

Der Grund meines Unfalls war eine suizidale Krise

Inhaltsverzeichnis:

Erscheinungsbild und Hypothesenbildung:	2
Die „normale“ Krise:	4
Die suizidale Krise als innerseelisches Problem:	5
Hypothese der Entstehung einer innerseelischen spezifischen Konfliktverarbeitungsstörung:	6
Suizidalität und Sucht:	9
Schritte der Destruktivität und ihre Therapiemöglichkeiten:	10
Enttäuschungswut:	12
Kränkungswut:	13
Projektion der Wut auf Andere:	14
Der masochistische Triumph:	16
Die Wahl der Selbstmordmittel:	19
Schwere der Störung und auslösender Konflikt:	21
Das präsuizidale Syndrom:	23
Therapie der Krise und des Zustandes nach Suizidversuch:	24

Erscheinungsbild und Hypothesenbildung:

Die suizidale Krise entsteht in der Regel aus einem äußeren Konflikt, der innerseelisch eine starke Erschütterung mit dem Gefühl der Ausweglosigkeit auslöst. Diese Ausweglosigkeit ist verbunden mit dem Wunsch nach Selbstschädigung bis Selbstzerstörung – als einzigen Weg diese Krise zu überwinden und „Ruhe zu finden“.

Die suizidale Krise besteht aus einem

- äußeren Konfliktereignis und
- einer innerseelischen „neurotischen“ Störung mit Konfliktfehlverarbeitung

Die suizidale Krise ist damit die einseitige, resignative und destruktive Reaktion auf eine äußere, z. T. selbst herbei geführte Krisensituation. Entscheidend ist nicht die Tatsache einer Krise, sondern die Form der Krisenbewältigung: der suizidale Mensch kann nicht aktiv und konstruktiv handeln, um die Krise abzuwenden. Er kann auch nicht jemanden bitten, ihm zu helfen. In der suizidalen Krise erlebt dieser Mensch die Krisensituation als eine schicksalshafte Kränkung und Benachteiligung und als Beweis der Sinnlosigkeit seines Lebens. In einer Verkennung und Umkehrung der Beziehungsrealität ist er gekränkt, dass gerade ihm so etwas passieren muss – ein

Verlassenwerden, ein Bankrott, ein Versagen in einer Prüfung.

Die suizidale Krise ist für ihn nicht der Anfang einer Wende, sondern der Anfang vom Ende. Sie ist nicht der Anstoß seine illusionäre Lebenserwartung der Realität anzupassen, sondern sich durch Selbstmord aus dem Konflikt heraus zu ziehen. Auf dem Höhepunkt der Krise zieht er sich völlig zurück und wird für aktive Außenhilfe nahezu unerreichbar.

Die „normale“ Krise:

Die suizidale Krise ist in der Regel kaum ein Problem der realen Schicksalsbelastung. Im Gegenteil, Menschen werden durch Schicksalsschläge wie z. B. im Krieg mit Verlust von Angehörigen, mit Verlust von Hab und Gut, Bedrohung, Vergewaltigung oder Vertreibung, zu ungewöhnlichen Höchstleistungen angespornt, die ihnen sonst kaum möglich wären.

Schicksalshafte reale Krisen fordern den „gesunden Menschen“ heraus. Die Krise – übersetzt: Umschlagspunkt – wird damit zur Lebenswende. Und am Ende ist das erreichte Ergebnis sogar oft besser, als die Situation zuvor, wie z. B. der Wiederaufbau eines zerstörten Landes nach dem Krieg, mit neuen wirtschaftlichen Perspektiven. Die Krise ist sogar im Leben eines Menschen eine berechtigte Herausforderung und Realitätskorrektur. Die Realanforderung, etwa durch die Trennung und das Verlassenwerden von einem Partner zwingt, vom bisherigen sozialen „Dornröschenschlaf“ aufzuwachen und alle Ressourcen zu mobilisieren für eine bessere und realitätsgerechtere Lebensperspektive.

Die suizidale Krise als innerseelisches Problem:

Die suizidale Krise beginnt bei einem Umschlag von konstruktiver Aktivität in destruktive Resignation. Sie ist weitgehend unabhängig von der Kausalität der Außenereignisse.

Die Suizidalität, die geplante Selbstzerstörung, ist damit ein fast ausschließlich innerseelisches Problem. In einigen Anteilen ist diese Reaktion sogar ein seelisches Arrangement, denn Krisenbewältigung führt in der Regel zu aktiv konstruktiven Gegenmaßnahmen. Damit ist die Suizidalität Ausdruck einer speziellen, innerseelischen Konfliktverarbeitungsstörung.

Hypothese der Entstehung einer innerseelischen spezifischen Konfliktverarbeitungsstörung:

Wie kann sich eine suizidale Krise mit destruktiver Resignation bis Suizid mit tödlicher Selbstbestrafung als innerseelisches Problem entwickeln?

In solchen Lebensgeschichten findet man schon in der frühen Kindheit und damit der prägenden Sozialisationsphase nicht selten eine bezeichnende, widersprüchliche Eltern-Kind-Beziehungskonstellation.

- Dieser Mensch ist als Kind, so wie er ist, meist nicht gewollt. Das Mädchen sollte z.B. ein Junge sein, oder aus sozialer Not der Eltern ist kein Kind mehr erwünscht. Der für diese Eltern meist unbewusste Prozess der Ablehnung führt in der Regel zu einer Gegenmaßnahme im realen Verhalten. Die existenzielle Ablehnung führt oft zu einer kompensatorischen materiellen Verwöhnung aus „schlechtem Gewissen“ oder als „Wiedergutmachung“. Daraus entwickelt sich u. a. eine Passivität des Kindes mit Erwartungshaltung für materielle Versorgungsansprüche, die wegen ihres Kompensationscharakters die üblichen Versorgungsangebote von Eltern übersteigt.

- Weil das „Sein“ nicht genügend geschätzt wird, bekommt der „Schein“ und die Selbstdarstellung eine größere Bedeutung. Tief im Inneren fühlt sich der Mensch minderwertig und kompensiert dies mit einem überhöhten Ich-Ideal. Sein Realbild kann jedoch gegenüber diesem Idealbild nicht Stand halten. Der Mensch versucht eine „als-ob-Lösung“ in seinem Erscheinungsbild im Sinne einer narzisstischen Neurose. Jede Realitätskonfrontation offenbart jedoch den eigentlichen Größenmangel, die Diskrepanz zwischen Selbst-Ideal und Realität und wird dadurch zu einer potenziellen Infragestellung und Kränkung.

So entsteht aus dem Nein zur Existenz und der kompensatorischen materiellen Verwöhnung ein passiver Versorgungsanspruch und eine narzisstische Selbstüberhöhung. Eine soziale Ablehnung wie bei einer Partnertrennung erlebt dieser Mensch dann:

- als Wiederauflage seiner existenziellen Ablehnung
- als Ablehnung seiner Versorgungserwartung und
- als Infragestellung seiner kompensatorischen Grandiosität und damit als persönliche Kränkung.

Er versucht zunächst:

- den Anderen abzulehnen und damit die Verletzung ungeschehen zu machen oder als unwichtig darzustellen,
- parasitäre Versorgungsansprüche zu stellen, bis zur Frühberentung durch den „Vater Staat“,
- den Anderen zu entwerten und schlecht zu machen, um dadurch die relative eigene Überlegenheit zu steigern.

Gelingt diese Strategie nicht, dann bricht diese Abwehrstrategie zusammen und führt zu einer suizidalen Krise und Handlung, als Fremdbestrafung durch Selbstbestrafung mit:

- Ablehnung von sich selbst als Partner des Anderen,
- mit Versorgungsverweigerung in der Selbstzerstörung,
- mit dem Erhalt der Grandiosität durch Tod wie bei dem – Titanic-Syndrom, bei dem der Kapitän – der nach Fehleinschätzungen der realen Eisberggefahr und damit auch einer Selbstüberschätzung mit seinem Riesenschiff unterging, um die Kapitänssehne zu wahren.

Suizidalität und Sucht:

Die Sucht mit Tabletten, Alkohol oder Drogen ist ebenfalls ein Selbstmord auf Raten. Diese Suizidalität unterscheidet sich von der hier beschriebenen durch ihren primären Lustcharakter, der Wahl des Suizidmittels z. B. Alkohol und dem geringeren Anteil an primärer und direkter Destruktivität. Die Sucht ist über das Suchtmittel dosierbar. Ihr liegt aber ebenfalls eine tiefere Konfliktvermeidungsstrategie und Realitätsstörung zugrunde. Das Ergebnis ist wie in der suizidalen Krise das Gleiche: die Sucht endet ebenfalls in ausgeprägten Fällen tödlich.

Schritte der Destruktivität und ihre Therapiemöglichkeiten:

Die suizidale Krise umfasst einen äußeren Konfliktanteil und eine innerseelische „neurotische“ Störung und Fehlverarbeitung.

Der äußere Konfliktanteil zeigt sich in der Suizidalität vor allem im Bilanzsuizid. Der Bilanz-Suizid ist der Suizid der mittleren und älteren Lebensphase mit vorwiegender Enttäuschung in der beruflichen und privaten Realitätsentwicklung.

Dieser äußere Konfliktanteil der suizidalen Krise entsteht durch eine Realitätsbelastung wie Partnerverlust durch Trennung oder „Seitensprung“, Machtverlust durch Degradierung oder ungerechtfertigte Unterordnung, sowie Prestigeverlust mit Beschämung und Kränkung.

Der innere Konfliktanteil einer suizidalen Krise ist Ausdruck einer neurotischen Konfliktverarbeitungsstörung. Nicht die äußere Realitätsbelastung ist entscheidend für die Krise, vor allem als suizidale Krise, sondern das innerseelische Erleben mit gestörter Belastungsfähigkeit und Konfliktverarbeitung.

Die vorwiegenden Strukturen bilden vor allem die narzisstische Neurose als Selbstwert- und Identitätsproblematik und die depressive Neurose, mit Passivität und dem Erleben, nicht genügend lebenswert zu sein (siehe auch den Artikel: Suizidale Krise, Erscheinungsbild und Hypothesenbildung).

Im weiteren sollen die einzelnen Gefühls- und Erlebensanteile der suizidalen Krise und des Suizids beschrieben werden sowie deren Therapie.

Enttäuschungswut:

Durch Realbelastung, wie beruflichen und sozialen Abstieg oder Partnerverlust erlebt ein Mensch in einer suizidalen Krise zunächst eine reale Enttäuschung als Folge seiner regelhaft falschen Lebenserwartung, seiner Realitätstäuschung. Er hatte die Vorstellung: wenn ich alles für meinen Partner tue, ihn verwöhne und auf Händen trage, kann ich erwarten, dass er mir dies dankt und mich liebt und dies dadurch sichtbar wird, dass er mich ebenfalls verwöhnt.

Diese Vorstellung ist jedoch eine Täuschung, die Spielregeln der Beziehung laufen anders. Eine solche Enttäuschung führt als Krise üblicherweise nicht zu einer Selbstmordkrise, sondern eher zu einer Konfliktklärung oder als neurotische Entwicklung zu einer depressiven resignativen Verstimmung mit sozialem Rückzug und Enttäuschungswut.

Kränkungswut:

Der selbstzerstörerische Anteil einer suizidalen Krise entsteht meist durch eine spezielle Kränkungswut, eine innere „Majestätsbeleidigung“ als Folge der Selbstüberschätzung und Identitätsproblematik einer zugrunde liegenden narzisstischen Neurose.

Der Mensch fühlt sich als Ausdruck einer gestörten Selbstwerteinschätzung sehr schnell als „minderwertig“. Denkbar ist oft zunächst das Gegenteil, in der sich dieser Mensch als besonders toll fühlt, als phantastisch gut, bis er in seiner Selbstüberschätzung in einer realen Bewährungssituation wie bei einer Prüfung im Vergleich mit den Anderen oder einer Partnertrennung versagt und von diesen Anderen als weniger gut bis schlecht und damit subjektiv als minderwertig benotet wird.

Projektion der Wut auf Andere:

Der narzisstisch gekränkte und sozial enttäuschte Mensch fühlt sich durch diese Anderen gedemütigt und beschämt in seinem überhöhten inneren Selbstbild. Die Anderen sind die Bösen, die Anderen müssen sich ändern, die Anderen sind verantwortlich an seiner Niederlage, seiner Blamage und seinem Versagen. Die Situation ist zu vergleichen mit einem Geisterfahrer auf der Autobahn, der im Radio hört: Achtung, es kommt Ihnen ein Geisterfahrer entgegen – und in der Realitätsverkennung ausruft: nicht nur Einer, sondern Viele, Viele, Viele!

Übersteigt das Maß dieser Kränkung die Möglichkeit der Reparatur, der Wiedergutmachung, der seelischen und sozialen Korrektur durch fremde Zuwendung oder eigene Aktivität, so entsteht das Gefühl von Hass und Vernichtung. Ich vernichte diese Realität der Anderen, in dem ich gleichsam das Licht ausschalte, die Tür zuschlage, mich selbst umbringe. Eine entscheidende innerseelische Voraussetzung für eine suizidale Krise und damit für die selbstmörderische „Konfliktlösung“ ist also die ausgeprägtere narzisstische Störung, die eigene Selbstwert- und Identitätsproblematik, die auf die Anderen projiziert und als deren Fehlverhalten erlebt wird. Alle anderen werden zum „Geisterfahrer“, nur man selbst fährt in die richtige Richtung.

Die innere Eichkurve ist viel zu hoch eingestellt, kann nicht auf die Nulllinie der sozialen Norm zurück gestellt werden, weil ich mich meiner inneren Illusion von Größe und Grandiosität verpflichtet fühle. Ich bin meinem Idealbild von mir, meinem Ideal-Selbst verpflichtet und versuche mit dieser Strategie meine „Minderwertigkeits-Komplexe“ abzuwehren.

Der masochistische Triumph:

Alle Ablehnung durch Andere ist aus diesem Erleben nicht Folge meines Fehlverhaltens, alle Niederlagen nicht Folgen meiner Schwäche, sondern aus dieser inneren Verkennung heraus „einseitige, ungerechte, niederträchtige Zerstörung der Anderen“. Ich werde diese Ungerechtigkeiten der Anderen dadurch bestrafen, dass ich mich selbst zerstöre und mich dadurch den Anderen wegnehme.

Der „masochistische Triumph“ dieses Menschen mit Fehleinstellung und Realitätsverkennung verdeutlicht sich in der alt bekannten Anklage eines Kindes an seine Mutter: „du wirst schon sehen, was du davon hast, wenn ich mir die Finger erfriere, hättest du mir doch rechtzeitig Handschuhe gekauft!“

Dieser Realitätskonflikt, vor allem als Beziehungs- oder Prestigeverlust, kann durch eine narzisstische Selbstzerstörung nicht angemessen verarbeitet und gelöst werden. Eigentlich ist mit dem Selbst-Mord nicht der Selbstmörder, sondern eine andere nahe stehende Konflikt auslösende Person gemeint.

Diese Selbstzerstörung steht an Stelle einer Fremdzerstörung und Fremdbestrafung. Der Grund dieser Zerstörung ist meine auf Andere projizierte innere „Minderwertigkeit“, um meine innere Grandiosität zu schützen und zu erhalten.

Diese Anderen bestrafe ich dadurch, dass ich meine Grandiosität zerstöre und sie dadurch den Anderen weg nehme – weg zu nehmen glaube, denn es handelt sich letztlich um einen tragischen Irrtum, um eine Konfliktumkehr.

Diese Gleichsetzung von Selbst- und Fremd setzt eine spezifische Beziehungsstörung zu sich selbst und den Anderen voraus.

Als Narzisst beziehe ich mich nicht auf das anders sein des Anderen, sondern sehe in dem Anderen lediglich eine Ergänzungsmöglichkeit und Vollendungshilfe meiner in mir gesehenen Größe. Der Selbstmord erfüllt auch die tiefe Illusion, dass „die Anderen diese Größe von mir eigentlich gar nicht wert sind“.

Ich bin unfähig ein Anderssein außerhalb von mir zu sehen und anzuerkennen. Damit bin ich auch unfähig mit dem Anderen einen Kompromiss zu schließen, eine psycho-soziale Kompromisslösung zu finden, als die wohl einzige realistische und dauerhafte Form einer Beziehungsgestaltung. Im psycho-sozialen Kompromiss verzichtet jeder von uns beiden auf einen Teil der Wunscherfüllung.

Erfüllt werden kann nur der vom Anderen akzeptierbare Anteil meiner Wünsche. Dafür aber erhalte ich von dem Anderen etwas „ganz anderes,

ganz Neues“, was ich sonst nicht bekommen hätte.
Am intensivsten gelingt dies in der Liebe der
Zweierbeziehung, durch Schaffung von etwas „ganz
Neuem“, einem gemeinsamen Kinde, in dem wir uns
wieder erkennen und gemeinsam weiterleben.

Die Wahl der Selbstmordmittel:

Auch die Wahl des Selbstmordmittels, die Wahl der Selbstvernichtung, hat eine gewisse symbolische Bedeutung und ermöglicht ein Stück tieferer Konflikterkennung. Diese Selektion ist teilweise abhängig vom individuellen Grundkonflikt, der durch die Wahl der Mittel ungeschehen gemacht werden soll.

- Tabletten bedeuten meist einen Mangel an mütterlicher bedingungsloser Zuwendung, mit mehr appellativem Charakter nach Hilfe, da dieser Prozess länger dauert und von den Anderen unterbrochen werden kann.
- Gift als Gifttrank oder als Injektion ist wesentlich gefährlicher und endgültiger und damit autodestruktiver
- Auto-Auspuffgase als „analer“ stinkender Konflikt mit von außen erstickt und unterdrückt werden, signalisiert u. a. Machtkampf
- Erhängen erinnert an die „Nabelschnur“, die noch nicht richtig getrennt ist
- Ein ähnlicher symbiotischer Verschmelzungswunsch ist auch beim Ertrinken vorstellbar, ein Zurückholen in die

Totalversorgung und Bedingungslosigkeit der Wärme und des Umflossenseins im Mutterleib

- Erschießen erinnert an ein Duell mit männlich-väterlicher Macht- und Rivalitätsproblematik
- Unter den Zug werfen signalisiert mehr einen tieferen Vaterkonflikt. Der Zug ist ein Vatersymbol, das diesen Menschen zerfleischt und „kastriert“.
- Als Ausdruck von Macht-Ohnmacht dient neben Erschießen oder unter den Zug werfen auch der selbst herbei geführte Autounfall. Das Auto wird dabei gleichsam als eine Kanonenkugel benutzt, gegen sich selbst wie beim Brückenpfeiler oder Baum oder gegen den Anderen beim Zusammenstoß.

Schwere der Störung und auslösender Konflikt:

Als allgemeine Hypothese kann gelten:

je endgültiger die Selbstmordwahl, desto schwerer ist die innere Störung und damit auch die suizidale Krise.

Je kleiner und unbedeutender die Konflikt auslösende Realsituation sein muss, um zu einer suizidalen Krise zu führen, desto schwerer ist die innerseelisch narzisstische Neurose anzunehmen, als Ausdruck einer Konfliktverarbeitungsstörung.

Je größer die appellative Haltung in der suizidalen Krise oder Suizidhandlung, desto stärker ist der unausgesprochene Wunsch nach Hilfe und Korrektur und damit auch der Wunsch nach Therapie und Wiedergutmachung. Entsprechend relativ günstig ist die Therapieprognose.

Je zerstörender die Selbstmordhandlung, desto größer ist die Destruktivität und damit die narzisstische Störung und die Ablehnung von Hilfe mit entsprechend schlechter Prognose.

Selbstmord ist immer letztlich ein Mord, bei dem Täter und Opfer identisch sind, aber eigentlich ein Anderer gemeint ist.

Das präsuizidale Syndrom:

Vor einem Selbstmord kommt es in der Regel zunächst zu einer Erregungsphase, in der einem anderen Menschen meist die Selbstmordabsicht mitgeteilt wird. Dieses sich anvertrauen ist gleichsam der letzte Versuch einer Konfliktklärung, in dem einem Anderen die „Chance zur Hilfe“ eingeräumt wird.

Danach folgt die Krise des „präsuizidalen Syndroms“ (Ringel) mit fatalistischer Ruhe. Die suizidale Handlung wird beschlossen und vorbereitet. In dieser Phase ist noch Hilfe möglich. Danach wird in unheimlicher Konsequenz die suizidale Handlung eingeleitet.

Therapie der Krise und des Zustandes nach Suizidversuch:

Je größer die Selbstmordgefahr, je gefährlicher die Selbstmordmethode und je weniger erreichbar dieser leidende Mensch, desto mehr ist ein Schutz durch Andere, eine vorüber gehende Überwachung und Unterbringung notwendig. Dies geschieht in der Regel durch Einweisung in eine Nervenlinik, meist auch mit entsprechender Medikamentenverabreichung.

Die Psychotherapie als spezifische therapeutische Hilfe in einer suizidalen Krise sollte in einem möglichst frühen Stadium einsetzen. In leichteren Fällen geschieht dies als ambulante Kriseninterventionsgespräche, in schweren Fällen als eine anfängliche stationäre psychotherapeutische Behandlung mit anschließender ambulanter psychotherapeutischer Weiterbehandlung vor Ort.

Notwendig ist in der suizidalen Krise und nach Suizidversuch:

- zunächst den Patient anzunehmen und zu stützen
- um danach den innerseelischen Konflikt zu finden und zu klären.

Wichtig ist die Entlastung durch das Aussprechen. Über das Medium Sprache wird der sprachlose innerseelische verborgene Konfliktanteil in einen Beziehungskonflikt umgewandelt, und wird danach mit dem Therapeuten und ggf. der therapeutischen Gruppe oder den Angehörigen darstellbar und besprechbar.

Dieses offene Aussprechen, das Anteil nehmende Entlasten und gemeinsame Klären mit Umwandlung des innerseelischen Konfliktes in einen konstruktiven Beziehungskonflikt ist Grundlage der Therapie. Die Destruktivität der suizidalen Krise muss in konstruktives aber auch realistisches Handeln umgewandelt werden.

In der Hardtwaldklinik II geschieht dies durch eine stationäre Psychotherapie. Das stationäre Geschehen ermöglicht eine Konfliktdarstellung und Aufarbeitung der suizidalen Krise in der Therapeuten-Patienten- und Mitpatientenbeziehung.

In diesem Beziehungsgeflecht der Klinik erkennen vor allem die Mitpatienten in ihrem unmittelbaren, ganztägigen Kontakt die Fehleinschätzungen und Fehlverhaltensweisen eines Menschen in suizidaler Krise. Sie äußern sich in ihrer subjektiven Verschiedenheit aus dem miterlebten Klinikalltagsgeschehen, was die Überzeugungskraft ihrer Argumente steigert.

Den vielen, Anteil nehmenden und kritischen, Augen der Mitpatienten entgeht meistens nichts.

In einer spezifischen multimodalen Psychotherapie aus Einzelgesprächen, Gruppentherapie, übenden und entspannenden Verfahren kann der im Klinikalltag mobilisierte und erkennbar gewordene Konflikthalt der suizidalen Krise, geklärt und verarbeitet werden.

Ziel ist die Mobilisierung von Ressourcen und der Versuch von alternativen Verhaltensmöglichkeiten. Dabei ist es oft hilfreich, einen wichtigen Angehörigen in das Gespräch mit einzubeziehen.

Nach Abklingen der akuten suizidalen Krise und nach einer ausreichenden seelischen Stabilisierung ist mit der Entlassung die ambulante Fortsetzung der Psychotherapie im Patientenalltag notwendig.

Diese Psychotherapie sollte schon in der stationären Phase vorbereitet und eingeleitet werden, damit diese sensiblen und irritierbaren Patienten in der subjektiv beschämenden Situation der Alltagskonfrontation nicht „in ein Loch fallen“.

Die therapeutische Erreichbarkeit ist nicht nur abhängig von dem Ausmaß der narzisstischen Neurose und der jeweiligen passiven Erwartungshaltung, sondern auch von der Angehörigenreaktion. Prognostisch wichtig ist eine

konstruktive Reaktion mit Versöhnungsbereitschaft und Erreichbarkeit der für den Patienten wichtigsten Bezugspersonen, vor allem wenn sie in den neurotischen Konflikt involviert sind.

Quelle: <https://www.wicker.de/kliniken/hardtwaldklinik-ii/behandlungsschwerpunkte/erkrankungen-a-z/suizidale-krise-teil-1/>

Heute ist der 10. Februar 2021 und das habe ich erst jetzt nach 40 Jahren herausgefunden, denn meine suizidale Krise war 1981!

Oliver Range

<https://hypnose-bad-aibling.de/die-suizidale-krise/>