

Begegnung mit Suizidalität bei Frauen

E. PRAETORIUS

Ich möchte das mir gestellte Thema sehr persönlich als *meine* Begegnung mit Suizidalität bei Frauen im Rahmen einer Praxis als ärztliche Psychotherapeutin verstehen. Es handelt sich also nicht um die Erforschung des Themas Suizid oder Suizidversuch im großen Rahmen. Hierzu sei auf die sehr gute und umfassende Studie von Henseler (1974) verwiesen. Da ich psychoanalytisch arbeite, stellt diese Form des Zugangs zum Verständnis des Geschehens die Basis meiner Beobachtungen und Interpretationen dar.

Vorangegangene Selbstmordversuche oder starke Impulse in dieser Richtung sind häufig Anlaß, eine psychotherapeutische Praxis aufzusuchen. Ich denke dabei nicht an rein demonstrative Aktionen ohne wirkliche Tötungsabsicht, wie ich sie gelegentlich bei hysterischen Persönlichkeitsstrukturen erlebt habe; auch nicht an diffuse Gefühle von Sinn- oder Ziellosigkeit, wie sie häufig bei subdepressiven und depressiven Verstimmungen geäußert werden. Es geht mir vielmehr um die Frauen, die sehr handfeste Selbsttötungsphantasien oder -impulse erleben und in der Regel mindestens einen ernstzunehmenden Selbstmordversuch vor Beginn der Therapie vorgenommen haben.

Ich meine, hier 3 Gruppen unterscheiden zu können, die ich Ihnen im folgenden vorstellen möchte.

Die *1. Gruppe* dieser Frauen kommt nach meiner Erfahrung nicht spontan aus eigenem Leidenserleben zum Psychotherapeuten, sondern auf Druck der durch das Ereignis alarmierten Umgebung. Häufig liegen bereits mehrere Suizidversuche vor, oder die Art der Aktion ist besonders erschreckend.

So hatte eine Frau neben mehreren Suizidversuchen mit Tabletten u. a. versucht, sich aufzuhängen, Abgase ins Auto zu leiten und sich mit einem Messer umzubringen. Weiter fielen anamnestisch mehrere schwere Motorradunfälle auf, die vermutlich ebenfalls verkappte Suizidversuche waren. Sie kam nur auf Drängen des sie nach dem letzten Ereignis behandelnden Kollegen zu mir und lehnte eine weitere Psychotherapie ab.

Die Beziehungsform, die sich bereits im Vorfeld andeutet, wird in der Therapie fortgesetzt: Während die Frauen selbst nicht durch ihre Selbstmordversuche geängstigt oder zumindest beunruhigt zu sein scheinen, gelingt es ihnen schnell, im Therapeuten Besorgnis und Angst vor Wiederholung auszulösen. Gerade weil die eigene Angst hier als Verbündeter des "gesunden Ich-Anteils" fehlt und exogene Auslösesituationen oft so wenig einfühlbar sind, vermitteln diese Patienten ein Gefühl von Unberechenbarkeit und machen den Therapeuten hilflos bis zur Manipulierbarkeit:

Eine 21jährige Patientin, die nach dem zweiten Suizidversuch vom Lehrherm zu mir geschickt wurde, unternahm während der 2jährigen Behandlungsdauer 3 weitere Selbstmordversuche. Dabei rief die alleinlebende Frau mich einmal an mit der Information, gerade eine größere Dosis Schlaftabletten geschluckt zu haben. Ein weiteres Mal kam sie bereits leicht somnolent zum Behandlungstermin mit der gleichen Mitteilung. Beide Mal zwang sie mich aktuell zum Handeln.

Ich habe die Erfahrung gemacht, daß diese Patienten psychotherapeutisch nicht behandelbar sind. Entweder kommt es gar nicht zum Beginn einer Therapie, weil die Motivation fehlt, oder die Behandlung wird abgebrochen, wie es in dem 2. Beispiel der Fall war.

Psychodynamisch handelt es sich hier um sehr frühe Störungen, die zu borderlineartigen Persönlichkeitsstrukturen führen, wie sie z. B. von Kernberg (1978) ausführlich geschildert werden. Die Selbsterstörungsimpulse werden als Ich-synton und nicht ängstigend erlebt. Kernberg vermutet, daß erst die autoaggressiven Impulse die Patienten sich selbst spüren lassen.

Die Art der Interaktion habe ich so verstanden, daß hier vom Patienten versucht wird, in der Umgebung bis hin zum Therapeuten *die* Angst und Besorgnis auszulösen, welche die Real Mutter in der frühen Kindheit nicht um das Kind empfunden hat.

Eine positive therapeutische Beziehung von Dauer kann trotzdem nicht aufgebaut werden, da das Mißtrauen, letztlich vom Therapeuten doch abgelehnt zu werden, aufgrund der Erlebnisse der frühen Kindheit zu stark ist. Eine Korrektur der frühen Realerfahrung ist unmöglich. Der Therapeut kann nur als böse Mutter erlebt werden, die genau so wenig helfen kann oder will wie damals die Mutter.

Eine 2. *Gruppe* wirkt im normalen Umgang wesentlich weniger gestört. Die Affekte erscheinen adäquat. Die Selbstmordhandlung wird oft als ausgesprochen Ich-fremd und bedrohlich erlebt und löst bei der Erwähnung in der Therapie Angst und Scham aus. Gelegentlich wird die Sorge geäußert, doch hoffentlich nicht verrückt im Sinne von psychotisch zu sein. Die Patienten stehen unter starker Beunruhigung, da weitere Suizidphantasien und -impulse auftreten. Sie kommen aus eigenem Antrieb zur Behandlung, stehen unter starkem Leidensdruck und sind hochmotiviert. - Auch hier werden "harte" Methoden bevorzugt.

Gemeinsam ist dieser Gruppe eine überdurchschnittliche intellektuelle und oft auch musische Begabung. Die Patienten zeigen ein hohes Maß an Introspektionsfähigkeit, sind aber oft nicht in der Lage, ihre Gefühle spontan mitzuteilen. Sie berichten eher wissenschaftlich-exakt über den eigenen emotionalen Bereich, so als wenn sie über einen Dritten sprächen.

Die Überbetonung des rationalen Bereichs korreliert mit hohen Erwartungen an die eigene geistige Leistungsfähigkeit. Ziele sind meist sehr hoch gesteckt und eng mit dem Wert der eigenen Person verknüpft. Entsprechend ihrem strengen Über-Ich setzen sich die Patienten unter starken Leistungsdruck. Sie fühlen sich wohl, solange eine Aufgabe vor ihnen steht, durch die sie sich ihren Fähigkeiten entsprechend gefordert fühlen. Ist das Ziel erreicht, entsteht ein Gefühl von Leere und Sinnlosigkeit, oft auch Insuffizienz und Wertlosigkeit.

Die Selbstmordhandlung findet häufig in einer solchen Phase statt, in der das narzißtische Gleichgewicht durch das Fehlen intellektueller Selbstbestätigung ins Wanken geraten ist.

Die gleichen Auswirkungen können auftreten, wenn die Fähigkeiten des Patienten unerwartet oder durch für ihn wichtige Personen in Frage gestellt werden. Auch hier kommt es zu einem Zusammenbruch des Selbstwertgefühls, das völlig einseitig mit dem einen Sektor der Persönlichkeit - eben Verstand, Geist, Intellekt - gekoppelt zu sein scheint.

Das "andere Ich", das mit Gefühlen, Spontaneität, Genießen, Unkontrolliertsein zu tun hat, ist dem Patienten bewußt, jedoch peinlich. Es wird z. T. als Schwäche, zumindest aber als minderwertiger Persönlichkeitsanteil erlebt, der eigentlich nicht sein darf. Hieraus erklärt sich auch die bereits oben erwähnte Schwierigkeit, diese Bereiche in die Therapie einzubringen.

Psychogenetisch haben wir es hier mit einer anderen Störungsform zu tun, die aber ebenfalls auf relativ frühe Entwicklungsstadien zurückgeht. Während sich bei der 1. Gruppe der Patient als Gesamtperson abgelehnt fühlt, bekamen diese Patienten durchaus Zuwendung von den wichtigen Personen der frühen Umgebung. Jedoch wurde diese nicht sozusagen bedingungslos gegeben, sondern an bestimmte Eigenschaften oder Leistungen geknüpft. Dabei wurden häufig bestimmte Begabungen bevorzugt gefördert und honoriert. Besondere Eigenschaften und Verhaltensweisen, die nicht den Wünschen der Eltern entsprachen, wurden durch Ablehnung des Kindes in dieser Situation und Entzug der Zuwendung sanktioniert. Die plastische Schilderung solcher Eltern-Kind-Beziehungen gibt z. B. Alice Miller (1979).

Das Verhalten der Eltern findet seinen Niederschlag im Über-Ich und im Selbstbild des Patienten, der bestimmte Bereiche seiner Person ablehnen muß, da sie ihm als unakzeptabel vermittelt wurden. Entsprechend glaubt er auch, sich in der Therapie nur mit den von ihm selbst bejahten Seiten seines Wesens vermitteln zu dürfen. Er schämt sich für die "dunkle Seite" und muß sie durch Überbetonen der geistigen Fähigkeiten auch hier wettmachen. Die Grenzsituation ist erreicht, wenn die Möglichkeit dieser Kompensation ausfällt oder ihm abgesprochen wird.

Hierzu ein Beispiel:

Eine intellektuell und musikalisch sehr begabte junge Frau schildert sich als wildes, jungenhaftes Kind, das unter dem Einfluß der Mutter zu einer braven Tochter und guten Schülerin erzogen wurde. Trotzdem blieb der "dunkle" Bereich ihr bewußt und ängstigte sie. Sie hatte Wiederholungsträume, in denen stets etwas Unkonturiertes, Dunkles vorkam, mit dem sie nicht fertig wurde und das sie als ihr eigenes Inneres interpretierte. Der Suizidversuch fiel in die Zeit direkt nach dem gut bestandenen Diplom, bevor sie im Beruf richtig Fuß fassen konnte.

Das Ausmaß des narzißtischen Zusammenbruchs erinnert durchaus an psychotische Einbrüche, wie sie bei schizophrenen Patienten zu beobachten sind. Handlungen und Impulse werden als nicht aus der eigenen Person kommend, also Ich-fremd erlebt. Ein späteres Einfühlen in die eigene Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Selbstmordhandlung ist oft nur unvollkommen möglich.

Obgleich sich mit diesen Patienten eine gute therapeutische Beziehung herstellen läßt, ist die suizidale Gefährdung nicht zu unterschätzen. Sie kann jedoch häufig aufgefangen werden, da Auslösesituationen typisch und der Einfühlung des Therapeuten besser zugänglich sind als bei der 1. Gruppe.

Die 3. Gruppe meiner Patienten unterscheidet sich wesentlich von den beiden ersten. Während jene praktisch alle im jüngeren Erwachsenenalter waren, überwiegen hier

eindeutig Frauen der mittleren Altersgruppen. Sie haben bereits einen Teil ihres Erwachsenenendaseins in eigener Verantwortung zufriedenstellend bewältigt. Sie haben oft Berufe im sozialen Bereich oder sind Frauen mit großen Familien oder Haushalten. Sie werden von der Umgebung als tüchtig, verantwortungsbewußt und aktiv geschildert.

Alle haben eine depressive Persönlichkeitsstruktur. Wie in der 2. Gruppe haben auch diese Frauen ein strenges Über-Ich, bei dem jedoch der eher moralische Aspekt überwiegt im Sinne von Pflichtgefühl, Verantwortungsbewußtsein und Altruismus. Während der Suizidversuch für die Umgebung oft völlig überraschend und unverständlich ist, stellt er für die Betroffenen selbst das Ende einer längeren Entwicklung dar, die durch Überlastung, Verzweiflung, Depression und oft ein tiefes Gefühl von Ungerechtigkeit und Alleingelassensein gekennzeichnet ist. Dem widerspricht nicht, daß die Auslösesituation gelegentlich an eine momentane Kurzschlußreaktion denken läßt. Es handelt sich hierbei praktisch immer nur um den berühmten letzten Tropfen, der das Faß zum Überlaufen bringt. Der Selbstmordversuch weckt in der Erinnerung starke Schuldgefühle gegenüber der Umgebung oder dem eigenen Gewissen, ist aber für Patienten und Therapeuten gleich gut einführbar. - Es werden immer "weiche" Methoden benutzt.

Auch zu dieser Gruppe von Patientinnen will ich 2 Beispiele geben:

Eine 45jährige Frau mit 4 Kindern zwischen 14 und 23 Jahren, teilberufstätig im Geschäft des Ehemannes, unternimmt einen Suizidversuch, als eine Tochter nicht nur gegen den Willen der Eltern aus dem Elternhaus auszieht, sondern auch noch die Schule abbricht und sich für ein Aussteigerdasein entscheidet.

Eine andere, Anfang 40, mit großem Geschäftshaushalt und 3 Kindern zwischen 12 und 20 Jahren, investiert ihre ganze Kraft in den Versuch, den mittleren Sohn von einer beginnenden Drogenkarriere zurückzuholen, was ihr auch gelingt. Sie dekompenziert und unternimmt einen schweren Selbstmordversuch, als der Ehemann sich von ihr trennt.

Psychodynamisch ist diesen Frauen gemeinsam, daß sie frühzeitig als Kinder lernten, zuerst an andere zu denken, bescheiden zu sein, eigene Wünsche hinter "Wichtigerem" zurückzustellen. Es sind häufig älteste Kinder oder zumindest älteste Mädchen in einer größeren Geschwisterschar.

Alle erwarten aber auch eine Art von ausgleichender Gerechtigkeit für ihre eigenen Vorleistungen. Sie sind unbewußt neidisch auf ihre Kinder oder Klienten wegen der Fürsorge, die sie diesen angedeihen lassen. Sie können ihre eigenen Interessen aus Schuldgefühl nicht vertreten oder durchsetzen. Sie erwarten aber von der Umgebung, daß diese "von sich aus" merkt, daß sie selbst jetzt Fürsorge nötig oder verdient hätten. Da das in der Regel jedoch nicht passiert, entsteht ein Kreislauf von Vorwurfshaltung, Aggression und Schuldgefühlen, an dessen Ende die Aggression zunächst als Depression und schließlich als Selbstmordhandlung gegen die eigene Person gewandt wird (vgl. Henseler u. Marten 1980, Feuerlein 1980), da ein adäquater Umgang mit Aggressivität und eigenen Bedürfnissen nie gelernt wurde.

Bei meinen Ausführungen wurden Selbstmordhandlungen im Rahmen psychotischer Erkrankungen nicht berücksichtigt, deren Anteil bei den gelungenen Suiziden besonders hoch ist. Bei Suizidversuchen beträgt er etwa 10% (Lungershausen 1980, Henseler u. Marten 1980).

Eine kurze Bemerkung verdienen Patienten, die bei schweren körperlichen Erkrankungen mit sicher tödlichem Ausgang in Erwägung ziehen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Diesen bilanzierenden Überlegungen bringe ich persönlich einen ganz hohen Respekt entgegen, und ich bin unschlüssig, ob wir als Psychotherapeuten hier das Recht zu Beeinflussungsversuchen haben. Ich habe jedoch die Erfahrung gemacht, daß das begleitende Gesprächsangebot in Einzelfällen hilfreich sein kann. Eine große Zahl von Patienten mit Erkrankungen zum Tode kommt jedoch trotz dieses Wissens nicht zu suizidalen Überlegungen. Eigene Interviews mit zahlreichen Patienten im Rahmen einer Forschungsarbeit über Hämoblastosen zeigten, daß neben dem körperlichen Zustand bzw. der subjektiven Schwere der Symptomatik (Schmerzen, Ausfallserscheinungen etc.) v. a. die persönliche Umgebung und deren Reaktion auf die Krankheit für Lebens- oder Sterbewillen des betroffenen Patienten verantwortlich sind (Praetorius 1963).

Meine Erfahrungen mit Suizidalität stammen ganz überwiegend aus Psychotherapien mit Frauen. Ich habe aber den Eindruck, daß nur die 3. Gruppe auch "*frauenspezifisch*" ist. Aufgrund einer speziellen Sozialisation entsteht hier ein typisch weibliches Rollenverhalten, mit dem sich die betroffenen Frauen meist auch bewußt identifiziert haben. Sie stehen unter dem Verantwortungsdruck, permanent für "alle" und "alles" zuständig zu sein. Die Diskrepanz zwischen Anspruch an sich selbst und die Umgebung und Leistungsvermögen treibt sie in die Verzweiflung von Insuffizienz und Enttäuschung.

Die weitere Beobachtung wird zeigen, ob hier im Laufe der Zeit eine Wandlung eintritt, da m. E. jüngere Frauen weit weniger bereit sind, solche typisch weiblichen Verhaltensweisen zu akzeptieren und zu übernehmen.

Literatur

1. Feuerlein W (1980) Suizidale Verhaltensweisen. Neurol Psychiat 6: 340-346
2. Henseler H (1974) Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Rowohlt, Reinbek b. Hamburg
3. Henseler H (1980) Die Suche nach dem kränkenden Anlaß. Psycho 6: 399-401
4. Henseler H, Marten R (1980) Die Psychotherapie der Suizidalität in der Praxis. Neurol Psychiat 6: 352-354
5. Kernberg OF (1978) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. (Suhrkamp, Frankfurt)
6. Lungershausen E (1980) Zur Nosologie suizidaler Handlungen, Neurol Psychiat 6: 336-339
7. Miller A (1979) Das Drama des begabten Kindes. (Suhrkamp, Frankfurt)
8. Praetorius E (1963) Überlebenszeit und Leistungsfähigkeit chemotherapeutisch behandelter Hämoblastosen. Dtsch Arch Klin Med 209: 192-218