

**International Psychoanalytic University**

Bachelorarbeit

**Suizidale Stimmungen als Symptom?**

Eine Untersuchung der suizidalen Stimmungen des Patienten Christian Y anhand der  
Symptom-Kontext-Methode von Lester Luborsky

Bearbeitet von: Xenia Bukowski

Immatrikulationsnr.: 1431

Studiengang: Bachelor of Arts Psychologie

Abgabetermin: Berlin, den 30.09.2013

Erstbetreuer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

Zweitbetreuerin: Prof. Dr. phil. Benigna Gerisch

## **Zusammenfassung**

Das Thema der Bachelorarbeit umfasst die Falldarstellung des Patienten Christian Y und die Untersuchung von Unterschieden zwischen Symptom- und Kontrollkontexten. Ziel ist es, einen signifikanten Unterschied zwischen diesen Sitzungen, anhand der Symptom-Kontext-Methode herauszuarbeiten. Die Forschungsfragen, inwieweit suizidale Stimmungen als ein Symptom aufgefasst werden können und ob es einen signifikanten Unterschied zwischen den Sitzungen mit Symptom-Kontexten und Kontroll-Kontexten gibt, konnten auf der Grundlage der detaillierten Herangehensweise positiv beantwortet werden. Trotz der geringen Stichprobe von 24 Sitzungen konnte aufgezeigt werden, dass die Hoffnungslosigkeit suizidale Stimmungen bei dem Patienten hervorruft und sich damit signifikant von den Kontroll-Kontexten unterscheidet. Die suizidalen Stimmungen deuten ebenfalls auf die Angstneurose des Patienten hin und können damit als Symptom aufgefasst werden.

Schlüsselwörter: Symptom-Kontext-Methode, Symptombildung, signifikanter Unterschied, suizidale Stimmungen, Symptom- vs. Kontroll-Kontext

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis:.....	IV
Abkürzungsverzeichnis:.....	IV
1. Einleitung .....	1
2. Theoretischer Hintergrund .....	2
2.1 Definition des Suizidbegriffes.....	2
2.1.1 Suizidalität.....	2
2.1.2 Parasuizid .....	3
2.1.3 Doppelsuizid, Erweiterter Suizid und Bilanzsuizid .....	3
2.1.4 Selbstmord .....	4
2.1.5 Freitod .....	4
2.2 Historischer Hintergrund.....	5
2.2.1 Suizid und Religion.....	5
2.2.2 Suizid in der europäischen Geschichte .....	6
3. Epidemiologie .....	10
3.1 Statistiken zum Suizid.....	10
3.2 Risikofaktoren .....	11
3.3 Präventionsstrategien .....	12
4. Die Symptom-Kontext-Methode.....	13
4.1 Theorie zur Symptombildung nach Freud.....	14
5. Christian Y: Eine Falldarstellung.....	16
5.1 Qualitative Forschung .....	18
6. Diskussion der Ergebnisse .....	26
7. Fazit.....	27
Literaturverzeichnis	
Anhang	

**Abbildungsverzeichnis:**

Abb. 1: Suizidrate nach Geschlecht und Jahreszeit .....	11
Abb. 2: Symptombildung nach Freud .....	15
Abb. 3: Scree-Plot von elf Faktoren und vier Eigenwerten .....	23

**Tabellenverzeichnis:**

Tab.1: Sterbefälle 2011 bezüglich Selbstbeschädigung nach Todesursache, Alter und Geschlecht.....	10
Tab. 2: Suizidraten der letzten 60 Jahre in Deutschland .....	10
Tab. 3: Bestandteile einer Symptom-Kontext-Methode .....	13
Tab. 4: Aufteilung in Symptom-und Kontrollsitzen .....	18
Tab. 5: Analyse der Hauptkomponente mit extrahierten Werten .....	22
Tab. 6: Faktorladung nach rotierender Varimax Komponentenmatrix.....	24
Tab. 7: Prüfgröße und p-Wert der Symptom- und Kontrollsitzen.....	26

**Abkürzungsverzeichnis:**

ICD- 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
WHO	World Health Organization
ZBKT	Zentrales Beziehungskonflikt- Thema

## 1 Einleitung

Der Mensch besitzt ein Bewusstsein, welches ihn von einem Tier unterscheidet. Durch dieses Bewusstsein ist er fähig sein Verhalten, seine Wünsche und Triebe zu kontrollieren und zu reflektieren. Das Tier handelt in Bereichen der Nahrungsaufnahme, der Fortpflanzung und allgemein im Kampf um das Überleben instinktiv. Es tötet unter anderem, weil es hungrig ist und überleben muss. Die Motive des Menschen sind bei weitem nicht so überschaubar und nur auf die Nahrungsaufnahme und die Verteidigung reduziert. Seine Beweggründe können auf Verzweiflung, Habgier und weiteren emotionalen Gründen basieren. Die Fähigkeit bewusst zu töten, gibt dem Menschen die Möglichkeit die Tötung gegen sich selbst zu lenken. Kein anderes Lebewesen kann bewusst und aus eigenen Antriebskräften heraus Suizid begehen. Dementsprechend ist die Fassungslosigkeit der Angehörigen überwältigend. Bis heute ist das traditionelle Bild vom Tod bei den meisten Menschen präsent und die Selbsttötung entspricht dem genauen Gegenteil. Obwohl die westliche Gesellschaft Fortschritte in Bezug auf die Auseinandersetzung mit dem Suizid vorzuweisen hat, gibt es auch hier weitere Defizite. In der vorliegenden Arbeit werden Aspekte dieser Problematik aufgegriffen und auf der Grundlage von einer Fragestellung thematisiert. Es wird darauf eingegangen, ob die suizidalen Stimmungen aus der transkribierten Analyse des Patienten Christian Y als ein Symptom interpretiert werden können. Des Weiteren wird erörtert, ob ein signifikanter Unterschied zwischen einer Therapiesitzung mit suizidalen Stimmungen und einer Sitzung ohne suizidale Stimmungen besteht. Für die Herangehensweise und Auswertung der Fragestellungen wird unter anderem die Symptom-Kontext-Methode von Luborsky (1996) angewendet. Mit dieser Methode wird explizit der unmittelbare Kontext vor dem Auftauchen eines Symptoms in einer Therapiesitzung untersucht und mit dem Kontext einer anderen Sitzung verglichen. Bevor das vierte Kapitel an die Symptom-Kontext-Methode heranführt, werden im zweiten und dritten Kapitel die theoretischen Grundlagen des Suizids behandelt. In dem dritten Kapitel werden die Veränderungen in der Epidemiologie des Suizids thematisiert. Das vierte Kapitel ist in zwei Aspekte unterteilt. In dem ersten Abschnitt werden die Grundlagen der Symptom-Kontext-Methode erläutert und im zweiten Abschnitt näher auf den Prozess der Symptombildung eingegangen. Das fünfte Kapitel beinhaltet die Heranführung an die transkribierte Analyse des Patienten Christian Y, welche anhand der Symptom-Kontext-Methode qualitativ erforscht wird. Die Diskussion der Ergebnisse und die Zusammenfassung der gesamten Arbeit befinden sich in den letzten beiden Kapiteln.

## 2 Theoretische Grundlagen des Suizids

### 2.1 Definition des Suizidbegriffes

Das Wort Suizid oder Selbsttötung hat seinen begrifflichen Ursprung in der lateinischen Sprache und setzt sich aus den Wörtern *sui* = seiner und *caedere* = töten zusammen. Suizid als Ausdruck wird vor allem in der Wissenschaft verwendet und gilt im Gegensatz zu den Begriffen Selbstmord und Freitod als sprachlich neutral. Die Interpretation, dass „es sich um einen autoaggressiven Akt handle“ (Henseler, 1984, S.60) ist allerdings bei allen drei Begriffen identisch. Der Suizid stellt eine abgeschlossene Handlung mit einem tödlichen Ende dar. Das tödliche Ende wird tragisch hervorgerufen, indem der Suizidant nicht einfach nur stirbt, sondern „sein Selbst selber entselbstet“ (Améry, 1979, S. 39). Er handelt aus Verzweiflung, weil er nicht mehr leben will. Gleichzeitig erlebt er diese Tat bewusst, d.h. er ist sich vollständig im Klaren, welche Folgen seine Tat haben wird (Durkheim, 1973). Diese Aussage ist von großer Bedeutung, weil sie Vorgänge mit Todesfolgen ausschließt, die von Menschen begangen wurden, die zum Tatzeitpunkt nicht im Besitz ihrer geistigen Kräfte waren und damit die Folgen ihres Handelns nicht vorhersehen konnten. Umgekehrt werden auch Handlungen als Suizidhandlung definiert, die als solche vorher nicht klassifiziert waren. Die Terminologie weist dabei eine breite Auswahl an Begriffen auf: Suizidalität, Parasuizidalität, Bilanzsuizid, erweiterter Suizid, Doppelsuizid, Selbstmord und Freitod.

#### 2.1.1 Suizidalität

Das Therapiezentrum für Suizidgefährdete am Universitätsklinikum Hamburg definiert unter Suizidalität einen psychischen Zustand, in welchem Impulse, schwer kontrollierbare Gedanken, Handlungen und Phantasien darauf ausgerichtet sind, gezielt den eigenen Tod herbeizuführen. Äußere Krisen sind meistens die Auslöser von Suizidalität. In der klinischen Forschung ist die Auffassung der Suizidalität als Symptom einer psychischen Krankheit und nicht als Krankheit per se vertreten. In dem Klassifikationssystem ICD-10 taucht die Suizidalität unter anderem nur als Begleitsymbol „einer depressiven Episode, einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“ (Pourshirazi, 2008, S.17) auf. Allerdings weist eine psychische Störung nicht zwangsläufig suizidale Tendenzen auf und nicht jeder, der suizidal ist, leidet an einer psychischen Störung.

### 2.1.2 Parasuizid

Bei einem Parasuizid haben die meisten Menschen nicht die Absicht, ihre Handlungen tödlich enden zu lassen. Zwar zeigen sie selbstverletzendes Verhalten, doch dieses endet nicht zwangsläufig tödlich. Viele Menschen, die einen Suizidversuch begehen „wollen nicht entweder sterben oder leben. Sie wollen beides gleichzeitig“ (Stengel, 1969, S. 74). Mit dieser Aussage wird jener Konflikt zwischen lebenserhaltenden und lebenszerstörenden Tendenzen deutlich. Damit einhergehend wird der Parasuizid häufig als Hilferuf wahrgenommen. Allerdings ist auch der Parasuizid nicht ungefährlich. Durch häufige Hilferufe kann es vorkommen, dass der Entscheidende nicht mehr wahr- bzw. ernstgenommen wird. Bronisch (2007) führt drei weitere Möglichkeiten des Parasuizids ein: Erstens die parasuizidale Pause, in welcher der Wunsch nach Ruhe und andauerndem Schlaf besteht, zweitens die parasuizidale Geste, als Appell an die Mitmenschen. Bei der dritten Form, der parasuizidalen Handlung, ist die Durchführung der Tat so angelegt, dass jede Hilfe nur zu spät kommen kann. Wie ernsthaft ein Suizidversuch einzuschätzen ist, wird in den meisten Fällen anhand von der Selbstmordabsicht, von dem Schweregrad der zugefügten Schäden und dem sozialen Umfeld eingeschätzt (Stengel, 1969).

### 2.1.3 Doppelsuizid, Erweiterter Suizid und Bilanzsuizid

Als ein Doppelsuizid wird der Suizid zweier Personen verstanden, die sich freiwillig und nach Absprache gemeinsam das Leben nehmen. Die Menschen befinden sich meistens in einer so starken symbiotischen Beziehung, dass der gemeinsame Tod den Inbegriff der Verbundenheit symbolisiert (Pourshirazi, 2008).

Bei einem erweiterten Suizid werden hingegen nahestehende Personen ohne Einverständnis in die Selbsttötung involviert. Häufig sind es Mütter, die ihre Kinder zuerst töten und dann sich selbst. Der Entschluss erfolgt meistens aus einem Affekt heraus und ist in der Praxis oftmals schwieriger von einem Doppelsuizid zu unterscheiden. Aus der psychodynamischen Sicht besitzt der Suizidant bei einem erweiterten Suizid eine gestörte Selbst- und Objektwahrnehmung. Die andere Person wird „eher als ein Selbstobjekt und damit als Teil des Selbst empfunden“ (Pourshirazi, 2008, S. 53). Zusätzlich handelt der Suizidant oftmals aus einer pseudoaltruistischen Einstellung heraus, indem er überzeugt ist mit dem Tod die nahestehende Person vor Schlimmerem zu bewahren.

Die Bedeutung des Bilanzsuizides lässt sich aus dem Wort selbst herleiten. Das Leben ist von der Bilanz abhängig, die ein Mensch von seinem bisherigen Leben gezogen hat. Dabei fällt die Bilanz negativ aus und als Folge wird der Tod gewählt. So beging Jean Améry, nachdem er eine negative Bilanz seines Lebens gezogen hatte, Suizid (Gauss, 2012). Bezüglich der oben erwähnten Definition von Suizid, ist der Begriff des Bilanzsuizids in der Wissenschaft sehr umstritten. Denn diese geht davon aus, dass ein Suizid als Folge einer psychischen Krankheit zu betrachten ist und damit nicht auf eigener, rationaler Abwägung beruhen kann.

#### 2.1.4 Selbstmord

Nach dem deutschen Strafgesetzbuch, Paragraph 211, wird ein Mensch zum Mörder, wenn er aus verwerflichen, heimtückischen, grausamen oder niederträchtigen Motiven einen anderen Menschen tötet. Der Selbstmord wird demnach mit einem strafbaren Verhalten in Verbindung gebracht und trage insofern „der erlebten psychischen Not kaum Rechnung“ (Pourshirazi, 2008, S.10). In der Psychoanalyse ist der Begriff Selbstmord teilweise noch heute im Gebrauch. Denn in dem zusammengesetzten Wort, kommt bei dem Begriff Mord die Aggression zum Ausdruck „die sich gegen ein introjiziertes Objekt richtet [und] als zentral für die suizidale Dynamik verstanden wird“ (Pourshirazi, 2008, S.10).

#### 2.1.5 Freitod

Häufig wirkt der Begriff Selbstmord negativ und stigmatisierend, dafür der Begriff Freitod verschönernd und heldenhaft. Das Zentrale beim Freitod ist die Freiheit jedes Menschen sich das Leben nehmen zu können. Nach Jean Améry (1979) ist der Suizid ein Ausdruck von Würde und Freiheit und er kann ein Mittel sein, um den Menschen aus seinem unwürdigen und unfreien Leben zu befreien. Er geht noch einen Schritt weiter und behauptet, dass „wenn unser Ich sich im Selbstauslöschen verliert und sich- vielleicht zum erstenmal- total verwirklicht, [es] ein nie zuvor gekanntes Glücksgefühl“ (Améry, 1979, S. 79) erlebt. Der Begriff des Freitods ist ebenso wie der Bilanzsuizid in der Wissenschaft umstritten.



## 2.2 Historischer Hintergrund

Das Thema Suizid ist keineswegs ein aktuelles Thema, sondern wurde in der gesamten Menschheitsgeschichte immer wieder aufgegriffen, diskutiert und beurteilt. Das zweite Kapitel beinhaltet einen solchen historischen Überblick der Entwicklung des Suizids. Die Auffassung der drei Weltreligionen, ist ausschlaggebend für das Vorgehen bezüglich der Selbsttötung in den einzelnen westlichen Epochen. Ich werde diese gesondert erläutern und das Kapitel mit einem Resümee aus dem 21. Jahrhundert beenden.

### 2.2.1 Suizid und Religion

Das Judentum, als älteste der Weltreligionen, lehnt den Suizid entschieden ab. Im Talmud befindet sich zwar kein Gesetz, das den Suizid untersagt, allerdings gilt hier der Glaube an einen allmächtigen Gott und von dessen Befugnis als Einziger über das Leben und den Tod jedes Menschen zu entscheiden. Auf der anderen Seite ist die jüdische Geschichte von Verfolgung und damit einhergehender Suizide und Suizidversuche geprägt. Oftmals sind die Suizide begangen worden „um den Häschern nicht in die Hände zu fallen“ (Dessauer, 2010). Diese Tat wird als „Heiligung des göttlichen Namens“ (Dessauer, 2010) verstanden und gilt als nicht verwerflich. Die Menschen haben ihren jüdischen Glauben nicht verleugnet und mit ihrem eigenen Tod Größe und Stärke bewiesen.

Das Christentum sieht ähnlich wie das Judentum das Leben jedes Einzelnen als ein Geschenk Gottes an. Die Aufgabe des Menschen ist es, ihr „Dasein (...) zu ertragen, als eine Probe auf das Heil, welches die Menschen“, entgegen ihrer Sünden „noch erwarten können“ (Ahrens, 2001, S. 65). Nur Gott wird die Möglichkeit zugesprochen, das Leben eines Menschen zu beenden. In der Bibel lassen sich fünf Textstellen finden, die auf einen Suizid hinweisen; im Alten Testament deutlich mehr als im Neuen Testament. König Saul (1Sam 31, 4-13) gilt als der erste König Israels und der berühmteste Suizidant. Anhand der anderen vier Beispiele wird ersichtlich, dass die Bibel die Selbsttötung nicht verurteilt, wenn der Suizid aus christlich nachvollziehbaren Gründen begangen wurde.

Als dritte monotheistische Religion gilt der Islam. Dieser spricht sich am deutlichsten gegen den Suizid aus. Der Koran macht dieses in der vierten Sure, Vers 29 bis 31 deutlich. Begeht ein gläubiger Muslim Suizid, dann wird er im Höllenfeuer schmoren und somit nie in das Paradies gelangen.

Eine Selbsttötung als Glaubensbekenntnis wird jedoch häufig als ein Märtyrertod betrachtet. Indem die Märtyrer glauben, nach Gottes Wille zu handeln, entgehen sie der Sünde der Selbsttötung und gelangen in das Paradies: „Saftig grüne Gärten (...) darin befinden sich gute und schöne Wesen, (...) die vor ihnen weder Mann noch Dschinn entjungfert hat.“ (Sure 55, V. 56-78)

Der Buddhismus bekennt sich zu keinem einzigen allmächtigen Gott und ist somit keine monotheistische Religion. Seine Stellung zum Suizid ist weder befürwortend noch eindeutig ablehnend. Für die Buddhisten ist der Tod nicht das Ende des Lebens. Die Wiedergeburt macht das Weiterleben möglich. Somit könne der Mensch auf die Beweggründe des Suizids im nächsten Leben wiedertreffen und die Flucht aus dem Leben wäre unnötig (Becker, 1990).

### 2.2.2 Suizid in der europäischen Geschichte

Die Antike hat viele Aspekte unserer Gesellschaft geprägt. Auch das Diskutieren und Philosophieren über das Sein und das Wohl der Gemeinschaft hat in der Antike höchste Priorität. Der Suizid wird bereits sehr früh thematisiert und von verschiedenen Philosophen diskutiert. Die philosophische Schule der Stoiker spricht dem Menschen das Recht zu, über sein Leben und seinen Tod frei entscheiden zu können. Aristoteles dagegen tritt als entschiedener Gegner des Suizids auf. Er geht davon aus, dass der Mensch „ein gesellschaftliches, in eine Gemeinschaft eingegliedertes Wesen“ (Minois, 1996, S. 74) ist und wenn er nach seinem eigenen Willen handelt nicht mehr für die Gesellschaft nützlich sein kann. Der Suizid würde aber vor allem den Interessen des Staates, der am Weiterbestehen jedes Einzelnen interessiert ist, widersprechen. Auch wenn das Rechtssystem einiger Städte strenger mit dem Suizid umgeht, sind in der griechischen Geschichte viele Suizide berühmter Persönlichkeiten verzeichnet und gesellschaftlich anerkannt. Der wohl bekannteste Suizidant der Antike ist Sokrates. Nach der Verurteilung wegen Gottlosigkeit und dem Verderben der Jugend, verzichtet er auf die Flucht und nimmt sich in seiner Zelle das Leben. Er begründet diese Entscheidung damit, dass die wahren Philosophen den Tod suchen und, wenn sie ihn gefunden haben, das Leben nicht unnötig hinauszögern sollen (Ebert, 2004). Die Römer übernehmen größtenteils die Meinung der meisten griechischen Philosophen zum Suizid.

Wenn er gut begründet wird, bringen sie ihm nicht nur Toleranz, sondern sogar Achtung entgegen. Die Antike geht so weit, den Suizid in manchen Fällen als einen „Akt der Tugend“ (Ahrens, 2001, S. 61) zu bezeichnen.

Die darauffolgende Epoche des Mittelalters wendet sich allerdings gänzlich von dieser Meinung ab. Denn nun beginnt die christliche Kirche in Europa großen Einfluss auf die Gesellschaft zu nehmen. Das christliche Weltbild bestimmt die Normen und Werte sowie die Gesetzgebung. Die Beichte wird als Mittel eingeführt, um sich von Sünden zu befreien. Mit einer Selbsttötung wendet sich der Mensch aber gegen das Angebot der Kirche und gibt der „teuflischen Versuchung“ (Minois, 1996, S. 22) nach. Einen ebenfalls auffallenden Unterschied zur Antike stellen die kaum vorhandenen Aufzeichnungen von berühmten Suizidanten dar. Dafür ist das Mittelalter von „indirekten kriegesischen Selbstmorden“ (Minois, 1996, S. 24) gekennzeichnet. Die Gesellschaft beginnt die Selbsttötungen differenziert zu beurteilen. Die Durchführung und das Motiv sind für die Beurteilung ausschlaggebend. Die Arbeiter und Bauern begehen mit Gegenständen, die sie alltäglichen Leben verwenden, Suizid. Das Motiv, aus Not und Missstand gehandelt zu haben, wird als nichtig und feige angesehen und mit der Misshandlung der Leiche bestraft, wohingegen der Suizid von Gelehrten, Geistlichen oder Aristokraten verzeihbar ist. Denn diese haben entweder ihrem Glauben nach gehandelt oder aus gemeinnützigen Gründen. Dieser Standpunkt wird noch bis ins 15. Jahrhundert vertreten.

Mit dem Beginn der Neuzeit unterliegen die bestehenden Gesellschaftsstrukturen einem tiefgehenden Wandel. Dabei ist „eines der wesentlichen Zeugnisse (...) die Literatur“ (Minois, 1996, S. 99). Immer mehr Autoren setzen sich in ihren Werken mit dem Suizid auseinander. Die Bücher und Schriften werden nicht mehr nur in der lateinischen Sprache verfasst und sind damit nicht nur den Geistlichen vorbehalten. Die wachsende Beschäftigung mit der Antike bringt „das Publikum erneut mit den heroischen Selbstmorden (...) in Berührung“ (Minois, 1996, S. 99). Die Gesellschaft beginnt liberaler gegenüber der „strafrechtlichen Verfolgung des Selbstmordes“ zu sein, allerdings bewirkt dieses, „dass er zunehmend dem Wahnsinn zugerechnet wird“ (Ahrens, 2001, S. 81). Die Allwissenheit, die im Mittelalter nur Gott zugesprochen wird, entspricht in der Neuzeit dem Ziel eines humanistischen Menschen (Minois, 1996). Bei dem Streben nach Wissen werden dem Menschen die Grenzen des eigenen Verstandes bewusst. Die daraus resultierende Verzweiflung führt häufig zum Suizid. Die Kirche sieht darin auch weiterhin eine Abkehr von Gott und spricht sich umso stärker gegen den Suizid aus.

Sie versucht der „Bewunderung für den heidnischen Selbstmord in der Antike (...) mit dem christlichen Gefühl der Hingabe des eigenen Lebens an Gott“ (Minois, 1996, S. 128) entgegenzuwirken.

Im Jahrhundert der Aufklärung verstärkt sich der oben aufgeführte Konflikt zwischen der Kirche und den Humanisten. Die Philosophen des 17. und 18. Jahrhunderts nutzen die Literatur als Medium, um Kritik an den religiösen Werten und am Staat zu üben. Mit Immanuel Kant ist „die philosophische Reflexion über den Suizid (...) auf die deutsche Philosophie“ (Baumann, 2001, S.43) übergegangen. Kant allerdings befürwortet das Suizidverbot, indem er es von den Ansichten der Kirche auf eine moralische Grundlage stellt. Somit ist der Mensch in erster Linie nicht Gott verpflichtet, sondern muss dem eigenen Selbsterhaltungstrieb folgen und am Leben bleiben (Baumann, 2001). Die Tatsache (Minois, 1996), dass die Menschen im Zeitalter der Aufklärung häufiger über den Suizid reden, als diesen zu verüben, könnte den Selbsterhaltungstrieb bestätigen. Auf der anderen Seite wird der Suizid aus Leidensgründen populär. Goethes Werk *Die Leiden des jungen Werther* verkörpert den Konflikt zwischen der Leidenschaft und der Tugend, der verbotenen Liebe und der Lust. Alles mündet in den Tod. Zusätzlich zu den philosophischen und literarischen Ansätzen beginnen die Psychologie, die Medizin und die Justiz sich mit dem Suizid zu beschäftigen. Die neuen wissenschaftlichen Ansätze bewirken, dass „dem Selbstmord nach und nach die Schuldfähigkeit“ (Minois, 1996, S. 351) genommen wird. Dieser Schritt ist besonders für die empirische Forschung des 19. Jahrhunderts von großer Bedeutung.

Das 19. Jahrhundert ist von großen Umbrüchen und Veränderungen gekennzeichnet. Es ist das Zeitalter der Industrialisierung, der Revolutionen und Kriege. Die Industrialisierung bewirkt einen sozialen Wandel in der Gesellschaft. Das Bürgertum gewinnt an Einfluss. Auch die Arbeiterschicht erlangt durch die massive Zuwanderung in die Städte eine große Bedeutung. Neue Probleme treten auf und mit ihnen Ideologien als Lösungsvorschläge. Die Französische Revolution fordert endgültig den Bruch mit dem bestehenden politischen System und die Einführung von Menschenrechten. Im Kampf um die Demokratie gibt es viele Todesopfer und unter ihnen viele Suizidanten. Die politischen Suizide (Minois, 1996) treten während der Französischen Revolution vor allem auf, um der Verurteilung durch die Guillotine zu entgehen. Napoleons Feldzug durch Europa lässt die Suizidrate noch einmal erheblich ansteigen. Um dieser entgegenzuwirken, setzt Napoleon den Suizid mit Desertation gleich. Bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts wirkt „der Suizid als Projektionsfläche für das Unbehagen in der Kultur“ (Baumann, 2001, S. 228).

Émile Durkheim beendete das 19. Jahrhundert mit seinem Werk *Der Selbstmord*. Es beinhaltet eine große soziologische Untersuchung über den Suizid und ist für die moderne Soziologie von großer Bedeutung. Bereits zu Beginn betrachtet er den Suizid nicht als einen Vorgang von Einzelpersonen, sondern betrachtet die „Gesamtheit der Selbstmorde (...), die in einer gegebenen Gesellschaft (...) begangen wurden“ (Durkheim, 1973, S. 30) als ausschlaggebend. Dabei weist Durkheim auf Unterschiedlichkeiten der Suizide hin. Diese können dadurch entstehen, dass Kombinationen von verschiedenen sozialen Ursachen auf die Person einwirken (Durkheim, 1973).

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts äußert sich Sigmund Freud das erste Mal zum Suizid. Dabei geht er auf die intrapsychischen Abläufe jedes einzelnen Menschen ein. Die Ursache des Suizids ist somit die „Wendung der Aggressivität gegen das Ich (...) und nicht gegen ihr eigentliches Objekt“ (Minois, 1996, S. 464). Diese Aussage findet sich dann knapp zehn Jahre später in seinem Werk *Trauer und Melancholie* wieder. „Kein Neurotiker [verspürt] Selbstmordabsichten, der solche nicht von einem Mordimpuls gegen andere auf sich zurückwendet“ (Kietzmann, o. J.). Die nächste große Theorie formulierte Freud in den darauffolgenden Jahren. In *Jenseits des Lustprinzips* beschäftigt er sich mit dem Todes- und dem Lebenstrieb, auch Sexualtrieb genannt. Nach Freud ist der Todestrieb in jedem Menschen vorhanden und kann unter bestimmten Umständen den Willen beeinflussen. Freud selbst begeht mit Hilfe seines Arztes nach vielen Jahren des Leidens durch die Krebserkrankung, Suizid (Gerisch, 2012, S.13). Seine Theorien werden allerdings noch lange nach seinem Tod von vielen bekannten Analytikern und Mediziner, wie Jürgen Kind, Heinz Henseler und Paul Federn aufgegriffen und diskutiert. Der zweite Weltkrieg verändert das Verständnis und die Statistiken bezüglich des Suizids. Während des Krieges sinkt die Suizidrate. Die Menschen wollen überleben, müssen kämpfen. Erst nach dem Krieg werden Selbsttötungen häufiger. In die Hände des Feindes zu fallen, ist vor allem für die überlebenden Soldaten erniedrigender und beängstigender als der Suizid (Minois, 1996).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Geschichte den Menschen die Möglichkeit gibt, sich in ihrem Denken weiterzuentwickeln. Nicht immer wird diese Möglichkeit genutzt. Die Beurteilung des Suizids war rückblickend zwar zwischenzeitlich progressiv, d.h. es gab einen offeneren gesellschaftlichen Diskurs über den Suizid, verfiel dann aber ins regressive. Die Auseinandersetzung war dann regressiv, wenn die Religion an Einfluss auf das gesellschaftliche Leben gewann. Noch heute wird durch die starke Einflussnahme der Religion auf das öffentliche Leben der Suizid häufig stigmatisiert.

Unter anderem lässt sich diese These exemplarisch an zwei Ländern belegen. Sowohl in der Islamischen Republik Iran als auch in Russland wird das gesellschaftliche Leben in unterschiedlichem Maße durch die Religion bestimmt. Starke religiöse Kontrollen, Verbote und Unterdrückung bestimmen den Alltag der Menschen im Iran. Zwar liegt der Iran mit der Suizidrate im internationalen Vergleich deutlich unter einigen westlichen Ländern, viele Selbsttötungen aber werden von den Angehörigen aus Schutz verschwiegen (Nourian, 2011). Auch die orthodoxe Kirche in Russland hat einen starken Einfluss auf die heutige Gesellschaft und auf die Regierung unter Wladimir Putin. Öffentlich Kritik an der Kirche zu üben, ist untersagt und wird streng bestraft (Laarz, 2012). Der Suizid wird seitens der Kirche verachtet. Das zeigt sich vor allem in dem Verbot, Suizidanten auf einem öffentlichen Friedhof traditionell zu bestatten (Polotovskaja, 2008). Demgegenüber ist die westliche Gesellschaft des 21. Jahrhunderts in der Beurteilung des Suizids eher liberal. Die Psychologie hat einen wesentlichen Teil dazu beigetragen. Auf die Erfolgsaussichten, die Behandlungsstrategien und Verbesserungen werde ich im dritten Kapitel näher eingehen.

### **3 Epidemiologie**

#### **3.1 Statistiken zum Suizid**

Jedes Jahr sterben fast eine Million Menschen weltweit durch den Suizid. Dies entspricht etwa 14,5 Toten je 100.000 Einwohner der heutigen Weltbevölkerung (Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, et al., 2002). Im Jahr 2011 begingen in Deutschland, nach Quellen des Statistischen Bundesamtes, knapp 10.000 Menschen Suizid (siehe Tabelle 1). In der Statistik ist unter der Todesursache „Vorsätzliche Selbstbeschädigung“ deutlich zu erkennen, dass der Anteil der Männer, die im Jahre 2011 Suizid begangen haben drei Mal so hoch war wie der der Frauen. Eine mögliche Ursache für diese Differenz ist die Wahl der Methoden der Selbsttötung, die gewisse Geschlechtsdifferenzen aufzeigen. Statistisch gesehen greifen Männer eher zu drastischen Mitteln wie Erhängen oder Erschießen. Frauen hingegen versuchen sich häufiger zu vergiften (Stengel, 1969). Die Chance gerettet zu werden ist bei der letzteren Methode statistisch gesehen höher. Während die Suizidraten bei Männern in den jungen Jahren verhältnismäßig niedrig sind, steigen sie ab 40 Jahren deutlich an. Mit 60 Jahren erreichen sie ihren Höhepunkt. In den nächsten zehn Jahren sinkt die Suizidrate wieder und erlebt mit 70 Jahren noch einmal einen großen Anstieg (siehe Tabelle 1).

Dennoch ist seit beinahe 25 Jahren ein deutlicher Rückgang der Suizidraten in Deutschland zu verzeichnen (siehe Tabelle 2). Dieses lässt sich auf die „demographische Entwicklung, auf (...) Fortschritte in der Notfall-und intensivmedizinischen Versorgung und (...) auf Verbesserungen in der Behandlung bestimmter Risikogruppen“ (Linder, 2006, S. 42) zurückführen. Nach den Angaben der World Health Organization (WHO) verzeichnen besonders die osteuropäischen Länder, wie Russland, Litauen, Lettland und Ungarn hohe Suizidraten. Deutschland befindet mit der Suizidrate von 12,5 Toten pro 100.000 Einwohner im mittleren Bereich (siehe WHO: Country reports and charts available).

### 3.2 Risikofaktoren

Die Risikofaktoren sind, neben den zuvor besprochenen Häufigkeiten, ebenfalls Aspekte der epidemiologischen Forschung. Jürgen Kind (2005) unterscheidet in Bezug auf das Suizidrisiko zwischen einer basalen und einer aktuellen Suizidalität. Psychiatrische Erkrankungen gehen alle mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Dieses ist vor allem bei depressiven, schizophrenen und drogenabhängigen Patienten in einem hohen Maße vorhanden (Gerisch, 2012). Zusätzlich eignen sich noch weitere Risikofaktoren, wie Vereinsamung, Arbeitslosigkeit oder familiäre Lebenskrisen, für die „Abschätzung des suizidalen Grundrisikos, der basalen Suizidalität“ (Kind, 2005, S. 13). Dennoch bedeutet es nicht, dass ein Patient mit derartigen Risikofaktoren auch zwangsläufig suizidal ist. Für diesen Schritt ist ein auslösender Faktor nötig, erst dann geht eine basale Suizidalität in eine aktuelle über. Der Verlust eines geliebten Menschen kann ein solcher auslösender Faktor sein. Inwieweit andere Faktoren, wie zum Beispiel Jahreszeiten Einfluss auf die Ausübung eines Suizids haben, ist in der Wissenschaft umstritten. Anzunehmen wäre, dass die meisten Menschen sich in den kalten, grauen, öden Wintermonaten das Leben nehmen. Allerdings überwiegen Statistiken, die genau das Gegenteil beweisen (siehe Abb. 1). Denn die Suizidraten erreichen ihren Höhepunkt in den Sommermonaten. Mögliche Erklärungen könnte ein Vergleich der aufkommenden Lebensfreude mit dem eigenen Wohlergehen sein, welches dann zu einer größeren Depression führt, oder die steigende Aktivität wird genutzt, um sich endgültig das Leben zu nehmen. Durkheim (1973) schlussfolgert, dass diese Tatsache bei der geographischen Verteilung ebenfalls bemerkbar werden müsste. Allerdings befinden sich, laut Angaben der WHO (o.J.), Länder wie Italien, Spanien oder Griechenland bezüglich ihrer Suizidraten im unteren Bereich.

Doch spätestens seit der Eurokrise ist die Zahl der Selbsttötungen in diesen Ländern drastisch gestiegen. Es ist also weniger die Hitze, die „einen störenden Einfluss auf den Organismus hat, sondern (...) das Leben in der Gesellschaft“ (Durkheim, 1973, S.122).

### 3.3 Präventionsstrategien

In der Wissenschaft existieren zwei wesentliche Varianten der Suizidalität. Die „agierende, lärmende, krisenhafte Suizidalität (wird) von anderen Formen der verhüllten, lautlosen, sprachlosen Suizidalität“ (Gerisch, 2012, S. 64) unterschieden. Beide Formen erfordern eine schnelle Behandlung. Bronisch (2007) unterscheidet dabei zwischen einer Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In der Primärprävention geht es um die Verbesserung der Lebensqualität der Gesellschaft mit dem Ziel Suizidhandlungen und Suizidwünsche zu vermeiden. Bei der Sekundärprävention wird versucht, so früh wie möglich in die bestehende Erkrankung einzugreifen und damit die Krankheitsdauer zu reduzieren. Dieser Schritt kann besonders wichtig für die rechtzeitige Erkennung einer Suizidgefahr sein. Die Tertiärprävention wird nur angewendet, um die Auswirkungen einer fortschreitenden Erkrankung zu verringern. In der Praxis gilt die Arbeit mit suizidalen Personen auf vielen Ebenen als sehr schwierig. Die Beziehung zwischen Therapeut und suizidalem Patienten ist häufig durch ambivalente Gefühle, Angst und Kränkungen gekennzeichnet (Milch, 2003). Diese werden primär in der Übertragung und Gegenübertragung deutlich.

Sowohl die Übertragung als auch die Gegenübertragung sind wichtige Bestandteile einer Therapie und auch für die Suizidprävention von Bedeutung. Die Gefühle des Therapeuten in der Gegenübertragung reichen von der Sorge um den Patienten, bis hin zu aggressiven Gedanken gegenüber dem Patienten und den eigenen Versagensängsten (Kind, 2005). Häufig zeigt der Patient in seiner Übertragung, dass er viele Dinge und besonders die Therapie für sinnlos erachtet. Es ist wichtig, dass der Therapeut den daraus resultierenden Ärger und die Hilflosigkeit nicht dafür nutzt, den Suizidgedanken- und wünschen zwanghaft ein Ende zu setzen, sondern auf diese eingeht und dem Patienten die Möglichkeit bietet über diese nachzudenken und darüber zu reden. Nur auf diese Art und Weise ist es möglich, dass „der affektiv aufgeladene Handlungsdruck langfristig bezähmt und in Repräsentations- und Symbolbildungen transformiert“ (Gerisch, 2012, S.108) wird.



#### 4 Die Symptom- Kontext -Methode

In den 50-er Jahren entwickelt der Psychologe Lester Luborsky eine Methode, welche die Bedeutung des Kontextes für die Entstehung von Symptomen untersucht. Dafür nimmt er erstmalig über 50 Stunden analytische Therapie auf Tonband auf, um auf dieser Grundlage die Verbindung zwischen einem Symptom und der Gesprächsinteraktion von Therapeut und Patient zu erfassen (Leitenberger, 2005). Die meisten Symptome sind schon vor dem Beginn einer Therapie vorhanden. Gemeinsam mit dem Patienten untersucht ein Therapeut daraufhin die Symptome, um diese so gut wie möglich zu verringern. Dabei wird fast immer Bezug auf die Randbedingungen genommen, die verantwortlich für das Auslösen verschiedener Symptome sein könnten. Die Symptom-Kontext-Methode verwendet den Kontext als eine Randbedingung, in welcher die Symptome augenblicklich erscheinen können. Der Aufbau und die Grundannahmen der Methode können anhand dieser Tabelle vereinfacht dargestellt werden.

Session timeline:      ←-----→      ←-----→      ←-----→      ←-----→      ←-----→					
Context studied	Background context	Immediate context before symptom	Content during symptom	Immediate context after symptom	Background context
Symptom context	Whole session, series of sessions, and CCRTs	Patient's and therapist's words and other behaviors	Symptom or other behavior	Patient's and therapist's words and other behaviors	Whole session, series of sessions, and CCRTs
Nonsymptom control context	Same as above	Same as above	Control point in the same or other session in which the symptom or other behavior is <i>not</i> present	Same as above	Same as above

**Tabelle 3:** Bestandteile einer Symptom-Kontext-Methode

Für die Durchführung der Methode müssen zu Beginn Symptome ausgewählt werden. Der Beginn und das Ende des Symptoms werden im Text markiert und der Kontext vor und nach Erscheinen des Symptoms eingeteilt. Luborsky (1996) verwendet für den Hintergrund Kontext eine Einheit von 500 Wörtern vor und nach dem Symptom, für den Kontext unmittelbar vor und nach dem Symptom benutzt er einen Abstand von 50 bis 100 Wörtern oder passenden Gedanken- Einheiten. Daraus lassen sich dann die Variablen bestimmen, welche für die Auswertung nötig sind. Um die Frequenz der Variablen vergleichen zu können, werden parallel zum Symptom-Kontext Kontroll-Segmente gebildet. Auch wenn der Kontroll-Kontext frei von Symptomen ist, wird er dennoch identisch nach dem Symptom-Kontext eingeteilt. Das bedeutet auch, dass die Markierungen exakt an der gleichen Stelle gesetzt werden.

Auch die Variablen unterscheiden sich von Studie zu Studie kaum. Sie basieren größtenteils auf Freuds Theorie zur Symptombildung (Luborsky, 1996). Diese lauten: Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Angst, Blockade, Bedürfnisse, Feindseligkeit gegenüber dem Therapeuten, Depression, Einlassen auf den Therapeuten, Feindseligkeit gegenüber anderen, Trennung, Kontrollverlust, Schuld. Für die quantitative Beurteilung sind neben den aufgezählten Variablen zur Beurteilung auch Variablen für die psychometrische Messung wichtig. Diese sind unter anderem: Bezugnahme auf den Therapeuten, kognitive Beeinträchtigung, Beeinträchtigung der Sprache, Angst, Feindseligkeit nach außen, verdeckte Feindseligkeit, ambivalente Feindseligkeit, Gesamt Affekt und Schizophrenie. Zusammengefasst erstreckt sich die Beobachtung auf mehrere Ebenen. Es beginnt mit der klinischen Beurteilung des Kontextes, auf welche die Beurteilung der Variablen folgt sowie das Messen der Variablen. Zum Schluss erfolgt die Beurteilung des breiten Hintergrund Kontextes nach der Methode des zentralen Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT). Diese Methode ist dafür geeignet, um „zentrale Übertragungsmuster eines Patienten inhaltlich reliabel zu erfassen“ (Albani, Pokorny, Blaser & Kächele, 2008, S.139). Für die statistische Auswertung wird die P-Faktorenanalyse verwendet.

#### 4.1 Theorie zur Symptombildung nach Freud

In der Psychoanalyse wird ein Symptom als eine Art Vermittler betrachtet. Häufig wird es unbewusst von der Person hervorgerufen und weist auf einen seelischen Konflikt hin. Die Deutung der einzelnen Symptome ist allerdings ohne tiefgreifende Gespräche mit dem Patienten nicht möglich. Erst durch Erzählungen des Patienten können Zusammenhänge mit „anderen Bildungen des Unbewussten“ (Michels, Müller, Perner & Rath, 2000, S.12) entstehen. Freud (1926) bezeichnet die Verdrängung als eine mögliche Ursache für die Bildung eines Symptoms. In erster Linie bezieht er sich auf die Verdrängung der Triebbefriedigung. Bei diesem Vorgang sind das Ich, das Über-Ich und das Es ausschlaggebend. Der im Es entstehende Trieb wird vom Über-Ich aufgegriffen und mit dem Appell an das Ich weitergeleitet, diesen zu unterdrücken bzw. zu verdrängen (Freud, 1926). Der verdrängte Trieb erscheint dann als Symptom in abgeschwächter und versetzter Form. Indessen geht der Kampf gegen das Symptom weiter, wobei sich „parallel eine sekundäre Anpassung an das Symptom“ (Leitenberger, 2005) entwickelt.

In Verbindung mit der Verdrängung schlussfolgert Freud, dass auch die Angst als Ursache für die Entstehung eines Symptoms gesehen werden kann. Aronson und Luborsky (1996) verdeutlichen den Vorgang der Symptombildung anhand eines Diagramms. Der Vorgang wird in vier Abschnitte aufgeteilt, die aufeinander aufbauen. Der erste Abschnitt beginnt mit der Wahrnehmung einer Gefahr. Die aufkommende Hilflosigkeit lässt, je nach Beurteilung der eigenen Stärke, gegen die Gefahr vorgehen zu können, Furcht vor einer traumatischen Situation aufkommen. Die im zweiten Abschnitt verzeichnete Angst wird als eine Folge dieser Vorgänge betrachtet und kann des Weiteren zu Regression und zunehmender Hilflosigkeit führen. An dieser Stelle kommt es zur Symptombildung. Ein Symptom hilft der Person mit der Hilflosigkeit und Angst besser umzugehen. In dem letzten und vierten Abschnitt werden zwei Möglichkeiten nach dem Erscheinen eines Symptoms beschrieben. Entweder das Symptom verfestigt sich oder es wird durch die Verstärkung der Bewältigungsstrategien und gleichzeitig durch die Abnahme von Angst beseitigt. Diese Erkenntnisse zur Symptombildung werden in der Forschung vielfach aufgegriffen und weiterentwickelt.

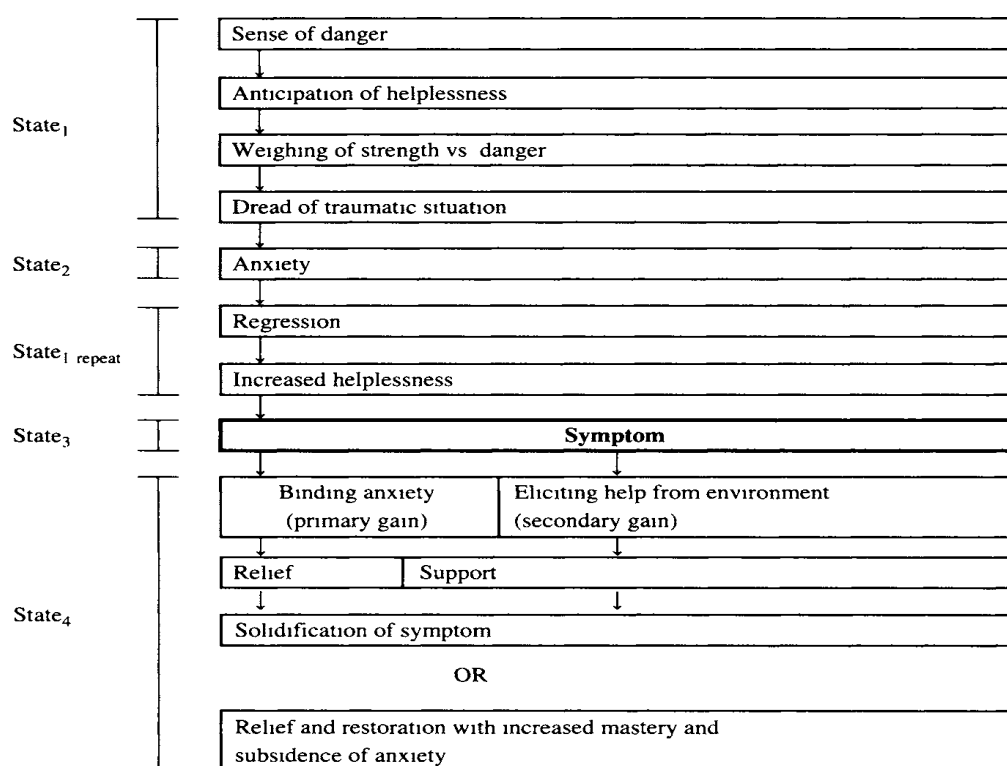


Abbildung 2: Symptombildung nach Freud (1926)

## 5 Christian Y: Eine Falldarstellung

In diesem Kapitel wird der Patient Christian Y vorgestellt, seine Krankheitsgeschichte erläutert und auf dieser Grundlage die Symptom-Kontext-Methode angewandt. Die Analyse begann in den sechziger Jahren und dauerte über zehn Jahre. Die Sitzungen wurden auf Tonband aufgenommen und im weiteren Verlauf transkribiert. Mit 22 Jahren fing der Student Christian Y in stationärer Behandlung eine Therapie an. Nach fast zwei Jahren fühlte sich der Patient in der Lage, die umfassende Therapie ambulant weiterzuführen. Mit über 1300 Sitzungen wurde die Analyse abgeschlossen und der Patient war fähig eine Familie aufzubauen und erfolgreich eine Arbeitsstelle anzunehmen (Thomä, Kächele, 2006). Der Patient wurde aus einer Kleinstadt von seinem Hausarzt Dr. W. aufgrund schlimmer Anfälle von Tachykardie in das Universitätsklinikum der nächsten Stadt überwiesen. Der Schweregrad der Anfälle bewirkte, dass der Patient die ersten zwei Jahre stationär behandelt werden musste. Die ersten Anfälle von Tachykardie traten bereits im Kindesalter auf. Eine mögliche Ursache sieht der Analytiker in der innigen Beziehung zum Großvater, der Jahre vor seinem Tod herzkrank gewesen war.

*P.: Ich hörte ihn oft nachts stöhnen. Er schlief im Zimmer über mir. Er hatte Angina Pectoris. Worunter ich litt! Kurz vor seinem Tod lag ich im Krankenhaus, auch wegen einer Herzgeschichte.*

*T.: ja das könnte sein, dass das mitspielt bei der Herzangst. Auf jeden Fall war die Krankheit des Großvaters für sie ein*

*P.: einschneidendes Ereignis (Christian Y, Transkript Sitzung 053).*

Die Herzangst führte zu generellen Angstzuständen. Der Patient war nicht mehr fähig sich alleine in der Öffentlichkeit aufzuhalten. Er litt unter einem mangelndem Selbstwertgefühl und Angst körperlich zu versagen. Auf dieser Grundlage diagnostizierte der Analytiker eine Angstneurose, welche einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu Grunde liegt (Kächele, 2009). In der Biographie des Patienten ließen sich einige prägende Ereignisse festmachen.

So war die Mutter ihrem ältesten Sohn besonders zugeneigt. Der Patient wuchs neben zwei jüngeren Geschwistern in einem behüteten Haushalt auf, in dem aber bedingt durch lange Auslandsaufenthalte des Vaters die Mutter in den ersten Lebensjahren des Patienten die einzige Bezugsperson war. Die starke Bindung zur Mutter ließ den Patienten in dem Vater einen Rivalen sehen, und um mit diesem konkurrieren zu können und seiner Mutter zu gefallen, unterdrückte der Patient viele seiner Wünsche.

*P.: Meine Mutter vor allem versuchte, äh überall, in allen Lebensbereichen auf mich einzuwirken. Das ich nichts selbstständig tun konnte gewissermaßen.*

*T.: und auch nur die, das Band der Liebe, erhalten bleibt solange Sie sich dann so verhalten.-oder jetzt übertragen auf unsere Situation, die das Band zwischen uns nur solange nicht bricht, solange Sie sich als sehr ordentlicher Patient erweisen. (....)*

*P.: hm nun das wäre ja auch dasselbe wie Sie sagten ich würde mich nicht mit anderen Mädchen abgeben, weil ich sonst ja äh der Mutter untreu würde (Christian Y, Transkript Sitzung 053).*

Mit Beginn der Pubertät veränderten sich die Interessen des Patienten zur Sexualität hin und entfernten sich somit weiter von der Mutter. Allerdings gelang es ihm nicht sich vollständig von der Mutter zu trennen, so dass ihm der Wunsch nach Intimität zu einer starken Belastung wurde. Seine Liebesbeziehungen scheiterten an seinem narzisstischen Charakter, indem „sie ihm ebenso wie die Masturbation mehr Schuldgefühle als Befriedigung einbrachten“ (Thomä, H. & Kächele, H. 2006, S. 385). Der Patient fühlte sich häufig persönlich angegriffen und gekränkt. Dieses führte langfristig zur Dekompensation und galt in der Wahrnehmung des Patienten als unheilbar. Dennoch stand der Patient der Analyse zu Beginn der Behandlung zwar mit gewissem Misstrauen, aber nicht abgeneigt gegenüber.

*P.: (...) Ich habe Ihnen doch gesagt, dass ich mich auf gewisse Minimumvorstellungen zurückziehe: nämlich, dass Sie rettender Strohalm sind für mich und dass ich einfach a priori das Vertrauen habe, dass Sie mir helfen können.*

*T.: ja, das Vertrauen, aber zugleich ziemlich.- wie soll ich nennen, ausgebreitetes Misstrauen (Christian Y, Transkript Sitzung 001).*

Das Misstrauen wurde mit der Zeit größer und in der 504. Sitzung erreichte es den Höhepunkt. Hierbei kamen viele weitere Faktoren hinzu, welche neben dem Misstrauen auch Lustlosigkeit und suizidale Gedanken förderten. Thomä und Kächele (2006) betrachten das Unbehagen des Patienten als eine Form des Es-Widerstands. In der Unlust, welche für den Patienten ein unüberbrückbares Hindernis darstellte, lassen sich versteckte und unbewusste Befriedigungen „des analen Trotzes und der dazugehörigen regressiven Selbstbehauptung“ (Thomä, H. & Kächele, H. 2006, S. 149) finden. Auch scheint der Patient Unlust zu entwickeln, weil er in seinem Leben nicht so sein konnte, wie er es wollte. Das Streben nach Anerkennung der Mutter machte ihn abhängig und unselbstständig.

Der Patient litt unter diesem Konflikt und erhoffte sich durch die Therapie einen Ausweg aus diesem Kreislauf. Die entstehenden Niederlagen führten bei dem Patienten vermehrt zu Hoffnungslosigkeit, erhöhter Angst und Suizidgedanken.

## 5.1 Qualitative Forschung

Charakteristisch für den Behandlungsverlauf ist das ambivalente Verhalten des Patienten Christian Y gegenüber dem Therapeuten und seinem eigenen Leben. Immer wieder lässt sich der Patient mit viel Hoffnung und Interesse auf die Therapie ein. Auf der anderen Seite ist die Behandlung von Ängsten, Aggressionen, Sinnlosigkeit und suizidalen Stimmungen geprägt. Um die über 1000 transkribierten Sitzungen der psychoanalytischen Behandlung sinnvoll zu bearbeiten und zu beurteilen, wird der Schwerpunkt auf 41 Sitzungen begrenzt. Diese werden in 24 Symptomsitzungen und Kontrollsitzen unterteilt. Der Zeitraum umfasst die Sitzungen 004 bis 703 und ist in der darauffolgenden Tabelle dargestellt.

Symptomsitzung	Kontrollsitzen
Sitzung 004	Sitzung 005
Sitzung 007	Sitzung 008
Sitzung 027	Sitzung 028
Sitzung 029	Sitzung 030
Sitzung 052	Sitzung 053
Sitzung 054	Sitzung 055
Sitzung 077	Sitzung 078
Sitzung 101	Sitzung 102
Sitzung 104	Sitzung 105
Sitzung 504	Sitzung 505
Sitzung 700	Sitzung 701
Sitzung 702	Sitzung 703

**Tabelle 4:** Aufteilung der Sitzungen in Symptom- und Kontrollsitzen

Die Symptom-Kontext-Methode wird an diesem Fallbeispiel angewendet, um die Unterschiede zwischen einem Kontext, in welchem der Patient suizidale Gedanken und Stimmungen äußert, von einem Kontext in der Kontrollsitzen zu unterscheiden.

Des Weiteren lassen sich mit der Symptom-Kontext-Methode einzelne Variable bestimmen, die mit größerer Intensität vor dem Erscheinen des Symptoms auftreten. Mit großer Wahrscheinlichkeit sind derartige Variable auch an der Entstehung des Symptoms beteiligt und verhindern gleichermaßen eine Heilung. Die Auswertung erfolgt teilweise nach den Vorgaben der Symptom-Kontext-Methode (Siehe Kapitel 4), die Signifikanz wird aber auf Grundlage des Chi-Quadrat-Tests geprüft. Nach der Einteilung der 24 Sitzungen in Symptom- und Kontrollsitzen werden die suizidalen Stimmungen des Patienten als Symptom zur Beobachtung ausgewählt. Das Symptom taucht an dreizehn Stellen der zwölf Symptomsitzungen auf. Die Markierungen der Anfangs- und Endpunkte des Symptoms befinden sich fast ausschließlich zu Beginn jeder Therapiesitzung. Die Länge des Symptom-Kontextes unmittelbar vor dem Symptom beträgt zwei Gedankeneinheiten sowie zwei Gedankeneinheiten nach dem Auftauchen des Symptoms. Der Hintergrund Kontext umfasst 500 Wörter vor und 500 Wörter nach dem Symptom. Die Kontrollsegmente befinden sich immer in den darauffolgenden Sitzungen und sind dadurch gekennzeichnet, dass sie keine suizidalen Stimmungen des Patienten beinhalten. Die Festlegung von Kontrollsegmenten ist besonders für den Vergleich der Signifikanz einzelner Variablen wichtig. Sowohl die Markierung eines Kontrollpunktes als auch die Einteilung des Kontextes ist mit der Symptomsitzung identisch. Bei 24 Sitzungen und dreizehn Symptomsegmenten sind insgesamt 104 Gedankeneinheiten entstanden, welche für die klinische Beurteilung von großer Bedeutung sind.

Eine anfängliche klinische Beobachtung erleichtert den Übergang zu den quantitativen Methoden. Dementsprechend sind bereits einzelne emotionale Eigenschaften bei der Bearbeitung der 24 Sitzungen des Patienten Christian Y erkennbar. So äußert der Patient bereits zu Beginn suizidale Gedanken, wenn er sich unsicher fühlt.

*P.: Ich bin irgendwie, drauf angewiesen, ich sagte Ihnen, dass ich da gewisse Schwierigkeiten habe und haben werde, äh, frei von der Leber weg zu reden.- für mich ist das, diese Behandlung, wie eine Art letzte Prüfung ob ich jetzt nun für das Leben taue oder nicht. [Beginn] Ich war ja bis zu/ der Meinung, dass ich meine 22 Jahre umsonst gelebt habe- dass ich hier, so scheint es mir wenigstens gewissermaßen um meinen Kopf rede [Ende] (Christian Y, Transkript Sitzung 004).*

Die Unsicherheit besitzt auch im weiteren Verlauf der Behandlung großen Einfluss auf das Leben des Patienten. Je mehr Fortschritte der Patient macht, desto gewichtiger werden für ihn die Niederlagen, die in regelmäßigen Abständen aus der Unsicherheit hervorgehen. Auch die Angst vor weiteren Niederlagen nimmt bei fortschreitender Behandlung zu.

*P.: ich bin also, schlicht gesagt, ein Idiot gewesen. Ich habe mich bemüht, nichts falsch zu machen und das hat sich ins Gegenteil gekehrt. Ich habe viele offensichtlich schwerwiegende Fehler gemacht. Ich bin darüber sehr, sehr niedergeschlagen, dass sich da gleich die Angst meldet: War das Bisherige umsonst und warum die Dummheiten gemacht wurden und warum ich überhaupt nicht mehr weiß, was ich machen soll.*

*T.: was bezeichnen Sie als Fehler?*

*P.: Ich habe offenbar nicht begriffen, worum es hier geht und damit bin ich völlig ratlos, hoffnungslos und hilflos. Ich kann gar nichts tun, um diese Angst und diese entsetzliche Verzweiflung zu steuern. [Beginn] Ich weiß einfach nicht mehr weiter. [Ende] Ich fühle mich schwach nun und elend auch körperlich (Christian Y, Transkript Sitzung 052).*

Ein derartiger Sprechverlauf lässt sich auch in anderen Sitzungen beobachten. Die Ratlosigkeit und das Bedürfnis nach einer Antwort werden oftmals bereits in der Einleitungsphase der Behandlung deutlich. Des Weiteren verbindet der Patient mit seiner Vergangenheit nur Negatives und sieht auch in seiner Zukunft keine positive Veränderung. Die Hoffnungslosigkeit erreicht nahezu in jeder Sitzung ihren Höhepunkt, in welcher der Patient suizidale Gedanken äußert.

*P.: Ja, und dann eben das furchtbare Gefühl, es geht doch nicht weiter, da ist nichts, aus mir wird nie was. Oder es dauert ja so lange, hab ich gar keine Lust dazu, [Beginn] es lohnt sich nicht, dass ich leben soll. Bloß weil der Mensch zum Leben in die Welt gesetzt ist und ich will nicht. [Ende] Sicher, ich weiß, dass ich ungeheuer viel Freude und Spaß am Leben haben könnte, wenn ich gewisse Dinge hätte, aber der Weg dazu ist mir versperrt und die Sperre lässt sich anscheinend, so sieht es für mich wenigstens aus, nicht lösen (...)*

*T.: und das hat ja eine Aufforderung an mich: (...) nun zeigen Sie mir doch endlich mal, woran ich Lust und Freude haben könnte. Und wenn Sie das nicht schaffen, dann sag ich halt weiter nein (Christian Y, Transkript Sitzung 104)*



Der Umgang mit der anhaltenden Hoffnungslosigkeit erweist sich für den Patienten als besonders schwierig und wird oftmals durch anklagendes und zum Teil aggressives Verhalten kompensiert. Gleichwohl kann die Gegenübertragung des Therapeuten einen großen Einfluss auf den Patienten haben.

*P.: Mir wird's ja immer schlecht. Wenn es mir nicht mehr schlecht würde, aus irgendeinem Grund, dann würde ich nicht mehr hinkommen. Will weg. Was soll die Bemerkung von vorhin? (...) das ist doch eine sinnlose Bemerkung Herr Professor. Ich versuche ja dauernd mit Ihnen zu reden, wie ich die Angst vor dem Kritisiert werden loskriege (....) Ich habe ein beschissenes Leben, warum soll ich mich auch noch anstrengen, ich sollte mich aufhängen, das wäre das richtige (....)*

*T.: Sie möchten selbst mehr machen und klagen darüber, dass Sie von mir alleine gelassen werden.*

*P.: Ja, nun wenn Sie mir nicht helfen Lust an der Arbeit zu finden. Wenn Sie mir nicht helfen, die Schwierigkeiten an der Arbeit auszuräumen, woher soll ich sie dann loskriegen (Christian Y, Transkript, Sitzung 504).*

Neben den aufgeführten emotionalen Eigenschaften hat das Thema Sex ebenfalls einen größeren Stellenwert in der Behandlung. Das gestörte Verhältnis zu Frauen und zur Intimität im Allgemeinen belastet den Patienten sehr. Bereits in der Pubertät versuchte er sich von der streng katholischen Erziehung seiner Mutter zu entfernen und durch Selbstbefriedigung intime Erfahrungen zu sammeln. Bis zum Zeitpunkt der Behandlung gelingt es ihm nicht, die Selbstbefriedigung oder den Geschlechtsverkehr zu genießen. Seine Einstellungen und Wünsche sind äußerst ambivalent. Einerseits leidet er darunter, dass er keine normale Beziehung zu einer Frau aufbauen kann, andererseits ekelt er sich vor dem weiblichen Geschlecht und verbindet die eigene Ejakulation mit dem Tod. Obwohl die Gedanken und Wünsche nach Intimität den Patienten sehr belasten, ist es auffallend, dass diese in keiner der zwölf Sitzungen in dem unmittelbaren Kontext vor dem Auftauchen des Symptoms thematisiert werden. Indessen sind sie aber Thema in zehn von zwölf Kontrollsitzungen.

*P.: ja, hm. Ich bin befangen. Mir gelingt es nicht, den Geschlechtsverkehr äh gewissermaßen als die, natürlichste Sache der Welt aufzufassen. Es hängt vielleicht damit zusammen, dass mir von früh auf äh, Vorstellungen mitgegeben wurden, dass das schlecht, böse, verboten ist- (Räusper) (...) Weiter habe ich Angst vor Ekel (....)*

*T.: Ja also die enge Verbundenheit äh, körperliche Nähe, Geschlechtsteil, After, und, Urin, After und Harnröhrenöffnung- und Sekretion, Ausscheidungen aus der Scheide- äh wovor Sie also Angst haben ist also das äh negative, abweisende. Äh Gefühle in Ihnen da sind oder auftauchen äh, wenn Sie an den weiblichen Geschlechtsteil denken. Oder mit dem in Berührung kommen (Christian Y, Transkript Kontrollsituation 078).*

Demnach äußert der Patient keine suizidalen Gedanken, wenn er über Sexualität oder über Beziehungen zu Frauen spricht. Es sind also hauptsächlich die oben beschriebenen Variablen, die den Patienten zu suizidalen Äußerungen führen.

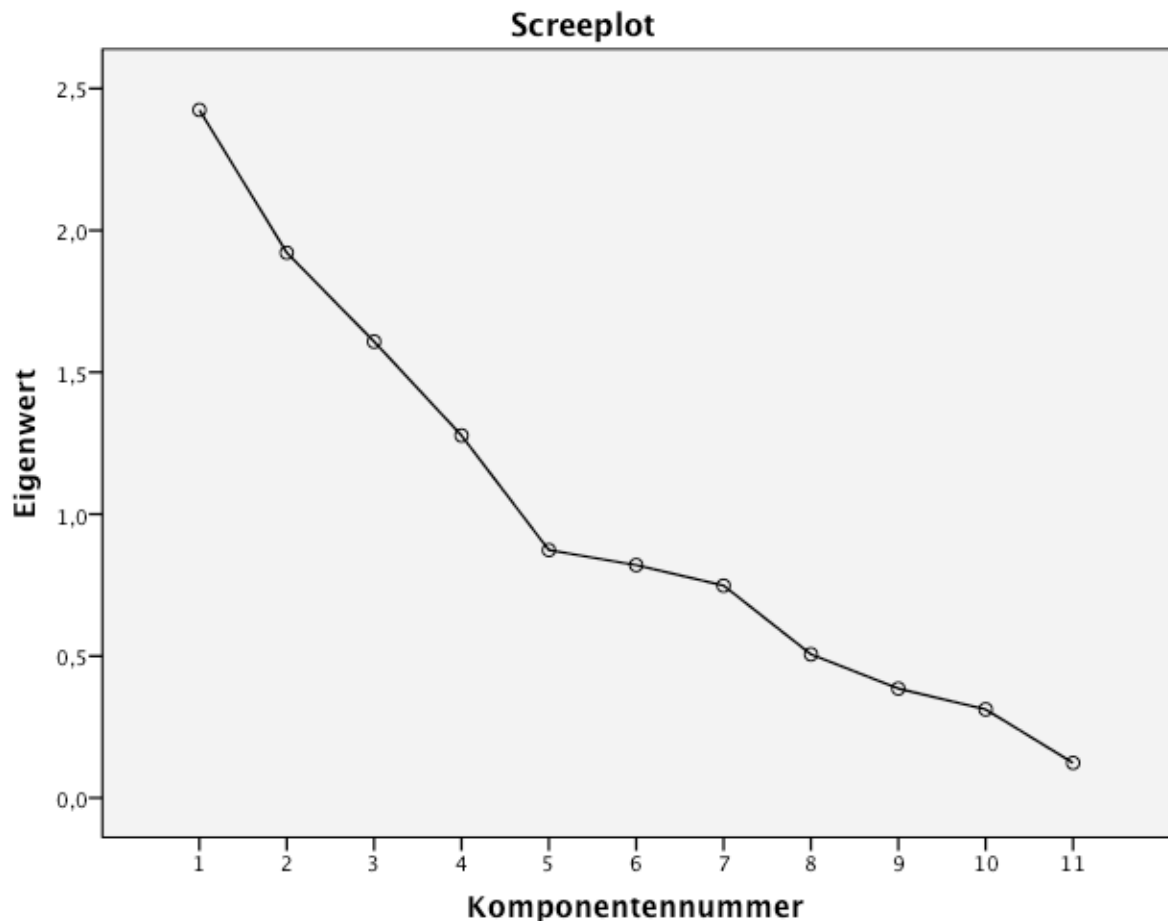
Auf der Grundlage der klinischen Beobachtung und des Leitfadens der Symptom-Kontext-Methode werden im nächsten Abschnitt elf von zwölf Variablen (Luborsky, 1996) bestimmt und mit Hilfe der Faktorenanalyse auf ihre zugrundeliegende Struktur untersucht. Die entstehenden Gruppen werden also von empirisch zusammenhängenden Variablen gebildet. Angst, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Blockade, Bedürfnisse, Feindseligkeit gegenüber Therapeuten, Feindseligkeit gegenüber anderen, Depression, Trennung, Kontrollverlust und suizidale Gedanken. Allerdings ist die Anzahl der Gruppen von den extrahierten Faktoren abhängig. Von den elf Variablen werden vier Faktoren mit dem Eigenwert größer als 1 extrahiert. Der Eigenwert einer Variablen sagt aus, wie hoch die Varianz des Faktors ist. Die erste Komponente hat einen Eigenwert von 2 und erklärt damit soviel Varianz, wie zwei der Ausgangsvariablen.

**Erklärte Gesamtvarianz**

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Extrahierte Summen von quadrierten Ladungen			Rotierte Summen von quadrierten Ladungen		
	Gesamtsumme	% der Varianz	Kumulativ %	Gesamtsumme	% der Varianz	Kumulativ %	Gesamtsumme	% der Varianz	Kumulativ %
1	2,424	22,040	22,040	<b>2,424</b>	22,040	22,040	2,094	19,035	19,035
2	1,921	17,467	39,507	<b>1,921</b>	17,467	39,507	1,889	17,175	36,211
3	1,608	14,618	54,125	<b>1,608</b>	14,618	54,125	1,747	15,878	52,089
4	1,277	11,612	65,737	<b>1,277</b>	11,612	65,737	1,501	13,648	65,737
5	,873	7,940	73,677						
6	,820	7,458	81,136						
7	,748	6,802	87,938						
etc.									

**Tabelle 5:** Analyse der Hauptkomponenten mit extrahierten Werten

Die Bestimmung des Eigenwertes eines Faktors ist gegebenenfalls graphisch darstellbar. Der Scree-Plot zeigt anhand eines Koordinatensystems den gesamten Eigenwertverlauf an. Alle Faktoren auf der X- Achse, die sich vor dem ‚Knickpunkt‘ befinden, werden extrahiert. Im vorliegenden Scree-Plot sind es ebenfalls vier Faktoren vor dem deutlichen ‚Knickpunkt‘, welche einen Eigenwert größer als 1 haben.



**Abbildung 3:** Scree-Plot von elf Faktoren und vier Eigenwerten

Nachdem die vier extrahierten Faktoren festgelegt worden sind, folgt abschließend die Betrachtung der Faktorladungen. Dabei sollen bestimmte Gruppen von Variablen auf einem Faktor höher als andere Gruppen laden. In der folgenden Tabelle der rotierenden Komponentenmatrix sind die vier Faktoren mit den elf unterschiedlichen Variablen und ihren Ladungen auf den einzelnen Faktoren dargestellt. Negative Werte werden bei der Beurteilung nicht berücksichtigt. Anhand der Tabelle lassen sich zehn Variable eindeutig den vier Faktoren zuordnen.

	Komponente			
	1	2	3	4
Suizidgedanken	<b>,846</b>	,189	,158	,186
Hoffnungslosigkeit	<b>,752</b>	,166	-,140	,190
Feindseligkeit gegen- über dem Therapeuten	,290	<b>,735</b>	,184	,109
Blockiert	,089	<b>,689</b>	-,039	-,245
Depression	<b>,572</b>	-,582	,285	-,296
Kontrollverlust	,299	-,195	<b>,689</b>	,368
Bedürfnisse	-,021	-,574	-,607	-,026
Trennungsangst	-,518	,014	<b>,596</b>	,032
Feindseligkeit gegen- über Anderen	,025	-,140	-,590	<b>,351</b>
Angst	,072	-,220	,135	<b>,717</b>
Hilflosigkeit	,174	,190	-,145	<b>,705</b>

**Tabelle 6:** Faktorladung nach rotierender Varimax Komponentenmatrix

Der erste extrahierte Faktor besteht aus drei Variablen. Zu dem zweiten Faktor gehören zweifellos zwei Variable. Der dritte Faktor wird ebenfalls aus zwei Variablen mit hohen Faktorladungen gebildet und der vierte Faktor besteht wiederum aus drei Variablen. Alle vier Faktoren lassen sich gut von einander abgrenzen.

Bei dem ersten Faktor lädt das Item am höchsten, welches die suizidalen Gedanken des Patienten in den 24 Sitzungen zum Ausdruck bringt. Die zweithöchste Faktorladung ist auf das Item Hoffnungslosigkeit zurückzuführen und die dritthöchste Ladung geht von dem Item Depression aus. Der Faktor beinhaltet die drei Variablen, die ausschließlich in dem Symptom-Kontext und nicht in dem Kontroll- Kontext thematisiert werden. Zusammenfassend wird der erste Faktor als Autoaggression bezeichnet.

Auf dem zweiten Faktor laden vor allem zwei Items hoch, welche auf das Abwehrverhalten des Patienten hinweisen. Die Feindseligkeit gegenüber dem Therapeuten und die sprachliche Blockade werden als Bezugnahme auf den Therapeuten zusammengefasst.

Der dritte Faktor beinhaltet ebenfalls zwei Items, von denen der Kontrollverlust die höchste Faktorladung und die Trennungsangst den zweithöchsten Wert aufweist. Der Schwerpunkt des dritten Faktors ist demnach die Verlustangst.

Die letzten drei Variablen werden dem vierten Faktor zugeordnet. Die höchste Faktorladung weist das Item Angst auf.

Mit etwas geringerer Faktorladung folgt das Item Hilflosigkeit und die niedrigste Faktorladung der drei Items weist das Item Feindseligkeit gegenüber anderen auf. Der vierte Faktor beinhaltet drei Items, die für eine soziale Phobie ausschlaggebend sind. Mittels der Faktorenanalyse haben sich die zehn einzelnen Variablen erfolgreich zu Gruppen zuordnen lassen, welche auch inhaltlich gut interpretierbar sind. Um das Auswertungsverfahren nach Luborsky (1996) vereinfacht auf das vorliegende Fallbeispiel anwenden zu können, wird in dem nächsten Abschnitt auf den Chi-Quadrat-Test zurückgegriffen. Dieser ist besonders für die Überprüfung von Unterschieden oder Gemeinsamkeiten geeignet. Zu Beginn werden die zu überprüfenden Alternativ- und Nullhypothesen aufgestellt:

**H 1:** Der Symptom-Kontext weist signifikante Unterschiede zum Kontroll-Kontext auf

**H 0:** Ein Symptom-Kontext weist die gleichen emotionalen Qualitäten auf wie ein Kontroll- Kontext

Welche Hypothese beizubehalten ist und welche verworfen werden muss, entscheidet der Signifikanztest. Bevor der Signifikanztest angewendet werden kann, müssen Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test erfüllt werden. Der Test setzt voraus, dass die Variablen nominalskaliert sind, nur 20 Prozent der Zellen einen Erwartungswert von kleiner als 5 besitzen und der kleinste vorkommende Erwartungswert niemals kleiner als 1 sein darf (Bortz & Schuster, 2010). Sind diese Voraussetzungen verletzt, so wird anstelle des Chi-Quadrat-Tests der exakte Test nach Fischer angewandt. Weil die zehn zu untersuchenden Variablen gegen die Voraussetzungen des Chi-Quadrat-Tests verstoßen, wird auch in diesem Fall auf den exakten Test von Fischer ausgewichen. Die Tabelle beinhaltet die zehn Variablen, ihre Prüfgrößen und die dazugehörigen Signifikanzwerte.

	Prüfgröße $\chi^2$ - Wert	p-Wert
Angst	0,17	.50
Hilflosigkeit	1,20	.30
<b>Hoffnungslosigkeit</b>	<b>9,89</b>	<b>.002</b>
Blockiert	0,18	.50
Bedürfnisse	1,82	.18
<b>Feindseligkeit g Therapeuten</b>	<b>3,56</b>	<b>.07</b>
Feinseligkeit g.anderen	0,38	.50
Depression	2,18	.24
Trennung	1,20	.29
<b>Kontrollverlust</b>	<b>3,43</b>	<b>.10</b>

**Tabelle 7:** Prüfgröße und p-Wert der Symptom- und Kontrollsituationen

## 6 Diskussion der Ergebnisse

Die gewonnenen Ergebnisse werden in diesem Kapitel auf der Grundlage der 24 psychoanalytischen Therapiesitzungen interpretiert. Bei einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 0.05$  und einem Freiheitsgrad  $df = 1$  beträgt der kritische  $\chi^2$ -Wert 3,84. Der ermittelte  $\chi^2$ -Wert für die Variable Hoffnungslosigkeit ist 9,89 und übersteigt den kritischen Wert beinahe um das Dreifache. Das Ergebnis ist hoch signifikant, die Nullhypothese somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen. Die zwei weiteren Variablen Feindseligkeit gegenüber dem Therapeuten und Kontrollverlust erzielen jeweils einen  $\chi^2$ -Wert von 3,56 und 3,43 und befinden sich damit knapp unter dem kritischen  $\chi^2$ -Wert. Obwohl diese Ergebnisse nicht signifikant sind, werden sie ebenfalls aufgrund ihrer Höhe in der Beurteilung berücksichtigt. Die Beurteilung erfolgt auf der Zusammenführung der statistischen Ergebnisse mit der inhaltlichen Analyse. Auf der Grundlage der hohen Übereinstimmung sind die einzelnen Werte wie folgt zu interpretieren: Sieben von zehn Variablen erscheinen sowohl kurz vor dem Auftauchen eines Symptoms, als auch in den Kontroll-Kontexten der Behandlung. Diese Tatsache ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Zustände des Patienten zurückzuführen; denn die Gefühlslage des Patienten ist über die 24 behandelten Sitzungen von keinen starken Veränderungen gekennzeichnet. Der Patient leidet auch in den Kontroll-Kontexten unter seiner psychischen Beeinträchtigung, nur äußert er dabei keine Suizidgedanken. Die einzelnen Variablen wie Angst oder Hilflosigkeit sind ebenfalls Themen in den Kontroll-Kontexten, wohingegen Hoffnungslosigkeit nur in den unmittelbaren Kontexten vor dem Auftauchen eines Symptoms auftritt. Sowohl der hohe Signifikanzwert als auch die inhaltliche Analyse der Gedankeneinheiten vor den suizidalen Stimmungen des Patienten deuten darauf hin, dass die Hoffnungslosigkeit mit großer Intensität auf die suizidalen Äußerungen des Patienten einwirkt. Es ist nicht auszuschließen, dass die Hoffnungslosigkeit die Heilung des Patienten verzögert und auch für Fortschritte in anderen Bereichen hinderlich ist. So ist der Patient der Meinung, dass die Wiederaufnahme des Studiums hoffnungslos ist und dass er sich nie wieder, bedingt durch die Anfälle von Tachykardie, im Freien aufhalten kann.

Wie bereits oben angedeutet, sind die Variablen Kontrollverlust und Feindseligkeit gegenüber dem Therapeuten bei der Beurteilung nicht ganz unbedeutend. Obwohl ihr Signifikanzwert das Signifikanzniveau von  $\alpha = 0.05$  nicht überschreitet, stehen sie inhaltlich in einem Zusammenhang mit der Hoffnungslosigkeit im Symptom-Kontext; denn auch das Thema des Kontrollverlusts kommt ausschließlich in dem unmittelbaren Kontext vor dem Erscheinen des

Symptoms vor. Der Patient leidet sehr unter dem Verlust der Kontrolle über seinen eigenen Körper und könnte durch die suizidalen Gedanken die Kontrolle wiedererlangen. Denn nur er wäre in der Lage sich das Leben zu nehmen. Bezogen auf vier Faktoren der Faktorenanalyse zeigt der Patient vor dem Erscheinen des Symptoms autoaggressives Verhalten, nimmt gelegentlich Bezug auf den Therapeuten oder kompensiert in den suizidalen Äußerungen den Verlust der Kontrolle über seinen Körper. Zusammenfassend lassen sich zweifellos signifikant unterschiedliche emotionale Qualitäten dem Symptom- Kontext und dem Kontroll- Kontext zuordnen. Sogar bei der geringen Stichprobe von N= 41 Sitzungen konnten signifikante Unterschiede festgestellt werden. Oftmals haben sich die emotionalen Qualitäten über verschiedene Symptom- Kontexte hinweg wiederholt.

## 7 **Fazit**

Die Beschäftigung mit der psychoanalytischen Behandlung des Patienten Christian Y stellte die Grundlage für die Anwendung der Symptom-Kontext-Methode dar. Bereits der überschaubare Abschnitt von 41 psychoanalytischen Sitzungen gewährte einen tiefen Einblick in die Struktur, den Ablauf einer Analyse und zeigte sehr persönliche Details aus dem Leben von Christian Y. Es nahm einige Zeit in Anspruch, bis ich mich in den Menschen hineindenken und seine Beweggründe für einen Suizid nachvollziehen konnte; denn der Schwerpunkt lag explizit auf der Herausarbeitung der Abschnitte, in denen der Patient suizidale Stimmungen zeigte und in denen diese nicht vorlagen. Trotz des geringen Datensatzes von 41 von 1000 Sitzungen und der Komplexität der Symptom-Kontext-Methode konnten Ergebnisse erbracht und inhaltlich interpretiert werden. Zusammenfassend werden in diesem Kapitel die zentralen Aussagen noch einmal dargestellt.

Die einleitende Begriffserklärung und die Betrachtung der gesellschaftlichen und historischen Entwicklung des Suizids sowie dessen unterschiedliche Wertung dienten als Grundlage für den Einstieg in das zentrale Thema der vorliegenden Arbeit.

Die verschiedenen Auffassungen waren stark durch äußere Einflüsse, wie das Einwirken der Kirche in das gesellschaftliche Leben oder Kriege geprägt. Noch heute ist der Suizid ein kontroverses Thema.

Auch wenn der Patient Christian Y nicht während oder nach der Behandlung Suizid begangen hat, waren seine suizidalen Äußerungen für einen Außenstehenden sehr belastend.

Es war wider Erwarten möglich sich in den Therapeuten und Patienten hineinzuversetzen und dem Datensatz von 41 Sitzungen von insgesamt 1300 Sitzungen genug Informationen für eine fundierte statistische Auswertung entnehmen zu können.

Die Symptom-Kontext-Methode war in ihrem Aufbau verständlich und vom Prinzip her gut auf den gesamten Datensatz anwendbar, für die Stichprobe von  $N=24$  allerdings zu komplex. Der Vorgang bis zur Auswertung wurde dennoch von dieser Methode übernommen, nur die Auswertung durch einen Chi-Quadrat-Test ersetzt. Die Einteilung in Symptom- und Kontrollkontexte, die klinische Beurteilung der Kontexte, die daraus gewonnen Variablen und die Zusammenfassung der Variablen in Gruppen durch die Faktorenanalyse waren Aspekte der Symptom-Kontext-Methode. Den Vergleich zwischen dem Symptom- und dem Kontrollkontext sowie den dazugehörigen Signifikanzwert lieferte dann der Chi-Quadrat-Test.

Der Vergleich der gewonnen Daten mit der klinischen Beurteilung führte zu Übereinstimmungen und kann zu der Beantwortung der einleitend gestellten These herangezogen werden. Anhand dieser Falldarstellung ist die These mit einem *Ja* zu beantworten. Symptome sind Übermittler einer psychischen Erkrankung und werden für Diagnosen herangezogen. Die suizidalen Stimmungen des Patienten Christan Y treten eindeutig in Beziehung mit der Angstneurose auf. Auf der Grundlage der Symptom-Kontext-Methode ließen sich die Anfangs- und Endpunkte beim Erscheinen von suizidalen Gedanken festlegen und die Äußerungen im unmittelbaren Kontext analysieren. Hoffnungslosigkeit, Kontrollverlust und Feindseligkeit gegenüber dem Therapeuten, die häufig vor den suizidalen Stimmungen auftreten und diese zu beeinflussen scheinen, können ebenfalls mit der Angstneurose des Patienten in Verbindung gebracht werden. Auch der signifikante Unterschied zwischen den einzelnen Sitzungen deutet darauf hin, dass die suizidalen Stimmungen als Symptom wahrgenommen werden können.



## Literaturverzeichnis

- Ahrens, J. (2001). *Selbstmord*. München: Wilhelm Fink
- Albani, C., Pokorny, P., Blaser, G. & Kächele, H. (2008). *Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte: Theorie, Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Améry, J. (1979). *Hand an sich legen: Diskurs über den Freitod*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Aristoteles: *Nikomachische Ethik*. (1985). Hamburg: Meiner
- Baumann, U. (2001). *Vom Recht auf den eigenen Tod: Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert*. Weimar: Hermann Böhlaus
- Bibel. 1Sam. 31, 4-13
- Bortz, J., Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag (S. 143)
- Bronisch, T. (2007). *Der Suizid: Ursachen, Warnsignale, Prävention*. München: Verlag C.H. Beck
- Durkheim, E. (1973). *Der Selbstmord* (Band 32). Neuwied und Berlin: Hermann Luchterhand Verlag GmbH
- Ebert, T. (2004). *Platon Werke: Phaidon* (Band 14, S. 22). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag
- Gerisch, B. (2012). *Suizidalität*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Henseler, H. (1984). *Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmordes*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH
- Kächele, H. (2009). *Psychoanalytische Prozesse: Methodische Illustration und methodologische Reflexionen* (Kap. 4). Ludwig-Maximilians-Universität, München
- Kind, J. (2005). *Suizidal: Die Psychoökonomie einer Suche* (4. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kindhäuser, U., Neumann, U. & Paeffgen, H. (Hrsg.). (2013). *Strafgesetzbuch* (4. Aufl. ed.). Baden-Baden: Nomos.
- Koran. Sure 4, 29- 31
- Koran. Sure 55, 56- 78
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy J., Zwi, A., Lozano, R. (Hrsg.). (2002). World report on violence and health (Kapitel 7). *World Health Organization (WHO)*. Genf

- Leitenberger, A. (2005). *Lachen als Symptom? Eine Untersuchung des Lachens der Abwehr von Frustration, Intimität und Traurigkeit und der Sicherung der Selbstkonstanz anhand von Luborskys Symptom-Kontext-Methode*. Ulmer Textbank
- Lindner, R. (2006). *Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie: Eine systematische qualitative Untersuchung*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Luborsky, L. (1996). *The symptom-context method: symptoms as opportunities in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Luborsky, L., Aronson, G. (1996). *Classical theories of symptom formation: Freud, Engel and Schmale, Goldstein, Angyal and Seligman* (Kap.16). Washington, DC: American Psychological Association.
- Michels, A., Müller, P., Perner, A. & Rath, C.-D. (2000). Das Symptom. *Jahrbuch für Klinische Psychoanalyse* (Bd. 2). Tübingen: edition diskord
- Milch, W. (2003). *Suizidversuche schizophrener Patienten: Psychotherapie, Psychodynamik, Prävention*. Gießen: Psychosozial- Verlag
- Minois, G. (1996). *Geschichte des Selbstmordes*. Düsseldorf und Zürich: Artemis & Winkler
- Polotovskaja, I. (2008). *Tod und Selbstmord in Russland*. Frankfurter Main: Peter Lang
- Pourshirazi, S. (2008). *Suizidalität und Beziehung: Eine theoretische und empirisch-hermeneutische Studie*. Gießen: Psychosozial- Verlag
- Stengel, E. (1969). *Selbstmord und Selbstmordversuch*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag
- Thomä, H., Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie: Praxis* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 384-403

## **Fachartikel**

- Becker, C. (1990). Buddhist Views of Suicide and Euthanasia. *Philosophy East and West* (4), S. 543- 556. Verfügbar unter <http://www.jstor.org/stable/1399357> (16.08.13)

## Internetquellen

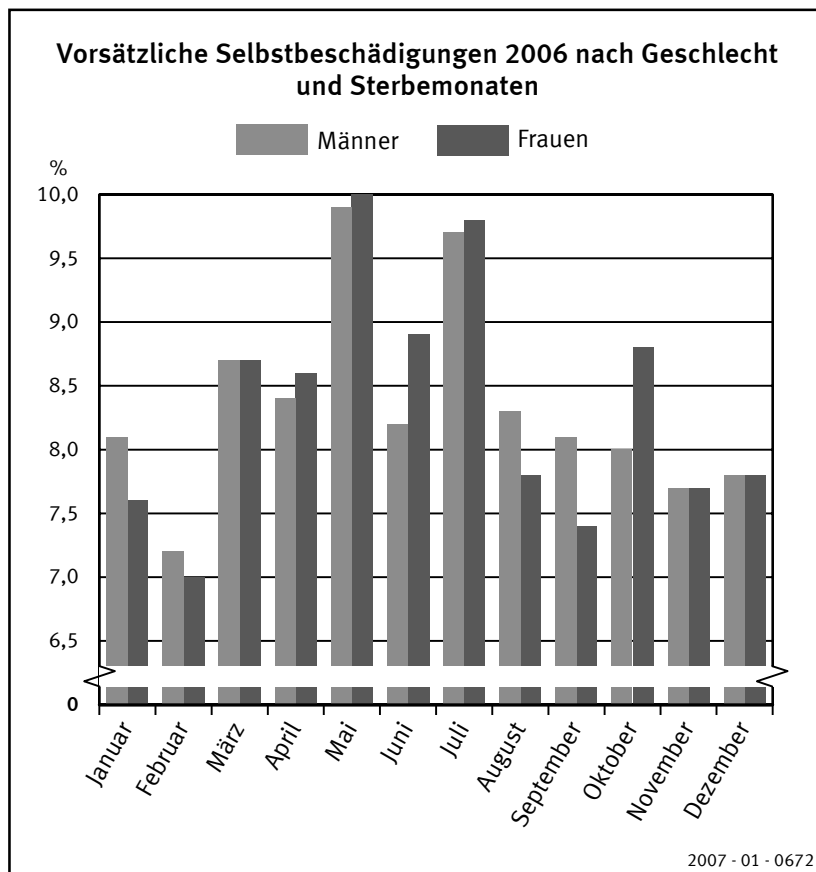
- Dessauer, M. (2010). Im Widerspruch: Die jüdische Religion ist lebensbejahend. Was sagt sie zur Selbsttötung? *Jüdische Allgemeine*. Erschienen am 09.12.10. Verfügbar unter <http://www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/9221> (19.08.13)
- Gauss, K.-M. (2012). Ach ja, Heimat! *Die Zeit*. Erschienen am 30.10.12. Verfügbar unter <http://www.zeit.de/2012/45/Portrait-Jean-Amery> (07.09.13)
- Laarz, D. (2012). Putin und Kyrill: Gefährliche Freunde. *Die Zeit*. Erschienen am 17.08.12. Verfügbar unter <http://www.zeit.de/2012/34/Putin-Orthodoxe-Kirche> (03.09.13)
- Nourian, S. (2011). Mehr Selbstmorde unter jungen Iranern. *Deutsche Welle*. Erschienen am 10.10.11. Verfügbar unter <http://www.dw.de/mehr-selbstmorde-unter-jungen-iranern/a-6635434> (03.09.13)
- Statistisches Bundesamt (2011). *Gesundheit: Todesursachen in Deutschland* (Fachserie 12, Reihe 4). Erschienen am 06.12.12. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400117004.pdf?__blob=publicationFile) (07.09.13)
- World Health Organisation, (o.J). Suicide rates per 100,000 by country, year and sex. Verfügbar unter [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html) (08.09.13)

Pos-Nr. der ICD-10	Todesursache	Ge- schlecht	Gestorbene insgesamt	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren																	90 und >			
				< 1 Jahr	1 - 5	5 - 10	10 - 15	15 - 20	20 - 25	25 - 30	30 - 35	35 - 40	40 - 45	45 - 50	50 - 55	55 - 60	60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 - 80		80 - 85	85 - 90	
Anzahl																								
X60-X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung	m	7 646	-	-	-	12	130	330	342	340	386	591	827	777	757	544	530	706	522	437	302	113	
		w	2 498	-	-	-	9	42	79	79	108	98	176	238	243	199	179	183	241	223	171	124	74	
		z	10 144	-	-	-	21	172	409	421	448	484	767	1 065	1 020	956	723	713	947	745	608	458	187	
X60	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber nichtopioidhaltige(n) Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika	m	10	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	1	1	1	1	-	-	2	-	
		w	6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	1	1	1	1	1	-	-	-	1	1	
		z	16	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	2	2	1	1	1	1	-	3	1	
X61	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Antiepileptika, Hypnotika, Antiparkinsonmittel(n) und psychotrope(n) Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	m	175	-	-	-	-	-	6	6	6	14	21	20	29	19	9	12	4	7	7	12	3	
		w	209	-	-	1	-	7	7	6	10	13	20	17	19	14	16	17	15	13	16	9	9	
		z	384	-	-	1	-	13	13	12	24	34	49	46	38	23	28	21	22	20	28	12	12	
X62	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Betäubungsmittel(n) und Psychodysleptika (Halluzinogene(n)), anderenorts nicht klassifiziert	m	70	-	-	-	-	-	5	6	10	5	10	16	3	4	-	5	-	1	3	1	1	
		w	42	-	-	-	-	3	1	1	4	7	2	2	2	3	1	4	1	7	-	-	-	
		z	112	-	-	-	-	-	8	9	11	6	14	23	5	6	3	6	4	2	10	1	4	
X63	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) Arzneimittel(n) mit Wirkung auf das autonome Nervensystem	m	10	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	-	2	-	1	-	1	1	-	-	-	
		w	12	-	-	-	-	2	2	-	1	3	2	-	2	-	1	-	1	2	2	1	-	
		z	22	-	-	-	-	-	2	2	1	3	2	-	2	1	1	1	-	3	3	1	-	
X64	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Arzneimittel(n), Drogen und biologisch aktive(n) Substanzen	m	443	-	-	-	-	4	19	26	30	19	48	62	51	45	32	20	35	20	12	15	5	
		w	433	-	-	1	4	17	12	28	14	36	46	47	35	35	35	35	26	31	27	33	6	
		z	876	-	-	1	8	36	38	58	33	84	108	98	80	67	55	61	51	59	48	48	11	
X67	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) Gase(n) und Dämpfe(n)	m	322	-	-	-	-	7	26	35	33	36	26	56	31	27	11	13	9	3	4	5	-	
		w	48	-	-	-	4	9	4	2	3	2	5	5	3	4	5	2	5	-	-	-	-	
		z	370	-	-	-	11	29	39	35	39	28	61	36	31	16	17	11	8	4	5	-	-	
X70	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung oder Erstickern	m	3 861	-	-	-	10	44	132	157	152	188	295	441	380	385	274	267	368	314	240	151	63	
		w	803	-	-	3	19	21	27	27	30	53	69	67	56	43	68	90	87	62	55	26	26	
		z	4 664	-	-	13	63	153	184	179	218	348	510	447	441	317	335	458	401	302	206	89	89	
X71	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Ertrinken und Untergehen	m	121	-	-	-	1	3	2	1	3	7	10	13	18	15	12	11	10	7	7	1	1	
		w	145	-	-	-	-	145	-	3	-	4	9	10	14	8	10	29	25	16	10	4	4	
		z	266	-	-	-	-	1	3	5	1	6	11	19	23	32	23	22	40	35	23	17	5	

Tabelle 1: Sterbefälle 2011 bezüglich Selbstbeschädigung nach Todesursache, Altersgruppe und Geschlecht (Statistisches Bundesamt, 2011)

Jahr Land	Insgesamt			und zwar					
				im ersten Lebensjahr			in den ersten 7 Lebenstagen <sup>1)</sup>		
	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Zusammen	Männlich	Weiblich	Zusammen	Männlich	Weiblich
1950 .....	748 329	375 323	373 006	67 175	.	.	.	.	.
1955 .....	795 938	404 123	391 815	48 614	.	.	26 000	.	.
1960 .....	876 721	446 999	429 722	44 105	.	.	24 900	.	.
1965 .....	907 882	459 097	448 785	31 907	18 329	13 578	20 955	.	.
1966 .....	911 984	459 150	452 834	30 936	17 846	13 090	20 541	.	.
1967 .....	914 417	459 058	455 359	28 703	16 615	12 088	19 416	.	.
1968 .....	976 522	486 541	489 981	27 069	15 706	11 363	18 009	.	.
1969 .....	988 091	492 798	495 293	26 011	15 144	10 867	17 554	.	.
1970 .....	975 664	482 696	492 968	23 547	13 694	9 853	15 958	.	.
1971 .....	965 623	475 685	489 938	22 371	12 961	9 410	14 744	.	.
1972 .....	965 689	476 166	489 523	19 444	11 289	8 155	12 408	.	.
1973 .....	962 988	473 694	489 294	17 375	10 202	7 173	10 807	.	.
1974 .....	956 573	466 355	490 218	16 076	9 400	6 676	9 917	.	.
1975 .....	989 649	481 191	508 458	14 760	8 557	6 203	8 727	.	.
1976 .....	966 873	468 081	498 792	13 233	7 697	5 536	7 625	.	.
1977 .....	931 155	451 686	479 469	11 942	6 917	5 025	6 612	.	.
1978 .....	955 550	461 723	493 827	11 526	6 733	4 793	6 072	.	.
1979 .....	944 474	453 496	490 978	10 895	6 360	4 535	5 746	.	.
1980 .....	952 356	455 917	496 439	10 779	6 208	4 571	5 582	.	.
1981 .....	954 373	453 213	501 160	10 180	5 918	4 262	5 008	.	.
1982 .....	943 782	446 339	497 443	9 523	5 485	4 038	4 381	.	.
1983 .....	941 028	443 049	497 979	8 605	5 001	3 604	4 001	.	.
1984 .....	917 281	430 853	486 428	7 925	4 528	3 397	3 656	.	.
1985 .....	929 639	433 749	495 890	7 419	4 256	3 163	3 287	.	.
1986 .....	925 344	427 913	497 431	7 397	4 273	3 124	3 242	.	.
1987 .....	901 267	418 700	482 567	7 287	4 238	3 049	3 222	.	.
1988 .....	900 600	417 416	483 184	6 822	4 038	2 784	2 825	.	.
1989 .....	903 412	417 085	486 327	6 582	3 862	2 720	2 723	.	.
1990 .....	921 445	425 093	496 352	6 385	3 720	2 665	2 488	1 468	1 020
1991 .....	911 245	421 818	489 427	5 711	3 279	2 432	2 101	1 194	907
1992 .....	885 443	410 583	474 860	4 992	2 851	2 141	2 039	1 184	855
1993 .....	897 270	415 874	481 396	4 665	2 687	1 978	1 891	1 088	803
1994 .....	884 661	409 375	475 286	4 309	2 454	1 855	1 853	1 079	774
1995 .....	884 588	410 663	473 925	4 053	2 324	1 729	1 839	1 064	775
1996 .....	882 843	408 082	474 761	3 962	2 272	1 690	1 867	1 076	791
1997 .....	860 389	398 317	462 072	3 951	2 260	1 691	1 779	1 008	771
1998 .....	852 382	393 447	458 935	3 668	2 089	1 579	1 678	946	732
1999 .....	846 330	390 742	455 588	3 496	1 980	1 516	1 685	949	736
2000 .....	838 797	388 981	449 816	3 362	1 917	1 445	1 594	896	698
2001 .....	828 541	383 887	444 654	3 163	1 815	1 348	1 498	861	637
2002 .....	841 686	389 116	452 570	3 036	1 670	1 366	1 507	843	664
2003 .....	853 946	396 270	457 676	2 990	1 700	1 290	1 494	873	621
2004 .....	818 271	383 388	434 883	2 918	1 629	1 289	1 446	806	640
2005 .....	830 227	388 554	441 673	2 696	1 541	1 155	1 330	768	562
2006 .....	821 627	385 940	435 687	2 579	1 429	1 150	1 324	715	609
2007 .....	827 155	391 139	436 016	2 656	1 518	1 138	1 424	824	600
2008 .....	844 439	397 651	446 788	2 414	1 381	1 033	1 220	691	529
2009 .....	854 544	404 969	449 575	2 334	1 339	995	1 220	679	541
2010 .....	858 768	409 022	449 746	2 322	1 294	1 028	1 175	648	527
2011 .....	852 328	407 628	444 700	2 408	1 347	1 061	1 250	702	548

**Tabelle 2:** Suizidraten der letzten 60 Jahre in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2011)



**Abbildung 1:** Suizidraten nach Geschlecht und Jahreszeit (Rübenach, S. (2007). *Todesursache Suizid*. Statistisches Bundesamt. S. 969)

**Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Seminararbeit mit dem Thema

**Suizidale Stimmungen als Symptom?**

Eine Untersuchung der suizidalen Stimmungen des Patienten Christian Y anhand der  
Symptom-Kontext-Methode von Lester Luborsky

selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe.

Die Übernahme wörtlicher Zitate sowie die Verwendung der Gedanken anderer Autoren habe ich an den entsprechenden Stellen der Arbeit kenntlich gemacht.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Xenia Bukowski

Berlin, den 30.09.2013