

Die wirklichen Schauplätze, die inwendigen, von den äußeren mühsam überdeckt, finden woanders statt [...] Einmal in dem Denken, das zum Verbrechen führt, und einmal in dem, das zum Sterben führt.

Ingeborg Bachmann

Es hat in allen bekannten Kulturen und Epochen – von der Antike bis zur Gegenwart – Formen des Suizids gegeben, und er zieht sich bis heute durch alle Gesellschaftsformen und sozialen Schichten. Er betrifft beide Geschlechter, gleichwohl mit einer Vielzahl divergierender Ursachen und intrapsychischer Konfliktkonstellationen, unterschiedlichster Ausführungsmuster, Motive und Tötungsmittel, die vom Idiosynkratischen bis zum Stereotyp reichen. Vor dem Suizid als einer nur dem Menschen eigenen Möglichkeit des Handelns und selbst vor suizidalen Fantasien, Gedanken und Erlebensweisen ist keiner gefeit. Den meisten, wenn nicht gar allen Menschen ist der Gedanke an ein eigenmächtiges Ende, insbesondere aus der verstörenden Phase der Adoleszenz, durchaus vertraut, wie es bereits Albert Camus (1985) bemerkte. Der Prominente, der vielleicht als schön, reich und glücklich gilt, kann ebenso betroffen sein wie der Arbeitslose, Kranke oder schlicht Unglückliche. Darüber hinaus unterläuft die relativ niedrige Suizidrate in Kriegs- und Krisengebieten im Vergleich zu jener in der westlichen Wohlstandswelt die traditionelle Unterscheidung von guten bzw. »echten« Gründen einerseits sowie von schlechten bzw. »hysterischen« andererseits. Die markante Differenz indes liegt zwischen denen, die ihr eigenmächtiges Ende nur fantasieren,

Benigna Gerisch

Suizidalität

und jenen, die diese Fantasien und Gedanken in Handlungen (Suizid oder Suizidversuch) umsetzen.

Auch wenn die weit niedrigere Rate der Verkehrstoten und von Gewaltopfern als ungleich größeres Skandalon unserer Zivilisation wahrgenommen wird als die der Suizidtoten, so zeigt ein Blick auf die nüchternen Zahlen, dass das Ausmaß der Suizidproblematik nach wie vor eine außerordentliche Brisanz hat. Und sie ist seit jeher mit einer eklatanten empirischen Geschlechtspezifität verbunden. Weltweit suizidieren sich jährlich etwa 1 Million Menschen und 20 bis 50 Millionen unternehmen einen Suizidversuch. In Deutschland starben im Jahre 2009 insgesamt 9.616 Menschen durch einen *Suizid* (7.228 Männer und 2.388 Frauen). Die Suizidrate (das heißt die Anzahl von Suiziden bezogen auf 100.000 Einwohner pro Jahr) lag damit bei 10,3.

Folgen wir der Empirie, so verzeichnen wir gegenwärtig in Deutschland etwas niedrigere Zahlen als in jüngster Vergangenheit, die bis 2006 stets etwa bei 12.000 Suiziden jährlich lagen. Noch Mitte der 1970er Jahre haben sich in Deutschland 20.000 Menschen pro Jahr suizidiert. Derzeit hat sich diese Zahl mehr als halbiert, 2006 lag sie erstmals unter 10.000 (vgl. auch Wolfensdorf/Etzersdorfer 2011).

Als eklatante geschlechtsspezifische Konstante gilt, dass sich Männer, und dies gilt weltweit, mehr als doppelt so häufig wie Frauen das Leben nehmen. China ist das einzige Land, in dem die Suizidrate der Frauen höher ist als die der Männer. Und in Indien ist nicht nur die Witwenverbrennung sozial erwünscht, sondern auch die Abtreibung weiblicher Feten sowie der gesellschaftlich eingeforderte Suizid von »unbrauchbaren«, überzähligen Frauen – eine schockierende Realität, wie es auch der Aufsehen erregende Film *Water* (2005) illustriert.

Bei den Suizidversuchen stellt sich die Lage noch brisanter dar: Erfahrungsbasiert wird über alle Altersgruppen und für beide Geschlechter von einem Verhältnis von Suiziden zu Suizidversuchen von 1:10 bzw. 1:30 ausgegangen, das heißt, jährlich unternehmen in Deutschland 100.000 bis 300.000 Menschen einen Suizidversuch. Das Geschlechterverhältnis ist hier – anders als bei den Suiziden – genau umgekehrt: Frauen unternehmen doppelt so häufig Suizidversuche wie Männer.

Das relative Absinken der Suizidzahlen in den letzten Jahren,

dessen Ursachen noch hinreichend erforscht werden müssen, ändert folglich nichts an der Brisanz dieses auch gesundheitspolitisch hochrelevanten Themas und der impliziten Notwendigkeit und expliziten Forderung nach adäquaten psychotherapeutischen Behandlungsangeboten. Denn: In der Altersgruppe der 20- bis 40-jährigen ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache. Aber auch ältere Menschen stellen eine stark gefährdete Bevölkerungsgruppe dar, denn mit zunehmendem Alter steigt die Suizidgefährdung von Mann und Frau. Mit dreißig Jahren ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein erster Suizidgipfel erkennbar, und jede zweite Frau, die sich suizidiert, ist älter als sechzig Jahre.

Die Diskurse über den Suizid, die weit bis in die Antike zurückreichen und an denen sich bis heute nahezu alle Fachdisziplinen beteiligt haben, durchziehen einerseits den Versuch, Verstehens- und Erklärungsmodelle zu entwickeln, andererseits sind sie immer schon von Politisierung, Tabuisierung, Kriminalisierung, Pathologisierung und Mythologisierung durchwirkt (vgl. Gerisch 1998, 2008).

Bereits Georges Minois (1996) zeigte in seiner umfangreichen Untersuchung über die *Geschichte des Selbstmords*, dass in den großen Studien von Philippe Ariès (1982), Michel Vovelle (1973) und vielen anderen über den Tod in der Früh- und Neuzeit ein Thema beharrlich ausgegrenzt wurde: der »freiwillige« Tod – oder der Suizid, wie der wissenschaftlich gebrauchliche Terminus lautet, der in England im 17. Jahrhundert eingeführt wurde.

Die Tabuisierung des Suizids erschließt sich historisch vordergründig aus seiner religiösen und politischen Ächtung, gleichsam aus den klassischen Quellen des Tabus. Aber nicht minder bedeutsam ist die *Unheimlichkeit* des Suizids, eine Konnotation, die sich wie unmerkelt in die Diskurse eingeschlichen hat und sich als wohl wichtigster Grund für seine Ächtung und Tabuisierung erweist.

Wir treffen in der Diskursivierung des Suizids und der Suizidalität auf eine bemerkenswerte Paradoxie: Während suizidales Erleben und Handeln insbesondere in kulturellen Produktionen und modernen Inszenierungen von Klassikern nahezu omnipräsent ist, finden sich konträr zur Allgegenwart dieses Phänomens, wenn man von der kaum mehr überschaubaren Flut an Fachliteratur

absieht, im Alltagsbewusstsein der Menschen und in der medialen Öffentlichkeit noch immer Spuren dieser Tabuisierung. Auch die Verwissenschaftlichung des Wortes »Selbstmord« in »Suizid«, um es aus seiner Nähe zum kriminalistisch-moralisierenden Begriff »Mord« herauszulösen, hat daran kaum etwas ändern können.

Quer zum Selbstoptimierungs- und Perfektionierungsstreben in der Spätmoderne ist der Suizid immer assoziiert mit Verzweiflung, Not, Unglück und anderen Seelenzuständen, die in unserer Jagd nach Glück und Zufriedenheit kontraideal sind. Und der Suizid ist – aus welcher Seelenverfassung heraus auch immer geschehen – stets und wie kein anderer Tod eine Anklage, nicht nur an die Welt, sondern auch an die Angehörigen (vor allem an die Eltern, die ja längst »innere Objekte« geworden sind), die Hinterbliebenen und mit dem Suizidanten irgendwie Verbundenen (vgl. Kettner/Gerisch 2004). Der Suizid induziert im anderen stets einen Schock und hinterlässt eine kaum zu tilgende Spur von Schuld, Scham, Wut, Ohnmacht und Verzweiflung.

Ähnliches gilt für die professionellen Kontexte: Denn auch wenn der Suizid *der* Tod in der Psychiatrie ist, wird er aus Angst vor Strafverfolgung durch die Staatsanwaltschaft, die einen Kunstfehler nachweisen könnte, und aus Angst vor Reputationsverlust innerhalb der Fachgemeinschaft eher verhüllt als eingestanden. Dies hat zur Folge, dass es suizidale Patientinnen und Patienten, insbesondere wenn sie ihre Fantasien und Erlebensweisen offen kommunizieren, ungleich schwerer haben, einen ambulanten Therapieplatz zu finden. Es ist die Angst vor dem Suizid als einer omnipotenten Geste, die gerade dem mit suizidalen Personen arbeitenden Therapeuten schonungslos vergegenwärtigt, dass all seine Anstrengungen den Tod durch Suizid nicht verhindern können.

Während der philosophische Diskurs primär um Fragen der Normativität kreiste und gute wie schlechte Gründe für den Suizid zu identifizieren versuchte, interpretierte die medizinisch-psychiatrische Betrachtungsweise Mitte des 19. Jahrhunderts den Suizid erstmalig als Ausdruck einer Geisteskrankheit.

Erst mit Sigmund Freuds Konzeptualisierungen eines dynamischen Unbewussten und der Implementierung einer psychoanalytischen Krankheitslehre, die auch den Suizid mit einschloss, wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, der den Verstehens-

und Erklärungszugang zu suizidalen Phänomenen radikal veränderte. Freud postulierte bereits 1896 im Rahmen der entlang der Hysterie entwickelten Verdrängungslehre, dass ein aktueller Anlass nur dann traumatisch wirke, wenn dieser eine verdrängte, unbewusste Konfliktthematik aktualisiere. Damit führte er eine zentrale Unterscheidung von äußeren Anlass und unbewusster Konfliktthematik ein. Der äußere Anlass, und mag dieser auch noch so geringfügig erscheinen, erhält erst durch diese unbewusste Vernetzung seine ungeheure Wirkkraft.

Mit diesem Theorem unterließ Freud die bis dahin philosophisch grundierte, normativ-konventionelle Argumentation von guten und schlechten Gründen sowie die Überbetonung des Intentionalen und der Marginalisierung unbewusster Motive für den Suizid. Kurz: Von nun an sprechen wir nicht mehr von objektiver guten oder schlechten Gründen, sondern diese sind immer schon individuell biografisch kontextualisiert und multideterminiert. Sie reinszenieren sich oftmals mit aller Heftigkeit und Wucht sowie bereits chronifiziert, stumm und diffus im therapeutischen Geschehen.

In der zeitgenössischen Psychoanalyse gilt somit als essenzielle Erkenntnis, dass die Dimension des Unbewussten und das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung mit seinen vielschichtigen technischen und therapeutischen Implikationen unverzichtbar für das Verständnis suizidaler Dynamiken und die psychotherapeutische Behandlung suizidaler Patienten ist. Die psychodynamischen Konzeptionen halten inzwischen ein ausgefeiltes Interpretations- und Behandlungsreservoir des suizidalen Erlebens und Handelns bereit, das einerseits ermöglicht, das Ausmaß des Destruktiven zu dechiffrieren und in der Patient-Therapeut-Beziehung konstruktiv nutzbar wie aushaltbar zu machen, und das andererseits und gerade auf diese Weise seine präventive Wirkung entfaltet.

Die klinischen und metatheoretischen Ausführungen im vorliegenden Buch speisen sich im Wesentlichen aus den Erfahrungen mit langjährigen, hochfrequenten psychoanalytischen Behandlungen suizidaler Patientinnen und Patienten sowie aus meiner über zwanzigjährigen Tätigkeit im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Mit der Gründung des Hamburger Therapie-Zentrums

für Suizidgefährdete durch Professor Paul Götzke im Jahre 1990 wurden im Kern zwei Ziele verfolgt: Zum einen sollte das Therapie-Zentrum zu einem Modell für eine effektive ambulante, kurzpsychotherapeutische Alternative zu den bisherigen Behandlungskonzeptionen werden. Und zum anderen sollte es als Forschungseinrichtung diese Konzeption evaluieren und Beiträge zu dem noch immer geringen Wissen über die Psychodynamik der Suizidalität und ihrer Behandlung entwickeln.

Ich danke meinen Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich in den letzten zwei Jahrzehnten im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete gearbeitet habe. Und ich danke meinen Patientinnen und Patienten, die mir die Möglichkeit gegeben und das Vertrauen entgegengebracht haben, einen so tiefen Einblick in ihre zuweilen katastrophisch ausgestaltete Innenwelt zu bekommen, um die verästelte Tiefendimension des Suizidalen differenzierter zu verstehen und, im Sinne Freuds Junktim von Forschen und Heilen, auch wissenschaftlich zu ergründen.

Benigna Gerisch

Einführung

Wenn wir an Sigmund Freud und sein Werk denken, das in uns auf sehr lebendige und unhintergehbare Weise nachwirkt sowie untrennbar mit seiner zentralen psychoanalytischen Theorie zur Suizidalität verknüpft ist, dann denken wir dabei vielleicht nur selten an seinen eigenen Tod, der ein Suizid, genauer ein assistierter Suizid war.

Freud erkrankte 1923, im Alter von 67 Jahren, an Gaumen- und Mundhöhlenkrebs. In den 15 Jahren seiner schweren Erkrankung musste er 350-mal seinen Chirurgen konsultieren und zahlreiche Operationen über sich ergehen lassen. Essen und Sprechen, so durften wir vermuten, waren von nun an, auch bedingt durch die Kieferprothese, nie mehr schmerzfrei (vgl. Scheerer 2006). Bereits 1924 schrieb Freud zermürbt: »Das Richtige wäre, Arbeit und Verpflichtungen aufzugeben, und in einem stillen Winkel auf das natürliche Ende zu warten [...]« (Freud, zitiert nach Gay 1987, S. 510).

Mir geht es hier nicht um den annaebenden Nachweis einer chronischen Depressivität oder gar Suizidalität im Leben Freuds, auch wenn sich in seinem umfangreichen Briefwechsel – schon vor Beginn der Erkrankung – zahlreiche Passagen finden lassen, in denen er resigniert, erschöpft und genütsverdunkelt klingt (vgl. Gerisch 2010). Doch mit der Gewissheit der Krebsdiagnose hatte Freud seinen befreundeten Kollegen Felix Deutsch gebeten, ihm zu helfen, »mit Anstand von dieser Welt zu verschwinden«, falls er zu einem langen Leiden verurteilt sein sollte (vgl. Gay 1987, S. 473). Am Ende, nach endlosen Jahren schmerzvollen Leidens, durchwirkt gleichwohl von einer schier unvorstellbaren wissen-

schaftlichen Produktivität, war es nicht Felix Deutsch, sondern Freuds Kollege und Leibarzt Max Schur, der ihm helfen sollte, »in Würde zu sterben«. Schur verabreichte ihm eine Injektion von 30 mg Morphinum, die am Tage darauf noch zweimal wiederholt wurde. Freud erwachte nicht mehr. Er starb in London am 23. September 1939 um 3 Uhr früh.

Bereits vier Jahrzehnte vor seinem eigenen Tod hatte Freud in einem Brief an Oskar Pfister die Frage erörtert, »was man eines Tages tun würde, wenn die ›Gedanken versagen oder die Worte sich nicht einstellen wollen? Man wird ein Zittern vor dieser Möglichkeit nicht los. Darum habe ich bei aller Ergebung in das Schicksal, die einem ehrlichen Menschen geziemt, doch eine heimliche Bitte, nur kein Stechtum, keine Lähmung der Leistungsfähigkeit durch körperliches Elend. Im Harnisch las uns sterben, wie König Macbeth sagt.« (Ebd., S. 733).

Freuds eigener, selbstbestimmter Tod verweist ganz unmittelbar auf zwei zentrale Aspekte, die den suizidologischen Diskurs von der Antike bis zur Gegenwart durchziehen. Die schulentbergreifenden philosophischen Kernfragen sind:

1. ob es vernünftig sein könne, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, und
2. ob die Selbsttötung moralisch erlaubt sei (vgl. Wittwer 2004).

Sehen wir davon ab, dass für den antiken Menschen das Leben nicht das kostbarste Gut war, so galt der Suizid zunächst dann als legitim, wenn die leibliche Integrität durch Krankheit und Alter gefährdet erschien; zumindest war dies ein selbstverständliches Element der Anthropologie der Stoa. In diesem Argument schwingt die den Diskurs grundlegende normative Unterscheidung eines hohen, respektablen, gut begründeten Suizids mit, der uns im Falle Freuds mit seiner schweren Krebserkrankung sofort überzeugt, und der niederen, lächerlichen Selbsttötung, wenn wir, im Sprung zur Gegenwart, zum Beispiel an den Suizidversuch einer 42-jährigen als Reaktion auf die Todesnachricht von Michael Jackson denken (vgl. Gerisch 2011).

Konsensuell vertreten die Suizidologen unterschiedlichster theoretischer Ausrichtung gegenwärtig die Position, dass an dem Zustandekommen einer Suizidhandlung verschiedenste Faktoren

sowie bewusste und unbewusste Konflikte beteiligt sein können. Aufgrund dieser Komplexität avancierte das Phänomen der Suizidalität zu einem interdisziplinären Forschungsgegenstand, dem sich Philosophen, Mediziner, Psychologen, Psychoanalytiker, Soziologen, Sozial- und Geisteswissenschaftler gleichermaßen gewidmet haben, getragen von dem Versuch, Erklärungsmodelle für die Suizidalität zu entwickeln bzw. pluralistische Perspektivierungen aufzuspannen (vgl. die Literaturübersichten bei Gerisch 1998, 2003; Schmücke 1988). Will man sich der historischen Entwicklung und dem gegenwärtigen Stand der Suizidforschung einigermassen überschaubar nähern, so gelingt dies am ehesten durch eine kurze Skizzierung der verschiedenen, nicht selten konkurrierenden Positionen, die sich innerhalb dieses Wissenschaftszweiges etabliert haben.

Nachdem seit Ende des 18. bzw. Anfang des 19. Jahrhunderts in der Suizidologie das religiöse und philosophische zugunsten eines medizinisch-psychosozialen Paradigmas verlassen wurde, verhandelte man Suizidalität im Zeitalter der Empfindsamkeit zunehmend im Kontext der psychiatrisch grundierten Melancholiekonzepte, die erstmalig individuelle sowie psychopathologische Ursachen für die »Krankheit zum Tode« (Kierkegaard 1849) betonten.

Die Begründung der Suizidologie fiel im ausgehenden 19. Jahrhundert gleichsam mit der Etablierung der Soziologie als wissenschaftliche Disziplin zusammen (vgl. Ahrens 2004). Die soziologische und erste systematische Erforschung des Suizids begann mit dem richtungsweisenden Standardwerk »Le Suicide« 1897 von Émile Durkheim, in dem der Suizid als eine auf die Sozialstruktur einer Gesellschaft bezogene Verhaltensweise interpretiert wurde. Das von Durkheim am Phänomen des Suizids entwickelte Konzept der Anomie basiert auf der These, dass sich bei zunehmender sozialer Integration eines Individuums in eine soziale Gruppe (Familie, Religionsgemeinschaft etc.) die Suizidgefährdung verringere. Auch in den daran anknüpfenden soziologischen Deutungssätzen steht die Sozialstruktur mit ihren immanenten Auswirkungen auf die Individuen als bedingender Faktor des Suizids im Vordergrund der Untersuchungen (vgl. Lindner-Braun 1990).

In den lerntheoretischen Erklärungsmodellen (vgl. Linehan 1981;

Schmidke 1988) wird unter anderem die These vertreten, dass Suizidalität als Ausdruck eines dysfunktionalen Verhaltens verstanden werden kann, das durch spezifisch traumatische Kindheitserfahrungen geprägt ist. In Krisensituationen rekurriert der Suizidant auf früh erlernte Bewältigungsstrategien wie autoaggressives Verhalten zur Spannungsreduktion.

Familientherapeutische Konzeptionen der Suizidalität (vgl. Kleemann 1983; Rausch 1991) akzentuieren unter besonderer Berücksichtigung der Familienanamnese und der Mehrgenerationenperspektive spezifische interpersonelle Erfahrungen und deren Bewältigung, beispielsweise die Verlust- und Suizidtraditionen innerhalb des Familienverbandes, die als suizidprädisponierend gelten müssten. In der familientherapeutischen Arbeit mit »Suizidfamilien« zeigte sich aus der Sicht einer transgenerationalen Perspektive ein »Trend zum Tode«, der sich auf unverarbeitete frühe Todeserfahrungen in diesen Familien zurückführen ließ. Der unabgeschlossene Trauerprozess führte demnach insbesondere in Konfliktituationen zu aggressiven Äußerungen bis hin zu Todeswünschen gegenüber den noch Lebenden, zumeist den Kindern. Die Kinder ihrerseits wehrten diese Todesdrohungen zunächst reaktiv mit eigenen Todeswünschen gegen die Eltern ab, umkehrten diese aber schließlich gegen sich selbst, indem sie sich umbrachten oder dies zumindest versuchten (vgl. Sperling 1980).

In der *epidemiologischen Forschung* werden Häufigkeiten suizidalen Verhaltens in verschiedenen Gesellschaftsformen, Ländern, Kulturen, Populationen etc. erfasst, spezifische Risikogruppen identifiziert und der Verlauf von Suizid- und Suizidversuchsstrategien systematisiert. Das Suizidrisiko, so ein wichtiger Befund, ist bei allen psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere bei Depressionen, bipolaren Störungen und den klassischen Psychosen wie der Schizophrenie, deutlich erhöht. Auch Suchterkrankte gelten als besonders gefährdet. Vergleichbares gilt aber auch für Persönlichkeitsstörungen mit narzisstischen und borderlinetypischen Akzentuierungen, für die Essstörungen mit ihren verschiedenen Ausgestaltungen und für schwer traumatisierte Patientinnen und Patienten, bei denen sich häufig sexuelle Missbrauchs- sowie psychische und physische Gewalterfahrungen suizidprädisponierend auswirken können.

Seit den 1970er Jahren gewann auch die überwiegend neurobiochemisch orientierte *biologische Suizidforschung* erneut an Bedeutung. Hier finden sich psychophysiologische Untersuchungsansätze, Studien mit bildgebenden Verfahren zur Unterscheidung suizidaler und nichtsuizidaler Depressiver sowie im Rahmen von Zwillingstudien genetisch-erbbiologische Fragestellungen (vgl. Wolfersdorf/Straub 1994). In diesem Kontext wird die These einer genetischen Disposition des Individuums für Impulskontrollstörungen diskutiert. So wird unter anderem davon ausgegangen, dass ein Serotonindefizit die Ursache für spezifische Impulskontrollverluste suizidaler Personen ist (vgl. Wolfersdorf 1994).

Thomas Bronnisch (1995) kommt zu dem Schluss, dass eine biologische Disposition zur Impulsivität und Aggressivität zwar als gesichert gelten könne, diese aber nicht spezifisch für suizidale Patienten sei. Der Autor fasst die Ergebnisse der biologischen Forschung dahingehend zusammen, dass es eine biologische Disposition im Sinne der Vererbung von Suizidalität nicht gebe – anders als dies manche amerikanische Psychiater behaupten, die unermüdtlich nach dem Suizidgen forschen –, wohl aber eine erhebliche familiäre Belastung mit psychiatrischen Störungen bei Personen mit Suizid und Suizidversuch.

In den frühen *psychodynamisch-psychodynamischen* Konzeptionen finden sich Ansätze, kausale Krankheitsmodelle (Ätiopathogenese) der Suizidalität durch die Analyse der intrapsychischen Dynamik des Einzelnen zu entwerfen (vgl. auch Gaupp 1905; Grubbe 1940). Führende Vertreter der psychoanalytischen Richtung sind fraglos Sigmund Freud (1916–17) und Karl Abraham (1924) mit der *trieb-dynamisch orientierten Melancholie-Aggressions-Theorie*, nach der der Suizid als Mord am introjizierten Objekt begriffen wird. Karl Menninger (1938) gilt als enthusiastischer Vertreter der Todestriebtheorie und formulierte die These, dass der Suizid als die extremste Manifestation des Todestriebs im Sinne eines Sieges des Thanatos über den Eros zu interpretieren sei.

In den *medizinisch-psychiatrischen und deskriptiv-psychodynamischen* Erklärungsversuchen stehen, neben der Identifikation von persönlichkeitspezifischen Merkmalen, die Beschreibung präsuizidaler Entwicklungen im Vordergrund der Betrachtung.

Dazu gehören das »präsuizidale Syndrom« (Ringel 1953), »Stadien der suizidalen Entwicklung« (Pöldinger 1968), Krisenabläufe (Cullberg 1978; Farberow/Sneidmann 1961), die Beschreibung der Motivstruktur bzw. phänomenologische Strukturanalysen (vgl. zusammenfassend Gerisch 1998) sowie die Beschreibung psychodynamisch-psychopathologischer Abläufe bei verschiedenen psychiatrischen Grunderkrankungen (z. B. bei Schizophrenien, Depressionen).

Mit der phänomenologischen Typologisierung des Suizidverhaltens – insbesondere vertreten von Stengel (1964), Linden (1969) und Feuerlein (1971) – ergab sich vorerst ein relativ vollständiges Bild der Motivstruktur der Suizidhandlung. Demgemäß wäre die Suizidhandlung Ausdruck der nachfolgenden, unterschiedlich ausgeprägten Tendenzen: Aggression und/oder Autoaggression, Appell und/oder Flucht sowie dem Wunsch nach Zäsur einschließlich der Hoffnung auf eine passive Konfliktbewältigung. Die Bedeutung der Appellfunktion ist mit Jürgen Kind (1992) noch um den Aspekt der Objektisierung und Objektänderung präzisierend zu ergänzen. Fast man die Ansätze von Freud (1916–17), Menninger (1938) sowie der psychodynamischen Strukturanalysen zusammen, dann ergibt sich die nachfolgende Sammlung unbewusster, vorbewusster und bewusster Motive und Fantasien, die der Suizidhandlung immanent sein können (vgl. Gerisch 1998; Henseler 1984):

- Tötung eines internalisierten Objektes,
- Autoaggression,
- blinde Abfuhr aggressiver Spannungen (Katharsis),
- Rache und Vergeltung,
- Selbstbestrafungstendenzen infolge unbewusster Schuldgefühle,
- Bestrafung und Sühne im Sinne der Wiedergutmachung,
- die Omnipotenzfantasie, »Herr der Lage« zu sein,
- ein gegen das Selbst gewendeter Mord,
- Wiedervereinigung mit einem Verstorbenen oder Geliebten,
- Wunsch nach Wiedergeburt, Rettung und Neuanfang,
- faktische Realisierung eines emotional schon eingetretenen Zustandes, nämlich psychisch »tot« zu sein,
- Wunsch nach Rückkehr in die Kindheit,

- ✗ Wunsch nach Flucht und Pause,
- Wunsch nach Kontrolle und Macht,
- Wunsch, zu töten und zu bestrafen,
- masochistische Unterwerfung.

In der nachfolgenden Zusammenfassung der psychodynamischen Erklärungsmodelle zur Suizidalität wird deutlich, dass es neben einer Fülle verschiedenster unsystematischer Konzeptionen im Wesentlichen das trieb-dynamische Aggressions-Depressions-Modell von Sigmund Freud und Karl Abraham (mit Einschränkungen auch die Todestriebtheorien), die Narzissmstheorie von Heinz Henseler, der objektbeziehungstheoretische Ansatz von Jürgen Kind sowie kleinianische und postkleinianische Konzeptualisierungen sind, die als klinisch relevante und umfassendere psychoanalytische Theorienmodelle der Suizidalität gelten können. In dem historischen Abriss der Suizidmodelle spiegelt sich auch die ausdifferenzierte Entwicklung der psychoanalytischen Theoriebildung vom triebdynamischen zum komplex und pluralistisch determinierten objektbeziehungstheoretischen Ansatz wider.

Heinz Henseler (1984) und Christian Reimer (Henseler/Reimer 1981) gehen in Anknüpfung an Freud davon aus, dass die primäre Problematik der zum Suizid neigenden Person nicht ein Aggressionskonflikt, sondern eine narzisstische Störung ist. Jürgen Kind (1992) hat ein objektbeziehungstheoretisches Entwicklungsmodell der Suizidalität vorgelegt, in dem er die komplexen interaktionellen Bedeutungen der Suizidhandlung in ihrer intrapsychischen und intersubjektiven Dimension zu konzeptualisieren versucht. Die kleinianischen und modernen postkleinianischen Ansätze, die nicht als ätiopathogenetische (krankheitsursächliche) Erklärungsmodelle der Suizidalität im strengen Sinne gelten können, fokussieren auf das psychische Erleben in seinem Oszillieren zwischen der paranoid-schizoiden und der depressiven Position und akzentuieren die bei suizidalen Menschen häufig ausgeprägte Intoleranz gegenüber Trennung und Getrenntheit.

In diesen Ansätzen wird Suizidalität als Ausdruck einer fundamentalen oder passageren Symbolisierungsstörung untersucht und als Manifestation des variantenreichen Todestriebs sowie als Versuch interpretiert, die guten inneren Objekte durch die radikale Selbstvernichtung zu schützen.

Wichtige Beiträge stammen ferner von psychoanalytischen Adoleszenztheoretikern, die zum Teil sehr differenzierte Erklärungs- und Behandlungsmodelle zum Suizidverhalten Jungendlicher formuliert und geschlechtsspezifische Unterschiede akzentuiert sowie die eminente Bedeutung des Körpers als Projektionsfläche destruktiver Impulse im Kontext des konfliktreichen Lösungs- und Individualisationsprozesses herausgearbeitet haben (vgl. Berger 1987, 1988, 1989, 1999, 2000; Lauffer 1995; Lauffer/Lauffer 1984; Novick/Novick 1996).

Auch wenn gemeinhin immer wieder betont wird, dass Suizidalität ein multifaktoriell bedingtes Phänomen sei, das nur in einem biologischen, sozialen, psychologischen und existenziellen Bedingungsgefüge des Individuums interpretiert werden könne (vgl. Bronisch 1995), so zeichnet sich bereits seit Längerem eine deutliche Entfernung von ätiopathogenetisch-psychoanalytischen Modellen ab – die als obsolet verworfen oder kaum mehr rezipiert werden –, und zwar hin zu einer epidemiologischen und medizinisch-psychiatrischen Ausrichtung, wie es in der Schwerpunktsetzung im »Kompetenznetz Depression« besonders plastisch zum Ausdruck kommt.

Demgegenüber bedeutet eine psychoanalytische Konzeptualisierung von Suizidalität, dass diese im Kontext einer kontinuierlichen Analyse des Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesses im Sinne der Reaktivierung spezifischer frühkindlicher Selbst- und Objekterfahrungen in der Therapeut-Patient-Beziehung theoretisch verankert und klinisch verstanden wie auch bearbeitet werden kann. Psychodynamische und psychoanalytische Psychotherapie mit Suizidgefährdeten impliziert dann nicht nur die Bewusstmachung individuell geprägter, unbewusster, konflikthafter Objektbeziehungsvarianten, sondern sie bietet durch ihr stabiles und kontinuierliches Setting auch die Möglichkeit, neue Beziehungserfahrungen zu erleben und günstigenfalls strukturell integrieren zu können. Auf der Basis der leitenden Annahme, dass ein zentraler Aspekt für die Behandlung Suizidgefährdeter die beständige Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle darstellt, muss dieses ausgefeilte technische Behandlungskonzept nicht nur in der psychodynamischen Psychotherapie, sondern generell in der Behandlung und Erforschung von Suizidalität berücksichtigt werden (vgl. Gerisch 2003; Lindner/Gerisch 1997).