vereinbaren, jederzeit ein „Timeout“ zu nehmen und sich mit dem Plenum, dem Beobachter und/oder Klienten zu beraten, darüber, welches der nächste Interventionsschritt sein könnte. Rückfragen sind also immer möglich und bestehende blinde Flecken können erkennbar und damit bearbeitbar werden (z.B. in der Lehrtherapie).

7. These: Lehre kann dann gelingen, wenn wir im Kontakt zu den Teilnehmern bleiben.

Zu Beginn der Ausbildung kann durch Namensspiele schnell eine persönlichere Ansprache ermöglicht werden. Auch wenn Dozenten nur wenig unterrichten, lohnt es sich, die Namen zu lernen, indem z.B. Namensschilder ausgeteilt werden. Da auch Dozenten in die regelmäßigen Besprechungen der Lernfortschritte der Kandidaten einbezogen werden, ist es sinnvoll, sich der Namen zu erinnern.

Befindlichkeitsblitzlichte im Laufe von anstrengenden Wochenenden (sofern solche eingeplant sind, was dringend empfohlen wird!) machen den Dozenten die Arbeit leichter. Sie können auf diese Weise überprüfen, ob sie die Kandidaten über- oder unterfordern, wieviel Aufmerksamkeit noch zur Verfügung steht und u.U. durch methodischen Wechsel das „Ausklinken“ der Ausbildungskandidaten verhindern. Auch Bewegungsübungen zwischendurch haben bei Ermüdungserscheinungen günstige Effekte. Durch Kurzblitzlichte (z.B. am Abend Symbole für den Verlauf des Tages zu finden) steigert sich die Selbstaufmerksamkeit der Teilnehmer, sie üben sich in ihrer Symbolisierungsfähigkeit und die Dozenten erhalten ein Feed-back über ihre Lehre.

Durch Kleingruppenarbeit, gerade zu Beginn der Ausbildung, kann die Vertrautheit miteinander systematisch erweitert werden. Bei der Kleingruppenbildung kann der Wahlmodus der Einzelnen fokussiert werden. Tiefenpsycholo-

gisch/psychoanalytisch zu unterrichten, heißt immer auch die Möglichkeiten unserer Theorie voll auszuschöpfen. Es ist außerdem sinnvoll, die jeweilige Ausbildungskohorte als Lebensgemeinschaft auf Zeit zu begreifen und viel für deren Vernetzung zu tun.

Der Umgang mit Krisen und Suizidalität

Exemplarisch wird nun ein Unterrichtsentwurf gezeigt, wie er für den Stil der Berliner Akademie für Psychotherapie (BAP) kennzeichnend ist. Die Seminarteilnehmer sollen in dem fünf Unterrichtsstunden umfassenden Seminar typische Krisenauslöser und -verläufe kennen lernen. Sie sollen sicherer werden in der Krisendiagnostik und Kriseninterventionsplanung. Neben dem theoretischen und praktischen Vertrautmachen mit unterschiedlichen Interventionstechniken soll die Spezifität der suizidalen Krise untersucht werden. Die wichtigsten theoretischen Zugänge werden vorgestellt und die Seminarteilnehmer setzen sich mit der Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik suizidaler Krisen auseinander, um Anregungen zur Diagnostik und Intervention zu bekommen.

Um sich mit dem Thema Krise vertraut zu machen, werden zunächst drei Arbeitsgruppen gebildet zu den Themen:

1. Krisenauslöser
2. Phänomenologie der Krise
3. Wege aus der Krise

Anhand bisheriger Erfahrung mit Patienten in Krisensituationen, eigenem Krisenerleben und Kenntnissen aus dem sozialen Umfeld werden in den drei Gruppen sowohl die affektive/kognitive Phänomenologie als auch Hintergründe und Lösungsansätze psychosozialer, gesellschaftlicher und psychodynamischer Krisen ausgeleuchtet. Die Ergebnisse werden auf Flipchart-Papier festgehalten und dem Plenum nach 30 Minuten präsentiert.

Anhand der Ergebnisse der Kleingruppen erfolgt

eine theoretische Systematisierung, es werden Reifungskrisen bzw. Entwicklungskrisen von den sogenannten „kritischen Lebensereignissen“ (Filipp 1990) abgegrenzt. Reifungs-, Wachstums- und Entwicklungskrisen (Pubertät, Menopause, Pensionierung etc.) durchlaufen alle Menschen. Auf diese kann sich ein Individuum und/oder eine Gruppe potenziell vorbereiten, und auch die soziale Welt sieht eine veränderte Rollenerwartung an die „reifenden“ Mitglieder der Gesellschaft vor. Der Satz „Er ist in der Pubertät“ macht deutlich, dass durch die Umwelt ein gewisser Schonraum bereitgestellt wird. Kritische Lebensereignisse (Umzug, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Trennung etc.) treffen den Menschen hingegen zumeist unvorbereitet und erschüttern bislang tragende Konzepte von sich selbst, den anderen und der sozialen Welt des Individuums.

- Krisenkonzepte (30 Minuten)
- Sozialwissenschaftliche Krisentheorie (15 Minuten)
- Krisendiagnostik (60 Minuten)
- Interventionsplanung (15 Minuten)
- Selbsterfahrung, Krisenpanorama (60 Minuten)
- Suizidalität (15 Minuten)
- Psychodynamische Erklärungsansätze (30 Minuten)

Krisenkonzepte

Erste Konzepte zur Krisenintervention stammen aus der Trauerforschung (Lindemann 1956) und der Bewältigung von Verlusten. Krise wurde verstanden als ein in bestimmten Phasen ablaufender Prozess bei einschneidenden und bedrohlichen Ereignissen im Leben eines Menschen, die sein Persönlichkeitsgefüge erschüttern. Krisenverläufe wurden zunächst analog den Trauerreaktionen konzeptualisiert (Kübler-Ross 1984):

- Die erste Phase: Nicht-wahrhaben-Wollen und Isolierung
- Die zweite Phase: Zorn
- Die dritte Phase: Verhandeln

- Die vierte Phase: Depression
- Die fünfte Phase: Zustimmung

Zahlreiche Kriseninterventionskonzeptionen wurden gemäß eines typischen Trauerprozesses entwickelt (vgl. z.B. Everstine und Everstine 1992). In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich, dass dieser Verlauf nur als ein prototypischer betrachtet werden kann. Die Reihenfolge des Erlebens variiert ebenso stark wie der zeitliche Rahmen. Dennoch bietet der Phasenverlauf von Trauerprozessen in der Praxis eine Orientierung darüber, welche Gefühle von der betroffenen Person vermieden werden und welche Richtung die Intervention anstreben könnte.

Sozialwissenschaftliche Krisentheorie

In den sozialwissenschaftlichen und psychiatrischen Krisentheorien wird die Krise (vgl. auch Ulich 1987) als ein Prozess verstanden, „durch eine Noxe ausgelöste Labilisierung eines Systems, die mit den üblichen Bewältigungsstrategien nicht mehr reguliert werden kann und zu einer Bedrohung des Systembestandes führt“ (Petzold 1993, S. 162). Im Gegensatz zu einer Wachstums- oder Reifungskrise kann sich die Person in der suizidalen Krise nicht mehr aus sich selbst heraus stabilisieren. Die Identität eines Menschen unterliegt im Verlauf seiner Lebensspanne inneren und äußeren Veränderungen, die sie wandeln. Diese werden entweder als natürlich erlebt und können integriert werden oder es kommt zu einer krisenhaften Entwicklung. In suizidalen Krisensituationen, ausgelöst durch kritische Lebensereignisse (Filipp 1990), sich zuspitzende intrapsychische Konfliktkonstellationen oder allmähliche Akkumulation von Konfliktmaterial in der Außenwelt, droht das Identitätsgefühl jedoch verloren zu gehen: „Ich erkenne mich selbst nicht wieder“. Die Person wird labilisiert und versucht, sich durch habituelle Bewältigungsmuster zu re-stabilisieren. Wenn dies nicht gelingt oder noch weitere Belastungsmomente hinzukommen, tritt

die Person in die Phase der Turbulenz ein, in der sie durch Notreaktionen und unter Aufbietung aller Kräfte versucht, Stabilität zu gewinnen. Die Dynamik nimmt zu und es entscheidet sich, ob neue Lösungsmöglichkeiten gefunden werden oder ob es zur Dekompensation kommt. Überschießende Dekompensation (Manie, aggressive Impulsdurchbrüche, spontaner Suizid) oder regressive Dekompensation (Somatisierung, Drogenkonsum, Psychose, Depression, Bilanz-suizid) sind auf dem Höhepunkt der Krise, dem Höhe- und Wendepunkt, zu befürchten. Wird neue Unterstützung verfügbar, d.h. werden vorhandene Ressourcen problemlösend genutzt oder neue Unterstützung durch Außenhilfen zugeführt, kann die Dekompensation verhindert werden. Die erfolgreich gemeisterte Krise geht zumeist mit persönlichem Wachstum, einem Zuwachs an personaler Kompetenz, neuen Möglichkeiten und Lösungswegen einher. Die Krise kann also auch als Chance für Innovation angesehen werden. Wird die Dekompensation zwar mit aller Kraft vermieden, die Krise jedoch nicht bewältigt, ist eine Beeinträchtigung der Ich-Stärke der Person zu befürchten. Unabhängig davon, ob die Krise durch einen inneren (neurotischen) Konflikt ausgelöst ist, der nicht lösbar erscheint, oder der Anlass der Krise auch außerhalb der Person liegt und von objektiveren äußeren Faktoren begleitet wird, sind die psychodynamischen Entwicklungsstadien vor einer Suizidhandlung recht ähnlich.

Krisendiagnostik

Da es in der Suizidprophylaxe um schnelles, zupackendes Intervenieren der Behandler geht, ist es wichtig, ein Diagnoseinstrument zur Verfügung zu haben, das die Möglichkeit eines schnellen Überblicks eröffnet. Eine in der Krisenintervention bewährte Diagnosemöglichkeit stellen die fünf Säulen der Identität nach Petzold (1993, S. 165) dar:

- **Leiblichkeit** – Gefährdung der leiblichen Integrität führt zu Krisen

- **Soziales Netzwerk** – sein Zusammenbruch oder seine Beschädigung durch den Verlust wichtiger Bezugspersonen stellt eine existenzielle Bedrohung dar
- **Arbeit und Leistung** – Verlust der Arbeit oder der Leistungsfähigkeit wird zumeist krisenhaft verarbeitet
Materielle Sicherheit ebenso
- **Werte** – sind so bedeutsam, weil dieser Bereich noch tragen kann, selbst wenn die anderen Säulen der Identität bereits beeinträchtigt sind. Der Verlust von Werten und/oder des Lebenssinns wiegt dann besonders schwer.
- Hoffnung und Optimismus vermitteln
- Nicht oder nur sehr vorsichtig deuten bzw. interpretieren
- Stützen in der Konfrontation mit der Realität, Verleugnungen und Realitätsverzerrungen entgegenwirken
- Regression im Dienste des Ichs unterstützen (Pharmaka, kurze Krankschreibung)
- Schädlicher Regression (sozialer Rückzug, Alkohol- und Tablettenabusus etc.) entgegenwirken
- Wichtige Bezugspersonen einbeziehen

Eine Krisendiagnostik anhand der Identitätssäulen verschafft neben dem schnellen Überblick ein Verständnis für die Schwere der Krise. Als Faustregel kann gelten: Je mehr Säulen der Identität labilisiert oder beschädigt sind, desto tiefergreifender wird die Krise erlebt. Tiefenpsychologisch fundierte arbeitende Therapeuten müssen sich ergänzend Gedanken zur Psychodynamik des Krisengeschehens machen (s.u.). Die Krisendiagnostik wird im Rollenspiel (Therapeut, Klient und Behandler) eingeübt und der Therapeut erstellt aufgrund der im Erstgespräch explorierten Daten eine systematische Interventionsplanung.

Interventionsplanung

Die Ausbildungskandidaten werden nach dem Zusammentragen der Erfahrungen aus den Kleingruppen mit der notwendigen Haltung in der Krisenintervention vertraut gemacht:

- Sofort eingreifen
- Hohes Aktivitätsniveau zeigen
- Selbstheilungskräfte unterstützen – nicht heilen wollen
- Emotional stützen und Zuwendung zeigen
- Kathartische Reaktionen ermöglichen und unterstützen, z.B. Trauer, Wut, Schmerz, Schuld zu zeigen
- Bei drohender affektiver Überschwemmung Möglichkeiten der Eindämmung und Steuerung vermitteln

Selbsterfahrung Krisenpanorama

Wenn ausreichend Zeit zur Verfügung steht, lässt sich eine selbsterfahrungsorientierte Seminareinheit entlang eines Krisenpanoramas gestalten. Nach einer kurzen Entspannungsübung werden die Teilnehmer gebeten, imaginativ ihr Leben Jahr für Jahr zurückzugehen und ihre persönlichen Krisen in ihre Erinnerung zurückzurufen. Bilder, Szenen und Symbole, die auftauchen, werden mit Wachsmalstiften auf großes Papier gebracht. In selbst gewählten Dreiergruppen (Therapeut, Klient, Beobachter) wird der Verlauf eigener Krisen ausgewertet. Neben der Fokussierung der Anmutungen durch das Bild, dem ein Titel gegeben werden kann, des Erlebens, der Bedeutung von Farben und Symbolen sollte in der Auswertung vor allem Wert darauf gelegt werden, wie die Wege aus der Krise heraus aussahen und wie das Leben vermutlich ohne diese Krise verlaufen wäre.

Im Anschluss können weitere Kriseninterventionstechniken, sowohl theoretisch als auch praktisch, vermittelt werden:

- Das Auffinden eines sicheren Ortes: Zur Stabilisierung in einer Krisensituation werden zunächst gute innere Bilder wiedergefunden oder ggf. geschaffen. Eine Situation absoluter Sicherheit, Ruhe und Geborgenheit hat es in der Regel bei jedem Menschen einmal gegeben. Es wird trainiert, diese gute innere Welt, die nicht abhängig sein darf von der Bezie-

hung zu einer real existierenden Person, die ja potenziell immer unsicher, frustrierend und enttäuschend sein kann, gezielt aufzusuchen (vgl. Sachsse, Schilling und Esslinger 1998).

- Der innere Beistand: Der Patient vergegenwärtigt sich Menschen, die in der Vergangenheit liebevoll und stützend erlebt wurden. „Wer könnte in dieser Situation Halt und Stütze geben? Was würde derjenige sagen? Wie würde er sie anschauen?“ (unveröff. Anregungen Petzold)
- Die Möglichkeit, eine exzentrische Position zur eigenen Krise einzunehmen: das Leben auf die Bühne gestellt, der Klient fliegt wie ein Adler über die momentane Lebenssituation, er imaginiert die eigene Beerdigung (auf diese Weise finden wir heraus, wer als „Mörder“ zurückbleiben soll), er geht in einer Zweistuhlarbeit in den inneren Rollentausch mit signifikanten Anderen etc.
- Die Bildschirmtechnik (vgl. Sachsse und Reddemann 1998, Dormann 1991) stammt aus der Hypnotherapie: Patient und Therapeut betrachten auf einem imaginierten Bildschirm gemeinsam die Krisensituation wie einen alten Film. Die Affekte bleiben unter Kontrolle, weil der Film mithilfe einer imaginierten Fernbedienung immer wieder angehalten, betrachtet, zurück- oder vorgespult wird. Mit dieser Form dissoziativer Distanzierungstechnik, die der verhaltenstherapeutischen Desensibilisierung gleicht, wird das Selbstmanagementpotenzial der Klienten unterstützt. Es werden jeweils soviel Bilder, Affekte, Körpersensationen, die mit dem Krisenauslöser korrespondieren, betrachtet, wie der Klient verarbeiten kann.
- Die Gerichtsverhandlung: Der Patient inszeniert seine innere Konfliktwelt, indem er abwechselnd in Form einer Zweistuhlarbeit die Anklagebank der Staatsanwaltschaft einnimmt und dann wieder zur Verteidigungsseite überwechselt. Auf diese Weise können wir eine differenziertere Sicht auf die Gesamtperson erreichen.

Suizidalität

Der Suizid zählt noch immer zu den häufigsten Todesursachen. Zunächst werden mit den Ausbildungsteilnehmern Definitionen erörtert: Was ist unter Suizidalität, was unter einem Suizid zu verstehen? Wo verläuft die Grenze zwischen suizidalem Verhalten und aggressivem/autoaggressivem nichtsuizidalem Verhalten, Freizeitrisikoverhalten und dem sogenannten Freitod? „Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen eigen und per se keine Krankheit und kein Syndrom“ (Rupp 1996, S. 142).

Folgende Formen der Suizidalität werden unterschieden: Bei den meisten Menschen finden sich zeitweise Ruhe- und Todeswünsche sowie Suizidideen. Suizidale Handlungen erfolgen meist erst in suizidalen Krisen und/oder bei psychischer Erkrankung. Sie sind Folge einer erlebten Einengung durch subjektive oder objektive Not. Die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen streben in Gedanken, im aktiven Handeln oder durch passives Unterlassen den eigenen Tod an bzw. nehmen ihn als mögliches Ergebnis in Kauf. „Der bewusste Todeswunsch der Handelnden lässt die Intention, die Autoaggression zu Suizidalität werden“ (Wolfersdorf 1994, S. 119).

Unter dem Begriff „Bilanzsuizid“ wird verstanden, dass eine Art Rechnung aufgestellt wird, die zu dem Ergebnis führt, dass es keinen „Sinn“ macht, weiterzuleben, ein spontaner kurzschlussartiger Suizid wird auch als „raptusartiger Suizid“ umschrieben. Mehrere Autoren (u.a. Lungershausen, 1990) gehen davon aus, dass die Form des Bilanzsuizids im Sinne einer gründlichen rationalen Güterabwägung eine Fiktion ist. Sie halten Suizidhandlungen in freier, klarer, nicht durch psychische Erkrankung beeinflusster Entscheidung für einen Mythos, da die Selbsttötung stets die bittere Konsequenz einer sich von außen und innen zuspitzenden unerträglichen Befindlichkeit sei. Demgegenüber steht die Position, den Bilanzsuizid als anthropologische Prämisse zu verstehen, als einen Ausdruck humaner Freiheit (vgl. Améry 1991 mit seinem Diskurs „Hand an sich legen“).

Wenn genügend Zeit zur Verfügung steht, lässt sich die Kandidatengruppe in zwei Kleingruppen aufteilen, um die o.g. ethischen Implikationen als Pro-und-kontra-Diskussion mit jeweils einer Minute abwechselnder Redezeit erlebnisnah zu präsentieren. Die eine Gruppe wählt die Position „Suizid als Vorliegen einer krisenhaften Situation“. Die andere fokussiert den Freitod als freie Entscheidung eines Menschen, als anthropologische Prämisse, seinem Leben ein Ende setzen zu können. Der Freitod wird von denen, die ihn verfechten, als Privileg des freien Menschen verstanden, das auf keinen Fall pathologisiert werden dürfe.

Risikogruppen nach Haenel und Pöldinger 1986, zit. nach Finzen 1997

- alle depressiven Personen
- Alkoholiker, Medikamenten- und Drogenabhängige
- Alte und Vereinsamte
- Personen, die einen Suizid ankündigen
- Personen, die durch einen Suizidversuch auffällig geworden sind

Durch epidemiologische Daten wird das Ausmaß und die Geschlechterdifferenz von Suizidalität und Suizid als Todesursache in der deutschen Bevölkerung deutlich gemacht (Tab. 1):

Tab. 1 Suizide in Deutschland auf 100000 Einwohner (nach Suizidprophylaxe 1999)

Jahr	Insgesamt	Männlich	Weiblich
1960	19,4	26,3	13,3
1970	21,5	28,5	15,2
1977	22,7	30,2	15,8
1980	20,8	28,2	14,1
1988	17,6	25,0	10,8
1990	16,1	22,9	9,8
1998	14,2	21,5	7,3

Psychodynamische Erklärungsansätze

Den Ausbildungskandidaten wird durch Vortrag das Depressions-Aggressions-Modell des Suizids nach Freud und Abraham näher gebracht, sie machen sich vertraut mit Suizidalität und depressiven Entwicklung. Freuds Modell wird durch Henselers (1990) Narzissmus-Modell der Suizidalität ergänzt.

Das Depressions-Aggressions-Modell des Suizids nach Freud und Abraham

Suizidalität und depressive Entwicklung

Das erste psychoanalytische Erklärungsmodell der Suizidhandlung fußt auf der triebdynamischen Aggressionstheorie von Freud (1917) und Abraham (1912). Sie sehen im Rahmen ihres Melancholiemodells den Suizid als die Zuspitzung einer depressiven Entwicklung. Hintergrund der Depression sind real erlebte oder phantasierte Objektverluste, aber auch Kränkungen, Enttäuschungen und Zurückweisungen. Die Versagungen erzeugen eine basale Urverstimmung und lassen eine ausgeprägte Ambivalenz von Liebe und Hass gegenüber den Objekten entstehen. Der Hass muss dem als unverzichtbar erlebten Objekt gegenüber abgewehrt werden, so dass die narzisstische Identifikation mit ihm als der einzige Weg erscheint, das auch geliebte Objekt nicht zu verlieren. Das verlorene Objekt wird via Inkorporation einverleibt, womit die Liebe und der Hass auf das äußere Objekt reintrojiziert werden. Suizid und Suizidhandlung stellen für Freud und Abraham den Ausdruck eines Tötungswunsches dar, der in Form von Rache- oder Mordtendenzen gegen das eigene Selbst gewandt wird, aber einer anderen Person gilt. Die Aggression wird gleichsam um den Preis der Selbstaufgabe des Ichs umgekehrt.

Es wird auf den eklatanten Geschlechterunterschied in der Methodik und Häufigkeit bei Suizid und Suizidversuch aufmerksam gemacht:

Von Frauen werden wesentlich mehr Suizidversuche (Parasuizide) unternommen, von Männern wesentlich mehr Suizide. Es wird gemeinsam nach Erklärungsansätzen gesucht (vgl. Gerisch 1998). Suizidmethoden werden nach sog. „weichen“ (u.a. Vergiften, Ertrinken) und „harten“ (u.a. Erhängen, Erschießen) Methoden unterschieden und die große Dunkelziffer benannt.

„She died for love and he for glory“

Freud hat sich wenig mit der weiblichen Aggression auseinandergesetzt. Er konstatierte lediglich die erschwerte Über-Ich-Bildung bei Frauen aufgrund der fehlenden Kastrationsdrohung. Bei Frauen überwiegt die Angst, nicht geliebt zu werden. Die Freudsche Entwicklungspsychologie ist anhand der männlichen intrapsychischen Prozesse konzeptualisiert, so dass wir heute vom „phallischen Monismus“ Freuds sprechen. In seinem Sinne wären eine nach innen gewandte Aggression und ein ausgeprägter Narzissmus, die als den Suizid prädisponierende Faktoren angesehen werden können, das normale weibliche Triebchicksal.

Das scheinbar schwache weibliche Über-Ich wird von modernen psychoanalytischen Autorinnen (vgl. Benjamin 1990) als primär interpersonell, d.h. auf das Gegenüber bezogen, definiert. Die erhöhte Abhängigkeit von anderen geht aber auch einher mit einer größeren Kompetenz, Beziehungen aufzubauen und zu gestalten. Aufgrund der Gleichgeschlechtlichkeit von Mutter und Tochter entsteht die Identitätsbildung durch Bindung an das gleichgeschlechtliche Objekt (vgl. Gerisch 1998). Spezifische Fähigkeiten wie Empathie, Verantwortung und Fürsorge für andere stehen im Vordergrund.

Während Jungen die primäre Erfahrung der Trennung und des Unterschieds machen und regressive Verschmelzungswünsche ihre Geschlechtsidentität bedrohen, wird der spezifische weibliche Konflikt darin gesehen, dass die Entwicklung einer autonomen Weiblichkeit und die Individuation als erschwert gelten können. So

geraten Frauen schneller in interpersonell bedingte Krisen, halten Beziehungen auch entgegen ihren eigenen Bedürfnissen aufrecht und bleiben auch in der suizidalen Krise eher auf eine andere Person bezogen. Ausweglose Situationen werden unter Einsatz ihres Lebens suizidal angegangen, indem der Andere verändert oder zur Annäherung gezwungen werden soll. Die Geschlechtsspezifität von Suizid und Suizidhandlungen kommt in dem Satz „She died for love and he for glory“ verdichtet zum Ausdruck. Unterschiedliche Sozialisationsbedingungen fördern bei Frauen weniger Selbstbehauptung und Durchsetzung als Anpassung an die Erwartungen anderer.

Die primär gegen das Selbst gerichtete Aggression in der suizidalen Handlung fußt in dem ausgeprägten Ambivalenzkonflikt, in der Angst, einen überaus notwendigen und geliebten Menschen zu verlieren (vgl. Mitscherlich 1985). Suizid und Suizidhandlung der Frauen werden in diesem Sinne als Reaktualisierung des ursprünglichen Konflikts mit der Mutter gesehen. Liebe und Hass, verstanden in deren regulierender Funktion von Objekthinwendung und Objektabwendung, der Balancierung von Nähe und Intimität einerseits und Loslösung andererseits, lässt weibliche Suizidalität als Ausdruck der Ambivalenz von Objekterhaltung und -annäherung verstehen.

Narzissmus-Modell der Suizidalität

Die Aggressions-Depressions-Hypothese von Freud und Abraham wird im Vortrag durch Henselers Beschreibung (1990) der suizidalen Psychodynamik als Zuspitzung einer narzisstischen Krise erweitert. Die Ambivalenz von Objektretention und -zerstörung, die realitätsferne Selbsteinschätzung und die auffallenden Konflikte im interaktionellen Bereich ließen seine Konzeption der Suizidalität nicht primär in einem Aggressionskonflikt, sondern in einer narzisstischen Störung sehen, die einhergeht mit einem Oszillieren zwischen Größen- und Kleinheitsphantasien, einem hohen Ich-Ideal, einer hohen

Störbarkeit zwischenmenschlicher Beziehungen und einer rigiden Über-Ich-Struktur. Die Partner werden häufig zur Restitution eigener narzisstischer Defekte funktionalisiert, entweder idealisiert oder bei minimaler Kränkung abgewertet.

Bricht die narzisstische Abwehr aus Realitätsverleugnung und Selbstidealisierung zusammen, z.B. bei realem oder phantasiertem Objektverlust, so wird die Person auf frühe traumatische Objekterfahrungen zurückgeworfen. Um den eigenen Selbstwert zu bewahren, versucht der Suizidale auf einen imaginierten harmonischen Primärzustand zu regredieren. „Das Überwiegen sogenannter ‚weicher Methoden‘ bei Selbstmordversuchen der Frauen entspricht, im Kontrast zu der Angst vor dem Sterben, den Todesvorstellungen nach dem Suizid, die mit Phantasien von Wärme, Ruhe und Geborgenheit assoziiert sind“ (Gerisch 1998, S. 218). Die Suizidhandlung soll die drohende narzisstische Katastrophe abwenden und dient der Konfliktlösung. Um sich nicht hilflos und passiv ausgeliefert zu fühlen, wird aktiv gehandelt. Die Suizidhandlung versteht Henseler als „...eine Mischung aus realer Lebensgefahr und irrealer Gefährlosigkeit, aus Furcht und Zuversicht, aus Resignation und Triumph, aus totaler Vereinsamung und vollkommener Kommunikation“ (Henseler 1990, S. 90). Suizid und Suizidversuch begreift er als Endpunkt einer häufig auch unbewussten narzisstischen Krise.

Henselers Verdienst ist es, die Bedeutung von Trennungserfahrungen und Objektverlust zentral in die Debatte aufgenommen zu haben. Stützt nun Henselers narzissmustheoretische Konzeption der Suizidalität das Ressentiment über den weiblichen Narzissmus, das Zirkulieren um den Körper, die Bedeutung des Äußeren, die erheblichen Selbstwertzweifel, weil die Suizidversuche bei Frauen eindeutig überwiegen? Deneke (1985) zeigt in einer empirischen Untersuchung durch ein eigens entwickeltes Narzissmusinventar, dass Frauen in den Skalen „destabilisiertes Selbstgefüge“, „Kleinheits-selbst“ und „negatives Körperbild“ signifikant höhere Werte erreichen als Männer. Vorge stellt sei zunächst einmal, dass die Inanspruch-

nahme professioneller Hilfe durch Frauen als Zeichen höherer Reflexions- und Introspektionsfähigkeit und damit als Hinweis auf eine günstige Prognose zu werten ist, auch wenn diese Hilfesuche, der Appell über den auto-aggressiven Weg des Suizidversuchs erfolgt.

Narzisstisches Dilemma der Frau

Das weibliche Dilemma stellt sich aus psychodynamischer Perspektive folgendermaßen dar: Entweder lässt sich eine frühe Identifikation mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil finden. Wenn die Mutter als schwach und unbedeutend empfunden wurde, wird der Vater übermäßig bewundert, bleibt aber unerreichbar. Die daraus resultierende Ambivalenz und Rivalität wird häufig auf den Partner übertragen und Weiblichkeit aufgrund des väterlichen Blicks abgewertet. Der sich herausbildende „strategische Ödipus“ (Rohde-Dachser 1987) dient der Abwehr präödipler Entbehrung. Oder es findet eine Identifikation mit der Mutter statt, die oft eine masochistische Färbung annimmt. Da der Status der Frauen immer noch als ein machtloser, entwerteter gelten kann (vgl. Benjamin 1990), bedeutet die Identifikation mit der entmachteten Mutter, sich nie als vollwertig oder gleichwertig zu empfinden. An dieser Stelle schlägt sich die objektive Unterdrückung der Frau als subjektives Gefühl der eigenen Minderwertigkeit nieder (vgl. Hagemann-White 1978).

M. Mitscherlich (1985) fragt, wie es Müttern aufgrund eigener entwertender Einstellung dem Frausein gegenüber gelingen soll, die Idealisierungsbedürfnisse des kleinen Mädchens zu befriedigen. Mädchen werden aufgrund der Gleichgeschlechtlichkeit von Mutter und Tochter nicht in der Weise narzisstisch bestätigt wie Jungen und werden aufgrund der oft negativen mütterlichen Einstellung zur eigenen Weiblichkeit nur ambivalent geliebt. Das infantile Omnipotenzgefühl wird beim Jungen weitaus mehr gefördert und stößt im Laufe der Entwicklung weniger auf Widerstände (Rohde-Dachser 1987). Deshalb finden sich bei Frauen zahllose

Versuche, durch Überanpassung, Leistung und Attraktivität die subjektiv empfundene Schwäche zu kompensieren. Das Aufgehen im Anderen, das empathische Mitfühlen bis zur Übernahme fremder Gefühle, die Wahl eines Partners als idealisiertes Ersatz-Selbst, die passive Form der Aggressivität in Form der Verweigerung, des Trotzes und der inneren Abwertung (vgl. Wardetzki 1991) sind die Folge. Wenn der Versuch, sich selbst narzisstisch zu bestätigen, scheitert, bleibt die Abhängigkeit von der Anerkennung von außen (z.B. durch den Mann) erhalten. Dadurch bleiben Frauen deutlich kränkbarer und sind schneller enttäuscht, wenn diese Zuwendung ausbleibt.

Auch die Lösung des Konflikts um den Penisneid (sollte Frau seiner Existenz zustimmen), den Freud in dem kompensatorischen (Sohnes-) Wunsch sieht, eröffnet ein weiteres weibliches Dilemma. Oft ist es schwer, den Kinderwunsch lustvoll zu besetzen und sich zugleich anderen Lebenszielen zu widmen. Die Frage der sozialen Konsolidierung der Geschlechtsrollenidentität ist oft von dem Konflikt gezeichnet, einen zugunsten der beruflichen Entwicklung nicht eingelösten Kinderwunsch zu haben oder zugunsten der Kinder auf das berufliche Fortkommen zu verzichten. Diese Konstellation kann als wichtiger Krisenauslöser für die Frau „um 40“ gelten (vgl. Gerisch 1993).

Aufgrund der Gleichgeschlechtlichkeit von Mutter und Tochter (Haaken 1983) ist die Differenzierung von Selbst und Objekt bei Frauen schwieriger. Die Folge davon ist eine größere Mühsal bei dem Erreichen von Individuation und Autonomie. Dührssens Untersuchung (1967) zum adoleszenten weiblichen Suizidverhalten zeigt eine hochambivalente, aber intensive Mutterbindung. Das Ringen um eigene Identität und Körperlichkeit in der Pubertät spitzt sich zu, wenn der Leib von Mutter und Tochter einander ähnlicher werden. Die Töchter erleben ihren Körper als fremd und zugleich mit der Mutter identisch. In einer solchen Situation kann die Verführung groß werden, sich den passiven Sehnsüchten nach der Mutter um den Preis der Autonomie zu ergeben.

Allen skizzierten psychodynamischen Konzepten ist gemeinsam, dass sie die Bedeutung der Mutter-Kind-Bindung in den Vordergrund rückt, um zu einer Klärung der Geschlechtsunterschiede bei Suizid und Suizidversuch beizutragen. In der frühen Mutter-Tochter-Interaktion spiegelt sich die gesellschaftliche Entwertung der Frauen, die in der Suizidalität die Wendung gegen das Selbst erfährt.

Objektbeziehungstheoretischer Ansatz

Im Plenum werden typische Gegenübertragungspänomene in der Arbeit mit suizidalem Klientel gesammelt und die Gegenübertragungsdynamik objektbeziehungstheoretisch (Federn 1928, Kind 1996) verstanden. Die Ausbildungskandidaten lernen, ihre Resonanzen für die Diagnostik und Intervention zu nutzen.

Paul Federn brachte schon 1916 eine völlig andere Perspektive in die psychoanalytische Debatte. Seine Überzeugung war: „In der Regel mordet sich nur der, den ein anderer tot wünscht“ (Federn 1928, S. 38). Dem intrapsychischen Verständnis Freuds wird damit eine Theorie suizidalen Erlebens und Handelns gegenübergestellt, die die Interaktion mit einem bedeutsamen anderen fokussiert. Kind greift diesen Ansatz auf. Suizidalität ist für ihn „... nicht lediglich als Zeichen seelischer Dekompensation“ aufzufassen, sondern darüber hinaus als eine psychische Funktion. Diese wird als Ultima ratio dann eingesetzt, wenn intrapsychische und interpersonelle Krisen auf andere Weise nicht mehr handhabbar scheinen. „Suizidalität wird von mir daher nicht als etwas Pathologisches per se betrachtet, sondern als Kürzel für einen komplexen psychischen Reorganisationsvorgang, welcher auf einen gestörten Umgang mit den inneren Objekten und Selbstimages hinweist, den bewussten und unbewussten Bildern, die wir von uns und den anderen haben. Suizidalität ist mehr als ein Indiz für unintegrierte Aggressivität. Sie hat, wie jedes andere Symptom auch, eine regulierende Funktion, und, so merkwürdig es zunächst klingen mag,

unter Umständen auch eine stabilisierende Funktion“ (Kind 1996, S. 13).

Die fusionäre und die antifusionäre Suizidalität

Kind zeigt spezifische Funktionsformen auf, die den frühkindlichen Entwicklungsphasen zugeordnet werden können. Die Bedeutungen und Zielsetzungen suizidalen Handelns sind seiner Ansicht nach jedoch nicht genetisch fixiert, sondern können über die Lebensspanne hinweg je nach Regressionsneigung variieren. Die fusionäre Suizidalität steht im Dienste eines Verschmelzungswunsches. Frühkindliche traumatische Erfahrung lässt das Subjekt stetig nach einem empathischen Objekt (Rohde-Dachser 1986) suchen, welches bestätigt und damit ein Gefühl der Existenzberechtigung verleiht.

Der Suizid erscheint vor dem Hintergrund eines enttäuschten Wunsches nach einem hinreichend guten Objekt (Winnicott 1969) als ein Versuch, sich mit einem idealisierten Objekt wieder zu verbinden. Antifusionäre Suizidalität steht hingegen im Dienste der Abgrenzung gegen einen drohenden Ichverlust. Zerstörerische Phantasien, Aggression und Destruktion können im Dienste des Ringens um Eigenständigkeit und des Strebens nach Individuation um den Preis der Selbstzerstörung gesehen werden. Beide Modi können oszillieren, mal der Wunsch nach Nähe oder gar Verschmelzung dominieren, mal der Wunsch nach Autonomie und Individuation.

Bei der Suizidalität geht es immer auch um den Wunsch, gesehen und anerkannt zu werden, als einzigartiges Individuum identifizierbar zu sein, „als Versuch, sich im anderen zu repräsentieren bzw. den andern zu erreichen, wenn alle Bemühungen gescheitert sind...“ (Gerisch 1998, S. 255). Bei suizidalen Patienten lassen sich zwei typische Angstmodi unterscheiden, die die Suizidalität motivieren: Die Angst, das Objekt zu vernichten, da es enttäuscht hat und/oder unzuverlässig war, und die Angst, das Objekt wende sich aufgrund erlebter Minderwertigkeit ab.

Interaktionsgestaltung

Kind zeigt an klinischen Beispielen zwei zentrale Modi der Interaktionsgestaltung suizidaler Menschen mit ihrer Umwelt:

- das manipulierte Objekt
- das aufgegebene Objekt

Diese Beziehungsmuster lassen Schlüsse auf die Ätiologie der Suizidalität zu, denn jede Suizidhandlung und jeder vollendete Suizid stellen für Kind eine Aktualisierung pathologischer frühkindlicher Objekterfahrung dar. Suizidales Handeln hat nicht die Tötung des (introjizierten) Objektes zum Ziel, sondern dessen Veränderung. „In der Regel soll aus einem gleichgültigen und abweisenden Objekt ein teilnehmendes und zugewandtes Objekt werden“ (Gerisch 1998, S. 248).

Die manipulative Form im Dienste der Objektsicherung und Objektänderung

Die suizidalen Klienten streben weder den eigenen Tod noch den des anderen an, „...sondern die Bedrohung wird eingesetzt, um einen anderen zum lebenssichernden Handeln und zur Annäherung zu zwingen“ (Gerisch 1998, S. 252). Neben der Sicherung des Objekts ist die Suizidalität auch Ausdruck einer Objekt- und Beziehungsveränderung. Diese von Kind als „Typus I“ charakterisierte Form der Suizidalität manipulativer Form zeichnet sich durch interaktionsreiche Verhaltensweisen aus: Appelle, Drohungen, unter Druck setzen. Im Gegenüber konstellieren sich Gefühle von Wut, Angst und Schuld. Kind zeigt, wie suizidale Patienten dieses Typus ihre Beziehungspartner unbewusst in die Rolle zu schicken versuchen, der sie als Kinder ausgesetzt waren. Ihre Befindlichkeit im Gegenüber zu deponieren, kann als unbewusster Problemlösungsversuch bezeichnet werden. Sie hoffen, ihr Beziehungspartner löse den Konflikt für sie stellvertretend in angemessener Weise, besser als sie selbst es konnten.

Suizidalität als Objektaufgabe

Die Interaktion mit einer Person, die sich selbst aufgegeben hat („Typus II“), verläuft weitaus affektärmer, ist eher als resignativ zu kennzeichnen. Die Suche nach einem „alle Hoffnungen verkörpernden Objekt“ (Rohde-Dachser 1987, S. 175) ist bereits aufgegeben. Die Interaktionspartner erleben Ohnmacht, Aufgegebenwerden und Hoffnungslosigkeit. Nicht einmal Wut- und Rachegefühle scheinen der suizidalen Person aussichtsreich, Antwort zu bekommen. So manipuliert sie unbewusst die Beziehung zu ihrer sozialen Umwelt insgesamt und eben gerade auch die zu ihrem Behandler, dass diese sie ebenfalls aufzugeben drohen. Die Klienten konstellieren die Beziehung so, dass die Umwelt Tendenzen des Abschiebens, Nicht-ernst-Nehmens, Vergessens, Sich-nicht-Einlassens entwickeln (empirisch belegt durch Paschenda und Wedeler 1993). Sie stellen die vernachlässigende Eltern-Kind-Beziehung von „Dort-und-Damals“ im „Hier-und-Jetzt“ wieder her, in der Hoffnung, andere, emotional korrigierende Beziehungserfahrungen machen zu können.

Die objektbeziehungstheoretische Perspektive Kinds ermöglicht ein neues und umfassendes Verständnis der Suizidalität, welches wiederum ermöglicht, die typischen Gegenübertragungsreaktionen zu verstehen, zu systematisieren und sie zur Diagnostik und Krisenintervention zu nutzen. Die zumeist unbewussten Botschaften der Suizidalen können in der therapeutischen Beziehung durch die Analyse der Übertragung-Gegenübertragungs-Dynamik verstanden und damit kommunizierbar werden. Gerade auch für die Arbeit in Institutionen, Akutpsychiatrien und Krisenstationen verhilft sein Ansatz zum besseren Verständnis der Appelle, denn auch Organisationen werden in die suizidale Inszenierung mit einbezogen.

Literatur

- Abraham K (1912). Ansätze zur psychoanalytischen Erfahrung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. *Zentralblatt der Psychoanalyse* 2, 302-11.
- Améry J (1991). *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Argelander H (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Benjamin J (1990). *Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht*. Basel: Stroemfeld/Roter-Stern-Verlag.
- Deneke FW, Müller R (1985). Eine Untersuchung zur Dimensionalität und metrischen Erfassung des narzisstischen Persönlichkeitssystems. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 35, 329-41.
- Dormann W (1991). *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten*. München: Pfeiffer.
- Dührssen A (1967). *Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Everstine DS, Everstine L (1992). *Krisentherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Federn P (1928). Selbstmordprophylaxe in der Analyse. *Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik* 3, 379-89.
- Filipp SH (1990). (Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse*. München: Psychologie-Verlags-Union.
- Finzen A (1997). *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen: Prävention-Behandlung-Bewältigung*. Bonn: Psychiatric-Verlag.
- Freud S (1916). Trauer und Melancholie. *GW Bd. 10*, S. 427-46. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Gerisch B (1993). Aspekte zum psychodynamischen Verständnis der Suizidalität bei Frauen. *Forum der Psychoanalyse*, 9, 198-213.
- Gerisch B (1998). *Suizidalität bei Frauen. Mythos und Realität – eine kritische Analyse*. Tübingen: edition discord.
- Haaken J (1983). Sex Differences and Narcissistic Disorders. *American Journal of Psychoanalysis*, 43, 315-24.
- Hagemann-White C (1978). Die Kontroverse um die Psychoanalyse in der Frauenbewegung. *Psyche*, 32, 732-63.
- Heinrich M, Wedler H, Wolfersdorf M (1998). *Sonderheft Suizidprophylaxe*.
- Henseler H (1990). *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Opladen: Westdeutscher Verlag. (1974)
- Kind J (1996). *Suizidal – Die Psychoökonomie einer Sucht*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kübler-Ross E (1984). *Interviews mit Sterbenden*. Gütersloh: Verlagshaus Mohn.
- Kutter P (1992). Das direkte und indirekte Spiegelphänomen. In: Pühl H (Hrsg.). *Handbuch der Supervision I*, S. 291 bis 302. Berlin: Edition Marhold.
- Lindemann E (1956). The meaning of crisis individual and family living. *Teacher College Record* 57, 310-5.
- Lungershausen E (1990). Der Umgang mit dem suizidalen Patienten. In: Payk TR (Hrsg.), *Psychiatrische Therapie. Erfahrungen und Perspektiven*, S. 11-17. Stuttgart: Schattauer.
- Mitscherlich M (1985). *Die friedfertige Frau*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Möller H (1998). Schamerleben in Supervisionsgruppen. *Gruppendynamik*, 4, 403-19.
- Möller H, Bruns M (2001). Suizid und Suizidgefährdung. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg.), S. 633-57. *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Orbach S (1984). *Anti-Diät Buch II. Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Esssucht*. München: Frauenoffensive.
- Paschenda K, Wedeler H (1993). Suicide amongst the aged: Is it generally accepted in our society? In: Böhme K, Wedeler H (Hrsg.), *Suicidal behavior: The state of the art*, S.192-5. Regensburg: Roderer.

- Petzold H (1993). Krisen der Helfer – Überforderung, zeitextendierte Belastung und Burnout. In: Schnyder U, Sauviant JD (Hrsg). Krisenintervention in der Psychiatrie, S. 161-75. Bern: Huber.
- Reddemann L, Sachsse U (1997). Traumazentrierte Psychotherapie I: Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 1, 97-142.
- Rohde-Dachser C (1986). Ringen um Empathie. Ein Interpretationsversuch masochistischer Inszenierungen. *Forum der Psychoanalyse*, 2, 44-58.
- Rohde-Dachser C (1987). Die Ausformung der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzisstischen und Borderline-Störungen. *Psyche*, 9, 773-99.
- Rupp M (1996). Notfall Seele. Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfall- und Krisenintervention. Stuttgart: Thieme.
- Sachsse U, Reddemann L (1998). Traumazentrierte Psychotherapie II: Traumaexposition und Traumasynthese. *Persönlichkeitsstörungen* 2, 47-96.
- Sachsse U, Schilling L und Esslinger, K. (1998). Ein stationäres Behandlungsprogramm für Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten (SVV). In: Streek-Fischer A (Hrsg.) *Adoleszenz und Trauma*, S. 213-23. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ulich D (1987). Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wardetzki B (1991). Weiblicher Narzissmus. Der Hunger nach Anerkennung. München: Kösel.
- Winnicott DW (1969). Objektverwendung und Identifizierung. In: ders. *Vom Spiel zur Kreativität*, S.101-10. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wollersdorf M (1994). Der suizidgefährdete Mensch. Zur Diagnostik und Therapie bei Suizidgefährdung – Eine Einführung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.