

# WISSENSCHAFTSTHEORETISCHE UND PSYCHOANALYTISCHE ASPEKTE ZUR WEIBLICHEN SUIZIDALITÄT

*Benigna Gerisch*

## Zusammenfassung

Ausgangspunkt ist die mehrjährige psychotherapeutische Arbeit mit einer suizidalen Klientel und die Beobachtung, daß Frauen zwar doppelt so häufig Suizidversuche wie Männer unternehmen, aber das Thema der weiblichen Suizidalität in kaum einer der suizidologischen Untersuchungen einer eigenständigen Betrachtung unterzogen wird. Es zeigt sich vielmehr, daß die vermeintlich objektiven Fakten zum geschlechtsspezifischen Suizidverhalten eine Reproduktion von Geschlechtsrollenstereotypen sind, mit denen lediglich die Mythen über die Differenz der Geschlechter im Gewand einer Theoriebildung fortgesetzt bestätigt werden. Als Ergebnis wird die These vertreten, daß ein differenziertes Verständnis der Suizidalität nur dann möglich erscheint, wenn die traditionellen Erklärungsversuche einschließlich ihrer männlichen Weiblichkeitsimaginationen kritisch hinterfragt werden, und, auch im Hinblick auf die Genese von Suizidalität, eine notwendige Unterscheidung der Konstituierung von weiblicher und männlicher Identität und Subjektivität erfolgt. Vor diesem Hintergrund werden aus psychoanalytischer Sicht zwei Hypothesen zur Entstehung von weiblicher Suizidalität diskutiert.

**Schlüsselwörter** weibliche Suizidalität - Geschlechtsrollenstereotypen - weibliche Identität und Subjektivität - Separations- und Individuationsprozeß

## Summary

The paper is based on many years of experience in psychotherapeutic work with suicidal patients, leading to the observation that although suicide attempts occur twice as often among women than men, the subject of female suicidality rarely receives separate attention in suicidology studies. In fact, it is apparent that the presumed objective facts regarding gender specific suicidal behaviour are a reproduction of gender role stereotypes, which merely continue to confirm the myths about gender differences in the disguise of theory formulations. The resulting theory argues that a differentiated perception of suicidality is only possible if the traditional explanatory attempts, including the male imagination of femininity, is critically questioned and, also with respect to the genesis of suicidality, a necessary distinction between the constitution of male and female identity and subjectivity occurs. On this basis two hypotheses regarding the origins of female suicidality are discussed from a psychoanalytical viewpoint.

**Keywords** female suicidality - gender-role-stereotypes - female identity and subjectivity - separation- and individuation-process

## Einleitung

Das Ausmaß auch der weiblichen Suizidproblematik hat gerade in der westlichen Welt eine außerordentliche Brisanz. In Deutschland (alte und neue Bundesländer) starben 1997 12.201 Menschen durch Suizid, davon 8.802 Männer und 3.399 Frauen. Männer suizidieren sich demnach mehr als doppelt soviel wie Frauen (vgl. Fiedler 1998). Die Suizidrate, das heißt die Anzahl der Suizide auf 100.000 Einwohner, betrug 14,9, bei den Männern 22,0 und bei den Frauen 8,1.<sup>1</sup> Bei den Todesursachen in der Altersgruppe der 20 - 40jährigen zählt der Suizid zu den häufigsten Todesursachen, während mit höherem Lebensalter die Suizidrate, und zwar bei beiden Geschlechtern, noch einmal deutlich zunimmt. In der Suizidforschung trifft man häufig auf den bemerkenswerten Vergleich von Verkehrs- und Suizidtoten, nach dem seit einem halben Jahrzehnt die Zahl der Suizidtoten die der Verkehrstoten übersteigt. So starben 1997 in Deutschland weniger, d.h. 8.168 Menschen durch einen Verkehrsunfall als durch einen Suizid. Dieser Vergleich verrät das dem Suizid immer schon anhaftende Phänomen, nämlich das seiner Tabuisierung, d.h. es scheint im Alltagsbewußtsein eher das Bild eines Verkehrstoten als das eines Suizidanten zu existieren.

Da für Suizidversuche seit Mitte der sechziger Jahre keine Meldepflicht mehr besteht, ist man hier auf Klinikstatistiken und Schätzungen angewiesen. Kein Zweifel besteht in der Forschung darüber, daß bei den Suizidversuchen, und dies gilt absolut für die Altersstufe der 15-24jährigen, das weibliche Geschlecht deutlich überwiegt. Üblicherweise wird bei den Suizidversuchen von einem Verhältnis bei Frauen zu Männern von 2:1 ausgegangen, doch läßt sich ein Trend von 3:1 beobachten. Das Verhältnis von Suiziden zu Suizidversuchen wird in der Literatur um 1:10 für Männer und um 1:30 für Frauen angegeben. Aktuelle Schätzungen bewegen sich derzeit zwischen 100.000 und 400.000 Suizidversuchen im Jahr (vgl. Fiedler 1998).

Nähert man sich der gegenwärtig kaum mehr vollständig zu überblickenden Fülle an Suizidliteratur (vgl. Bronisch 1995), so trifft man neben der Reziprozität von Suizidproblematik und gesellschaftlicher Tabuisierung noch auf ein anderes Phänomen, nämlich auf die lediglich vergleichende und somit lückenhafte Darstellung der weiblichen Suizidproblematik.

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt. Vorläufiges Jahresergebnis 1997.

Auch wenn Schwarz schon 1946 konstatierte, daß das Problem der Geschlechtsbeteiligung vielleicht das interessanteste Selbstmordproblem sei, ist bemerkenswert, daß die hohe Suizidversuchsanfälligkeit von Frauen, abgesehen von vergleichenden Untersuchungen mit Männern, auch gegenwärtig kaum eigens abgehandelt wird. Sucht man nach Arbeiten, die sich explizit mit dem weiblichen Suizidverhalten befassen, ist die Anzahl gering (vgl. u.a. Canetto 1992; Canetto u. Lester 1995; Kneissl 1984; Lindner-Braun 1990; Rachor 1995; Suter 1976), und sie reduziert sich um ein Weiteres, wenn man psychoanalytische Studien (vgl. z.B. Dührssen 1967; Freud 1920a) über weibliches Suizidverhalten zu finden versucht. Eine Ausnahme bilden die psychoanalytischen Adoleszenztheoretiker, die zum Teil sehr differenzierte Thesen zum Suizidverhalten von Jugendlichen formuliert und geschlechtsspezifische Unterschiede rezipiert haben (vgl. u.a. Berger 1989, 1999; Laufer u. Laufer 1984; Laufer 1995).

Diese Auslassung erstaunt um so mehr, wenn man bedenkt, daß Frauen auch aufgrund ihrer generell weitaus häufigeren Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Psychotherapie, Kliniken, Beratungsstellen etc.) den Hauptanteil von Suizidantenkollektiven bilden und damit zu einem wie auch immer theoretisch ausgerichteten Forschungsgegenstand schlechthin werden müßten.

### **Wissenschaftstheoretische Aspekte zur weiblichen Suizidalität**

In mehreren Arbeiten (vgl. Gerisch, 1996, 1997, 1998, 1999) konnte ich durch eine umfassende kritische Sichtung der epidemiologischen, medizinisch-psychiatrischen und psychoanalytischen Erklärungsmodelle zeigen, daß es bislang zu einer durchgehenden historischen Ausblendung einer eigenständigen Betrachtung von weiblicher Suizidalität und der Geschlechtsgebundenheit von suizidalem Verhalten überhaupt gekommen ist. Dies mag zum einen dadurch zu erklären sein, daß die Autoren der traditionellen Erklärungsmodelle fast ausnahmslos Männer sind; zum anderen aber drängt sich der Verdacht auf, daß Freuds (1933a) Bekenntnis, ihm sei das weibliche Geschlecht stets rätselhaft und unverständlich geblieben, nicht nur die postfreudianische, sondern die generelle Theoriebildung nachhaltig geprägt zu haben scheint. Noch entscheidender ist aber die Annahme, daß eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Suizidalität - dies gilt ebenso für andere Krankheitsbilder und pathologische Erscheinungen - auch nie intendiert gewesen ist, weil das "androzentrische Vorurteil" (Zilboorg 1944) einschließlich der Gleichsetzung des Menschen mit dem Mann eine solche Perspektive a priori

aufhebt. Die epidemiologischen, medizinisch-psychiatrischen und psychodynamischen Erkenntnismodelle ähneln sich darin, daß hier wie dort das männliche Verhalten, Erleben und Empfinden nicht nur der eigentliche Untersuchungsgegenstand, sondern auch stets der normsetzende ist, während dem Weiblichen immer nur eine untergeordnete, abgeleitete oder unsichtbare Position zugewiesen wird. Frauen, so zeigte sich, werden in der Suizidologie, wie es bereits Beauvoir (1951) mit ihrem bekannten Terminus postulierte, vorrangig als das "andere Geschlecht", also in ihrer vom Mann abgeleiteten Identität definiert.

Berücksichtigt man die lange - längst nicht überwundene - Tradition einer patriarchalischen Kultur- und Wissenschaftsgeschichte, die der "Affirmierung männlicher Selbstdefinition und Welterfahrung" (Rohde-Dachser 1991) diene und in der die Frau immer schon vom Mann definiert wurde, also in ihrer eigenen Subjekthaftigkeit nicht auffindbar ist, so gilt für die Erforschung der weiblichen Suizidalität Analoges. Die feministische Wissenschaftskritik (vgl. Bovenschen 1979; Hausen u. Nowotny 1986) hat gezeigt, daß das männliche wissenschaftliche Denken mit seinem universalistischen Anspruch die eigene Geschlechtsgebundenheit leugnet und sich zum Allgemeingültigen erklärt. Dies hat zur Folge, daß spezifisch weibliche Lebenszusammenhänge und Artikulationsweisen entweder ausgeblendet oder nicht hinreichend erfaßt werden können und die Geschlechterdifferenz auch dort implizit enthalten ist, wo sie nicht explizit thematisiert wird. Erst kürzlich gelangte die amerikanische Autorin Canetto (1992) durch ihre wissenschaftskritische Sichtung anglo-amerikanischer empirischer Studien zum geschlechtsspezifischen Suizidverhalten zu der provokanten These, daß die vermeintlich objektiven Fakten des Suizidverhaltens nur als eine Reproduktion von Geschlechtsrollenstereotypen zu interpretieren seien. Der wissenschaftliche "circulus vitiosus" bestünde darin, daß der Blick der Wissenschaftler und damit die traditionellen Suizidtheorien in einem hohen Maße von männlichen und weiblichen Geschlechterstereotypen beeinflusst seien, die wiederum ein normativ angepaßtes männliches bzw. weibliches Suizidverhalten evozierten und vice versa das Vorverständnis der Suizidologen prägten. Die Autorin postuliert, daß nicht nur das individuelle Suizidverhalten kultur- und geschlechtsabhängig ist, sondern daß auch der Wissenschaftler von kulturell bedingten Annahmen über die Differenz der Geschlechter geprägt ist, was dazu führe, "daß das, was die Forscher ‚fänden‘, davon abhängt, wonach sie suchten und bereit seien zu erkennen" (S. 13; Übersetzung von mir, B.G.; vgl. auch Gerisch u. Köhler 1993, Anmerkung 1; Kneissl 1984; Kuhn 1962; Rachor 1995; Suter 1976).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Bemerkenswert ist, daß die hier angeführten Thesen ihre Bekräftigung aus einer ganz anderen Forschungsrichtung erhielten. In dem kürzlich erschienenen Buch "Trauer, Verzweiflung und Anfechtung. Selbstmord und Selbstmordversuche in mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Gesellschaften" (1994) kommen die Autoren und Autorinnen aus Rechts-, Literatur- und Religionswissenschaft unisono zu folgender These: "Zumindest in einem Punkt aber überschneiden sich diese Vorstellungen und Haltungen (zum Selbstmord, B.G.), und dies über die Jahrhunderte hinweg: Sie sind eng mit den herrschenden Geschlechterstereotypen und dem sozialen Status der Betroffenen verwoben" (Signori 1994, S. 7; Hervorhebung von mir, B.G.).

In Anknüpfung an diese Ideologiekritik wird hier die These vertreten, daß auch die Suizidologie in der Tradition einer männlichen Wissenschaftsgeschichte steht (vgl. Gerisch 1996, 1997, 1998, 1999). Denn es zeigt sich, daß die Darstellung suizidalen Verhaltens von Frauen i.d.R. nicht nur durch männliche Autoren erfolgt, deren Untersuchungen bereits selbst implizite Setzungen über die Differenz der Geschlechter enthalten, sondern das weibliche Suizidverhalten wird stets in Abgrenzung zum männlichen Suizidverhalten zu erfassen versucht. Mehr noch: Bei der Durchsicht der Suizidliteratur fiel auf, daß biologistisch orientierte Hypothesen ausnahmslos zur Erklärung des Suizidverhaltens von Frauen, nicht aber für das von Männern aufgestellt werden (vgl. auch Kneissl 1984; Schmidke 1988). Frauen unterliegen demnach primär den Einflüssen von Menstruation, Schwangerschaft und Klimakterium, nicht aber den Auswirkungen auch intrapsychisch bedeutsamer soziokultureller Prozesse. Vorerst ließe sich festhalten, daß in den Theorien zum weiblichen Suizidverhalten also weniger die wie auch immer geartete "Wirklichkeit" der suizidalen Frau zum Ausdruck kommt als vielmehr die Phantasien, Ängste und Projektionen des Mannes. Das Ausmaß der weiblichen Suizidproblematik wird folglich dort lokalisiert, wo sich die Frau am eindeutigsten vom Mann unterscheidet: im Körper.

Ich möchte daher im folgenden die These vertreten, daß ein differenziertes Verständnis der Suizidalität nur dann möglich erscheint, wenn die traditionellen Erklärungsversuche kritisch hinterfragt werden und eine hinreichende Unterscheidung zwischen männlichen und weiblichen Entstehungsbedingungen der Suizidalität vorgenommen wird (vgl. Gerisch 1993, 1999a). Zusammengefaßt kann ein differenzierter Zugang zur weiblichen Suizidalität nur unter Berücksichtigung der Konstituierung von weiblicher Identität und Subjektivität gelingen.

Der Historiker Laqueur (1992) zeigt, daß weder der biologische noch der soziokulturelle Geschlechtsunterschied durch einen Rekurs auf die Natur zu legitimieren ist, sondern daß Männlichkeit und Weiblichkeit in ihrer biologischen *und* sozialen Ausgestaltung immer schon eine diskursiv erzeugte soziale Kategorie sind. In diesem Sinne argumentieren auch Suter (1976), Kneissl (1984) Canetto (1992) und Rachor (1995), wenn sie betonen, daß weibliches Suizidverhalten allein vor dem Hintergrund der gegebenen gesellschaftlichen Verhältnisse interpretiert werden könne, in denen die Frau als das "schwache", der Mann aber als das "starke" Geschlecht imponiert. Nur in diesem Kontext läßt sich auch gegenwärtig ein Suizidversuch als typisch weibliches, der Suizid als typisch männliches Verhaltensmuster interpretieren. Das heißt, in dem Maße wie der Suizid nicht in der weiblichen, ist der Suizidversuch nicht in der männlichen Geschlechtsrolle vorgesehen. Kneissl (1984) spricht von einer "sozialen Prädisposition" der Frau, die sich mit Suter (1976) dahingehend präzisieren ließe, daß der per se autodestruktiv getönte weibliche Sozialisationsprozeß das hervorbringt, was gemeinhin als klassisch suizidale Persönlichkeit rezipiert und durch folgende Faktoren definiert wird: geringes Selbstwertgefühl, instabiles Identitätsgefühl, Selbsthaß, verunsicherte sexuelle

Identität, gestörtes Körperbild, Aggressionshemmung, mangelnde soziale Kompetenz, Abhängigkeit von anderen und Sprachlosigkeit. Suter (1976) kommt zu dem Schluß, daß der Suizidversuch insofern als typisch weibliches Verhaltensmuster charakterisiert werden könne, als sich in ihm zwei erworbene frauenspezifische Merkmale verdichten würden: Hilflosigkeit und die Phantasie, von dem anderen gerettet zu werden. Und auch Kneissl (1984) resümiert, "daß der Suizidversuch eine Variante im Spektrum möglicher, als typisch weiblich geltender Verhaltensmuster darstellt: in ihm manifestiert sich die eigentümliche Körperbezogenheit der Frau, die Lahmlegung psychisch-vitaler Funktionen, die sprachlich reduzierte, ins Somatische verlagerte Ausdrucksform des Konfliktes etc. in ähnlicher Weise wie die sozial erwünschte stille Duldsamkeit der Frau einerseits oder die sozial noch akzeptierte Krankenrolle andererseits" (S. 267).

Rachor (1995) hat in ihrer soziologisch-strukturanalytischen Argumentation das reziproke Zusammenspiel vom Einfluß der Geschlechtsrolle - d.h. die gegenwärtigen Ideal- und Wertvorstellungen von weiblich und männlich im Kontext einer Geschlechterhierarchie zuungunsten der Frauen -, der strukturellen Merkmale von Suizidversuch und Suizid und dem Wandel der Geschlechtsrolle im Hinblick auf die weibliche Suizidversuchshandlung herausgearbeitet. In einem ersten Schritt zeigt sie die dichte Korrespondenz der strukturellen Merkmale der weiblichen Geschlechtsrolle - definiert als schwach, abhängig, passiv, beziehungsbezogen etc. - einerseits und des Suizidversuchs - als spontan, inkongruent, ambivalent, unüberlegt, appellativ - andererseits auf. Demzufolge korrespondiere die Semantik der Geschlechter mit der strukturellen, geschlechterstereotypen Konzeptualisierung von Suizid und Suizidversuch. Verkürzt formuliert, braucht der Suizid so wie der als autonom, stark und unabhängig gedachte Mann nicht die Hilfe des anderen, während die Frau mit dem als appellativ und beziehungsorientiert eingesetzten Suizidversuch das Stereotyp weiblicher Bindungsorientiertheit reproduziert. Ferner repräsentiere sich im Suizidversuch mit seiner charakteristischen Ambivalenz von nicht mehr leben, aber auch nicht sterben wollen genau das Dilemma der Frau, die zwar leben, aber *So-nicht-mehr-leben-Wolle*. Versteht man also die im Suizidversuch zentral kommunizierte Botschaft als ein *so* nicht mehr leben wollen, dann rekurriert die Frau mit dem Suizidversuch auf ein stereotypes weibliches Verhaltensmuster, das es ihr, als nicht Gehörte und nicht Gesehene, ermöglicht, unter der Ägide des Appells eine typisch weibliche Variante von Macht, z.B. Erpressung, auszuüben.

In einem zweiten Schritt zeigt Rachor (1995), daß sich diese dichte Korrespondenz unter dem Einfluß des Wandels der Geschlechtsrolle noch einmal potenziert, da die emanzipatorischen Errungenschaften nicht allein zu einer qualitativ besseren Lebenssituation der Frau beigetragen haben, sondern diese häufig mit der Übernahme einer Doppelrolle einschließlich inkongruenter Rollenerwartungen und insbesondere mit einer gravierenden Identitätsunsicherheit verbunden ist. Die Zerrissenheit zwischen dem als unerträglich empfundenen traditionellen Lebensentwurf einerseits und der Angst, an dem Neuen zu scheitern andererseits, prädisponiert zu *dem* Ver-

haltensmuster, das diese Widersprüchlichkeit in sich vereint: dem Suizidversuch. Die nachfolgenden strukturellen Merkmale, die von einer fundamentalen Ambivalenz durchzogen sind, seien nach Rachor (1995) paradigmatisch für den sich wandelnden Status der Frau und dem Suizidversuch als weiblichem Verhaltensmuster, mit dem die Frau aus der Beziehung aussteigt und doch beziehungsbezogen bleibt: Egoismus/Altruismus, Gehen und Bleiben, Unterwerfen und Kontrollieren, Bezogenheit und Selbstbehauptung, Regression und Progression. Rachor (1995) kommt zu dem Schluß, daß sich in der gegenwärtigen Rolle der Frau und im Suizidversuch als einem Symptom einer geschlechterhierarchisch organisierten Gesellschaftsstruktur dieselben strukturellen, polarisierenden Momente zwischen dem Nicht-Mehr und dem Noch-Nicht repräsentieren. Die aktuelle Identitätsunsicherheit der Frau wird aber nicht nur in der Struktur des Suizidversuchs manifest, sondern sie wird durch diesen zugleich zu lösen versucht.

Den Suizidversuch als soziokulturell determinierte frauenspezifische Artikulationsweise zu verstehen heißt, den zentralen Aspekt der identifikatorischen und intrapsychisch wirksamen Übernahme einer zugeschriebenen Wirklichkeit in den Blick zu nehmen. Denn auch, wenn es Mythen sind, die die Frauen über Jahrhunderte am eigenen Leib erfahren haben, so war es immer schon ihr beschriebener, zugerichteter, entmachter und körperloser Körper, den die Frau im Dienst des Aufbegehrens gegen diesen Zuschreibungs- und Zurichtungsprozeß bis hin zur Selbstausslöschung einsetzte.

### **Klinische Aspekte zur weiblichen Suizidalität**

#### **Weibliche Suizidalität als Ausdruck eines ungelösten Separations- und Individuationskonfliktes**

Aufgrund meiner nunmehr neunjährigen psychoanalytisch orientierten psychotherapeutischen Erfahrung mit suizidalen Patientinnen und Patienten am Therapie- und Forschungszentrum für Suizidgefährdete der Uniklinik Hamburg (Leitung: Prof. Dr. med. Paul Götzte) einerseits und des Fehlens hinreichender theoretischer Konzeptionen zum Suizidverhalten von Frauen andererseits, habe ich den Versuch unternommen, diese Lücke in der Suizidologie wenn nicht zu schließen, so doch zumindest anzureichern und aus psychoanalytischer Sicht, mehr Transparenz in die weibliche Suizidproblematik zu bringen (vgl. Gerisch 1999a).

In den herkömmlichen, also auch in den psychoanalytischen Erklärungsmodellen, ist Suizidalität kaum auf geschlechtsspezifische Aspekte hin und nicht im Kontext der Genese von Geschlechtsidentität untersucht. Auch mit dem Verweis auf das traditionelle Geschlechterarrangement blieb zunächst nicht nur die Dimension des Unbewußten unberücksichtigt, sondern auch die Frage offen, "wie das Zusammenspiel von gesellschaftlicher und psychischer Realität in die Tiefendimension des Unbewußten und seiner imaginären Szenarien und Phantasmen hinabreicht" (Konnertz 1987, S. 9). Demgegenüber ergab sich aus der langjährigen psychotherapeutischen Erfahrung mit suizidalen Patientinnen, daß Identitätskonflikte maßgeblich an der Entwicklung des suizidalen Er-

lebens und Verhaltens beteiligt waren. Diese klinischen Befunde fanden keine ausreichende Entsprechung in den traditionellen und gegenwärtigen Konzeptionen zur Suizidalität beider Geschlechter. Mein Forschungsinteresse resultiert folglich einerseits aus der psychotherapeutischen Praxis mit Suizidpatientinnen und andererseits aus dem Mangel an theoretischen Konzeptionen zum reziproken Zusammenhang der Genese von Geschlechtsidentität und Suizidalität bei Frauen.

Betrachtet man die psychodynamischen Erklärungsmodelle zur Suizidalität etwas genauer, so wird relativ übereinstimmend die These vertreten, daß sich spezifische frühkindliche Entwicklungserfahrungen suizidprädisponierend auswirken können. Wenn man also davon ausgeht, daß Störungen in den frühen Entwicklungsphasen - insbesondere in der Primärbeziehung zur Mutter - eine prägende Rolle in der Genese der Suizidalität spielen, darf vermutet werden, daß die Psychodynamik der Suizidalität von Frauen, gemäß der unterschiedlichen Entwicklung männlicher und weiblicher Geschlechtsidentität - einschließlich der frühen identifikatorischen Prozesse -, eine andere Form und Gestaltung aufweist. In Anknüpfung an die These Henselers (1974), der von einem reziproken Verlauf der narzißtischen und psychosexuellen Entwicklung ausgeht, erscheint es aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Suizidverhalten sinnvoll und notwendig, den Zusammenhang zwischen der narzißtischen und objektgerichteten Entwicklung einerseits und der Herausbildung der Geschlechtsidentität andererseits zu präzisieren. Vor diesem Hintergrund ist zu vermuten, daß nicht nur die genetischen Entstehungsbedingungen der Suizidalität bei Männern und Frauen unterschiedlich sind, sondern auch die unbewußt und bewußt determinierten Auslöser des selbstzerstörerischen Verhaltens bei Frauen andere sind. Schon in meiner kritischen Reflexion der psychoanalytischen Theorien zur Suizidalität (vgl. Gerisch 1998) zeichnete sich ab, daß sich die suizidprädisponierenden Aspekte, wie die Über-Ich-Konstituierung, die Aggressionsproblematik und die narzißtische Entwicklung bei Männern und Frauen unterscheiden. Darüber hinaus muß in der Genese weiblicher Suizidalität die Aneignung weiblicher Identität und Körperlichkeit als ein wesentliches Moment in Betrachtung gezogen werden.

Neben der Berücksichtigung des traditionellen Geschlechterarrangements und der intrapsychischen Verarbeitung soziokultureller und interaktioneller Prozesse i.S. der psychischen Realität erwies es sich infolge der klinischen Beobachtung, daß die suizidale Konfliktthematik der von mir untersuchten Patientinnen auffallend häufig mit einer weiblichen Identitätsproblematik korrespondierte, als sinnvoll, die Entwicklung der "normalen" weiblichen Identität als Ausgangspunkt der psychodynamischen Untersuchung der Suizidalität von Frauen zu nehmen. In der Genese der Geschlechtsidentität spielt eine, wenn nicht die zentrale Rolle, daß das erste Liebesobjekt im Leben des Kindes, nämlich die Mutter, für das Mädchen ein gleichgeschlechtliches, für den Jungen ein gegengeschlechtliches ist. Schon aufgrund dieser basalen und unveränderbaren konstanten Voraussetzung, unterscheiden sich die Entwicklungen und, damit verbundenen, Anforderungen und Bewältigungsmuster von Mädchen und Jungen grundlegend, und

zwar im Hinblick auf die Konsolidierung der Geschlechtsidentität (präödpale Phase) und für die Objektwahl (ödpale Phase) (vgl. Person u. Ovesey 1993).

Die Konstituierung einer gesicherten weiblichen Identität steht demzufolge in engem Zusammenhang mit der von Gleichgeschlechtlichkeit geprägten Mutter-Tochter-Beziehung und der gelungenen präödpalen und ödpalen Anerkennung und Bestätigung der Tochter durch den Vater. Die Besonderheit der weiblichen Entwicklung, die darin zum Ausdruck kommt, daß sich das Mädchen, um zur Frau zu werden, sowohl mit der Weiblichkeit der Mutter identifizieren als auch eine getrennte weibliche Identität erlangen muß, verweist auf den geschlechtsspezifisch erschwerten Separations- und Individuationsprozeß (vgl. Mahler 1968) der Frau. Berger (1989) kommt zu dem Schluß, "daß die nachfolgenden weiblichen Entwicklungserfahrungen - Adoleszenz, heterosexuelle Liebesbeziehung, Schwangerschaft, Geburt, Beziehung zum eigenen Kind, Identität als Mutter und Geliebte, Menopause, Identität als Großmutter - mit einer fast kontinuierlichen Fortsetzung der Separations-Individuationsarbeit in der Beziehung zur eigenen Mutter verknüpft sind einschließlich progressiver Loslösungs- wie regressiver Annäherungsbewegungen" (S. 255).

Vor diesem Hintergrund habe ich den idealtypisch gedachten Separations- und Individuationsprozeß des Mädchens einerseits und - im Hinblick auf die suizidale Psychodynamik - die möglichen Störungsquellen der Separationsanstrengungen andererseits einer genaueren Betrachtung unterzogen. Kurz gesagt zeichnete sich ab, daß die Suizidalität vieler Patientinnen auffallend häufig an die Entwicklungsmomente wie Adoleszenz, Schwangerschaft, Geburt eines Kindes etc. gekoppelt war, in denen die konflikthafte oder mißlungenen Separationsbemühungen von der Mutter und die damit im Zusammenhang stehende Schwierigkeit, sich in Besitz eines von der Mutter getrennten Körpers zu befinden, erneut aktualisiert wurden.

So offenbarte sich bei vielen meiner Patientinnen die ungelöste Separationsproblematik nicht erst in der späteren suizidalen Dekompensation, sondern das "stürmische Ringen um eine eigene Identität und Körperlichkeit" (Berger 1989) manifestierte sich bereits in der Pubertät, z.T. aber auch anhaltend, in ausgeprägten Eßstörungen mit bulimischen und anorektischen Phasen. Es komme in der Adoleszenz, so Berger (1989), gerade deshalb zu einem vermehrten Auftreten selbstschädigenden Verhaltens, weil der sich entwickelnde weibliche Körper zugleich als fremd und erneut mit der Mutter identisch erlebt werde. Ohnehin sind die von den erwachsenen Patientinnen geschilderten Ängste und Konflikte, wie der Haß auf die Mutter, ein instabiles Identitätsgefühl, Gefühle der Desorientierung und Depersonalisation sowie die Ablehnung und Entwertung des eigenen Körpers, charakteristisch für die weibliche Adoleszenzkrise. Die tiefgreifende Identitätskrise der Patientinnen kann daher auch als Ausdruck eines verspäteten adoleszenten Reifungsprozesses verstanden werden.

Später dann verdichteten sich die fortgesetzten Trennungsbemühungen nicht selten in einer konflikthafte Besetzung

des Komplexes "Schwangerschaft - Mutterschaft". Die Schwangerschaftsphantasien waren entweder gänzlich abgewehrt, oder sie mobilisierten heftige Angstgefühle. Einerseits bestand die Angst darin, sich mit der Mutter zu identifizieren und wie sie zu werden, andererseits bedeutete Mutterwerden auch eine forcierte Loslösung von der Mutter, auf die sie noch voller Wünsche und Bedürfnisse ausgerichtet waren. Allerdings waren auch heftige und unvermittelt auftauchende vaterlose Kinderwunschphantasien zu beobachten, die offenbar mit der Vorstellung verbunden waren, sich von der Mutter erst dann trennen zu dürfen, wenn man ihr mit einem Kind einen adäquaten Ersatz für sich angeboten hatte. Auch Kleiner (1984) stellte in seiner Studie *Suicide in pregnancy* als durchgehendes Leitmotiv ein konflikthafte und ambivalentes Verhältnis der Frau zu ihrer Mutter fest. Während die eine Seite der Ambivalenz mit der Sehnsucht, zu lieben und geliebt zu werden, den Wunsch nach einem Kind ausmache, bewirke die andere Seite der Ambivalenz, der Haß, daß sich die Aggressionen nicht nur gegen die Mutter und das eigene Kind, sondern qua doppelter Identifikation mit beiden letztlich gegen das eigene Selbst richten.

Vor diesem Hintergrund vertrete ich die These, daß sich in den entwicklungsgeschichtlich unterschiedlich geprägten Symptombildungen wie in den Eßstörungen, der Suizidalität, aber auch in den anderen psychischen und psychosomatischen Störungen der Patientinnen unaufhörliche und immer wieder scheiternde Separations- und Individuationsanstrengungen zum Ausdruck kommen.<sup>3</sup>

Die zentrale Antagonistin in der Innenwelt der Patientinnen ist die Mutter bzw. das mütterliche Introjekt und die damit im Zusammenhang stehenden Phantasien über den mütterlichen Körper, dessen durchweg destruktiv und negativ getönte Ausgestaltung letztlich auf das weibliche Ich zurückwirkt. Dieser Aspekt verweist auf die eminente Bedeutung des kollektiv und individuell bestimmten wirksamen mütterlichen Introjekts für die weibliche Identitätsfindung und für die subjektive Vorstellung der Tochter über die Geschlechterbeziehung und körperliche Vereinigung zwischen den Geschlechtern (vgl. Berger 1999a).

In diesen Ausführungen kündigt sich an, daß auch in meinen Überlegungen der weibliche Körper und seine spezifische Funktionsweise erneut ins Zentrum des Erkenntnisinteresses rückt. Mit diesem Ansatz sollen aber nicht die traditionellen Weiblichkeitsmythen wiederbelebt werden, sondern es geht vielmehr um die Dechiffrierung des Suizidalen, das letztlich auch als eine Form des sprachlosen Körperagierens aufzufassen ist. Denn wenn es zutrifft, daß jede Suizidhandlung ein Agieren ist, weil der intrapsychische und interpersonelle Konflikt nicht mehr erlebt, sondern agiert wird, dann eröffnet sich mit dieser Perspektive, neben der soziokulturell bedingten

<sup>3</sup> Ich möchte in diesem Kontext anmerken, daß sich die skizzierte Psychodynamik der Suizidalität auch in Leben und Werk so unterschiedlicher Autorinnen wie Virginia Woolf, Sylvia Plath, Marina Zwetajewa, Unica Zürn und Anne Sexton aufzeigen läßt. Bekanntlich haben sich alle diese Autorinnen suizidiert (vgl. Gerisch 1998a).

Stummheit der Frau, auch ein weiterer Aspekt, nämlich die - im Gegensatz zur kommunikativen Kompetenz von Frauen, eigentümliche Sprachlosigkeit derartiger Selbstangriffe und die Bedeutung des Körpers. Das "stumme und destruktive Agieren", wie es Berger (1989) nannte, in der Chiffre des Suizidversuchs verweist auf den Konflikt in seiner präverbalen Natur, der nur in phantasierter oder realer Handlung körperlich, d.h. sinnlich erfahrbar, inszeniert werden kann, um sich zu demonstrieren. Der funktionalisierte weibliche Körper kann so, von der Frau selbst mit einer Vielzahl von Funktionen verbunden, kommunikativ handelnd eingesetzt werden. Die heiligen Anorektikerinnen (Bell 1985), die Hysterikerinnen (Freud u. Breuer 1895d) und die Suizidantinnen (Gerisch 1998) legen davon ein historisches Zeugnis ab. An Freuds (1913f) Metapher anknüpfend, ist die Stummheit nicht nur eine gebräuchliche Darstellung des Todes, sondern - im Kontext der Suizidalität - Ausdruck des unbewußten sprachlosen Konfliktes und damit eine "Krankheit zum Tode" (Kierkegaard 1849).

#### **"She died for love" oder: Suizidalität als Ausdruck des Wunsches nach einer Objektbeziehungsänderung**

In der psychotherapeutischen Praxis wie in den zahlreichen Erklärungsmodellen zur Suizidalität trifft man immer wieder auf den von Canetto (1992) bereits als Klischee entlarvten Mythos des "She died for love and he for glory". Wohlbemerkt wird nicht bezweifelt, daß eine unglückliche, enttäuschende oder zurückgewiesene Liebe für Frauen, aber auch für Männer, ein schwerwiegender Grund für den Selbstmord sein kann. Kritisiert werden im wesentlichen die in den Erklärungsversuchen stets aufs neue reproduzierten Geschlechterrollenklischees, mit denen eine problematische Realität als scheinbar empirisch überprüfte Wirklichkeitskonstruktion unaufhörlich perpetuiert wird. Versucht man nun das weibliche Suizidmotiv des "She died for love" auf andere Weise zu entschlüsseln, so finden sich schon in Freuds (1925j) Ausführungen zur weiblichen Über-Ich-Bildung zentrale Aspekte, die auf eine spezifische Form der Beziehungsorientierung von Frauen verweisen.

Erinnert man sich an Freuds (1925j) Auffassung, nach der das weibliche Über-Ich "niemals so unerbittlich, so unpersönlich, so unabhängig von seinen affektiven Ursprüngen" (S. 29) ist wie das des Mannes, dann ließe sich darin - positiv gewendet - insofern ein anderes "Niveau des sittlich Normalen" (ebd.) erkennen, als sich das weibliche Über-Ich primär beziehungsorientiert entwickelt und auf der Anerkennung des anderen basiert. Die Kehrseite des scheinbar schwachen weiblichen Über-Ich mit seiner Abhängigkeit von anderen besteht in der Fähigkeit, sich nicht nur beziehungsgebunden zu definieren, sondern darin, Beziehungen aufzubauen und zu gestalten. Das weibliche Über-Ich ist, wie Freud schreibt, ein persönliches und, so ließe sich folgern, eins, das sich interpersonell konstituiert und wirkt. Zu ähnlichen Schlußfolgerungen gelangen auch einige psychoanalytische Theoretikerinnen (vgl. z.B. Benjamin 1988, 1993; Chodorow 1978; Gilligan 1982) im Kontext der neueren Weiblichkeits-

theorien im Diskurs der Psychoanalyse. In diesen neueren Theorien zur Weiblichkeit wird von der These ausgegangen, daß die Asymmetrie der Geschlechter im wesentlichen durch die Tatsache determiniert ist, daß das erste Liebesobjekt im Leben von Jungen und Mädchen eine Frau, nämlich die Mutter, ist (vgl. Chodorow 1978; Dinnerstein 1976).

Im Gegensatz zu Freuds Theorie der Weiblichkeit (z.B. Freud 1931b), nach der sich das Mädchen mit Entdeckung des Geschlechtsunterschieds als minderwertig erlebt und enttäuscht von der Mutter abwendet, postulieren die Autorinnen, daß sich aufgrund der Gleichgeschlechtlichkeit von Mutter und Tochter der Prozeß der Identitätsbildung des Mädchens am ehesten durch Bindung, dem "self-in-relation" (Jordan u. Surrey 1986), kennzeichnen läßt, der den Erwerb spezifischer Fähigkeiten wie Empathie, Verantwortung für andere und Beziehungsorientiertheit begünstigt. An diese Überlegungen anknüpfend, postuliert Gilligan (1982) eine sich von der männlichen unterscheidende weibliche Moral, deren ethische Grundsätze von der Fürsorge und Verantwortung für andere geleitet ist. Die männliche Identität hingegen basiert von Anfang an auf der zentralen Erfahrung, sich aufgrund des Geschlechts von der Mutter zu unterscheiden und ist durch Trennung sowie dem Streben nach Leistung und Autonomie zu charakterisieren. Während die präöipale Beziehung zur Mutter einschließlich regressiver Verschmelzungswünsche für den Jungen eine Bedrohung seiner Geschlechtsidentität darstellt, steht dem Mädchen nicht der Verlust seiner Weiblichkeit bevor, wohl aber der seiner autonomen Weiblichkeit. Verkürzt formuliert neigen Männer eher zu Schwierigkeiten in Beziehungen, Frauen hingegen eher zu Konflikten mit ihrer Autonomie und Individuation (vgl. auch Grande et al. 1992; Rudolf u. Stratmann 1989). Frauen zeichnen sich also zunächst einmal durch eine hohe soziale und kommunikative Kompetenz aus und folgen normalerweise einem Autonomieideal, das nicht auf der völligen Unabhängigkeit vom anderen, sondern auf der reziproken Anerkennung i.S. der "bezogenen Individuation" (Stierlin 1982) und Autonomie basiert (vgl. Benjamin 1993; von Braun 1992).

Diese Sichtweise, die immer auch die Perspektive des traditionellen Geschlechterarrangements miteinschließt, möchte ich nun aufgrund eigener Erfahrungen mit suizidalen Patientinnen mit Kinds Ansatz zur Suizidalität verknüpfen. Kind (1992) vertritt die These, daß mit der Suizidhandlung nicht allein die Tötung eines introjizierten Objektes, sondern dessen Sicherung oder Änderung angestrebt werde. In der Regel soll aus einem gleichgültigen und abweisenden ein anteilnehmendes und zugewandtes Objekt werden. Die Kehrseite des weiblichen Autonomieideals scheint nun zum einen darin seinen Ausdruck zu finden, daß Frauen von der identitätsstiftenden Vorstellung ausgehen, nur der Mann, als Vater, Bruder, Partner und Sohn befinde über die Berechtigung der weiblichen Existenz (vgl. Rousseau-Dujardin 1983). Und zum anderen fühlen sich Frauen einem tiefsitzenden Imperativ verpflichtet, Beziehungen auch entgegen ihren eigenen Bedürfnissen aufzubauen und zu erhalten (vgl. Goldner et al. 1992). So geraten Frauen ungleich häufiger als Männer in interpersonell bedingte Krisen, die anders als durch einen

Suizidversuch nicht mehr zu bewältigen sind. Frauen scheinen auch in ausweglosen und unerträglichen Situationen eher objektgerichtet zu verharren in der Hoffnung, unter Einsatz ihres Lebens den anderen zu verändern und zur Annäherung zu zwingen. Denn wird die männliche Bestätigung verweigert oder durch Trennung entzogen, entsteht ein so existentiell bedrohlicher Selbstverlust, daß der Suizid als einziger Ausweg gesehen wird (vgl. Rousseau-Dujardin 1983).

Dieser zentrale Aspekt des Selbstverlustes und Aus-der-Welt-Fallens - Erlebensqualitäten und Phantasien, die sehr häufig von Suizidantinnen beschrieben werden - läßt sich noch aus einer anderen Perspektive verstehen. Mit dem Mythos des "She died for love..." wird der Blick darauf verstellt, daß die Liebesobjektsuche und -wahl immer auch mit einer Aktualisierung und Reinszenierung von unbewußt gebliebenen präödpalen, ödipalen und psychosexuellen Konflikten, internalisierten Objektbeziehungserfahrungen, identifikatorischen und gegenidentifikatorischen Prozessen einhergeht (vgl. Kernberg 1992). Je unbewußter die unbewältigten Konflikte sind, um so größer ist die Gefahr, daß diese kontinuierlich agiert und perpetuiert werden, wengleich daraus durchaus stabile und dauerhafte, z.T. hochpathologische Arrangements erwachsen können. Je traumatisierender die Erfahrungen in den Primärbeziehungen zu den Eltern waren, um so eher ist davon auszugehen, daß unbewältigte präödpale und ödipale Ängste, Konflikte und Enttäuschungen die Partnerwahl und -suche kontaminieren; das heißt, daß die Frau im Mann weniger einen reifen Sexualpartner sucht als vielmehr ein gutes, idealisiertes, bemutterndes Objekt, das ihr das zu geben vermag, was sie in der Beziehung zur Mutter schmerzlich vermissen mußte: Nähe, Geborgenheit, Zärtlichkeit und bedingungsloses Gehaltenwerden. Oftmals wird dabei der eigene Körper und die allein auf den Mann ausgerichtete und nicht selten völlig abgespaltene Sexualität gleichsam als Preis für diese primären Wünsche und Sehnsüchte eingesetzt. Auch traumatisierende Erfahrungen wie sexueller Mißbrauch und körperliche Mißhandlung haben nicht nur dramatische Identitätszersetzende Auswirkungen auf die Psyche und den Körper der Frau, sondern sie führen nicht selten zu einem lebenslangen Gebundenbleiben an erneut traumatisierende Liebesobjekte. Unermüdlisches Aufsuchen von Liebespartnern, Unterwerfung bis hin zur Hörigkeit, Anklammerung und krankhafte Eifersucht sowie Suizidversuche, Formen der Beziehungsgestaltung also, die üblicherweise als weibliches Stereotyp begriffen und rezipiert werden, können aus dieser Perspektive als pathologisches Gebundenbleiben an ein traumatisierendes Primärobjekt i.S. des Wiederholungszwanges verstanden werden. Auf den Verlust dieses geliebtegehaßten Objektes wird folglich deshalb nicht selten mit einem Suizidversuch reagiert, weil durch eine Trennung frühe existenzbedrohende Verlassenheitsängste mobilisiert werden, einschließlich der scheinbaren Paradoxie, ohne dieses Objekt nicht überleben zu können (vgl. Gerisch 1996a).

## Literatur

- Bell RM (1985) *Holy Anorexia*. Chicago, London: University Chicago Press.
- Benjamin J (1988) *Die Fesseln der Liebe*. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Basel, Frankfurt a.M.: Stroemfeld/Roter Stern, 1990
- Benjamin J (1993) *Phantasie und Geschlecht*. Studien über Idealisierung, Anerkennung und Differenz. Basel, Frankfurt a.M.: Stroemfeld
- Beauvoir S (1951) *Das andere Geschlecht*. Sitte und Sexus der Frau. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1992
- Berger M (1989) Zur Bedeutung des "Anna-selbdritt"-Motivs für die Beziehung der Frau zum eigenen Körper und zu ihrem Kind. In: Hirsch M (Hrsg) *Der eigene Körper als Objekt*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 241-277.
- Berger M (1999) Zur Suizidalität in der Adoleszenz. In: Fiedler G, Lindner R (Hrsg) "So hab ich doch was in mir, das Gefahr bringt": Perspektiven suizidalen Erlebens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 29-65
- Berger M (1999a) "Aber mein Innres überlaßt mir selbst!" Zum Selbstmord adoleszenter Protagonistinnen in einigen poetischen Texten männlicher Autoren. In: Götz P, Richter M (Hrsg) "Aber mein Innres überlaßt mir selbst!" Technische Probleme der Behandlung von Suizidalität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Im Druck)
- Bovenschen S (1979) *Die imaginierte Weiblichkeit*. Exemplarische Untersuchungen zu kulturgeschichtlichen und literarischen Präsentationsformen des Weiblichen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Braun C von (1992) *Das Kloster im Kopf*. Weibliches Fasten von mittelalterlicher Askese zu moderner Anorexie. In: Flaake K, King V (Hrsg) *Weibliche Adoleszenz*. Zur Sozialisation junger Frauen. Frankfurt a.M., New York: Campus, S. 213-239
- Bronisch T (1995) *Der Suizid*. Ursachen. Warnsignale. Prävention. München: C.H. Beck
- Canetto SS (1992) She died for love and he for glory: gender myths of suicidal behavior. *Omega* 26: 1-17
- Canetto SS, Lester D (1995) *Women and Suicidal Behavior*. New York: Springer Publishing Company
- Chodorow N (1978) *Das Erbe der Mütter*. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. München: Frauenoffensive, 1990
- Dinnerstein D (1976) *Das Arrangement der Geschlechter*. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt, 1979
- Dührssen A. (1967) *Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Fiedler, G. (1998): *Die Therapiestudie des Therapiezentrum für Suizidgefährdete*. Konzepte, Ziele, Probleme. (In Vorbereitung)
- Freud S (1940-1952) *Gesammelte Werke* (18 Bände; im folgenden abgekürzt als GW). London: Imago Publishing Co; Bd. 18, 1968, Frankfurt a. M.: Fischer
- Freud S, Breuer J (1895d) *Studien über Hysterie*. GW I: 99-312
- Freud S (1913f) *Das Motiv der Kästchenwahl*. GW X: 23-37
- Freud S (1920a) *Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität*. GW XII: 269-302
- Freud S (1925j) *Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds*. GW XIV: 17 - 30
- Freud, S. (1931b): *Über die weibliche Sexualität*. GW XIV: 515-537.
- Freud S (1933a) *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW XV
- Gerisch B (1993) *Aspekte zum psychodynamischen Verständnis der Suizidalität bei Frauen*. *Forum Psychoanal* 9: 198-213
- Gerisch B (1996) *Suicidality among women: From epidemiology to psychodynamics*. *Archives of Suicide Research* 2: 197-206

- Gerisch B (1996a) "Was ist mein Leben, wenn Du mich verläßt" — Suizidalität und weibliche sadomasochistische Beziehungsstruktur. *Forum Psychoanal* 12: 242-258
- Gerisch B (1997) "Wenn man sich selbst umbringt, ist es eine Frau..." - Epidemiologische und psychodynamische Aspekte zum weiblichen Suizidverhalten. In: Giernalczyk Th (Hrsg) *Suizidgefahr - Verständnis und Hilfe. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, Bd. 33. Tübingen: dgvt, S. 37-44
- Gerisch B (1998) *Suizidalität bei Frauen. Mythos und Realität - Eine kritische Analyse*. Tübingen: edition diskord
- Gerisch B (1998a) "This is not death, it is something safer": A psychodynamic approach to Sylvia Plath. *Death Studies* 22: 735-761
- Gerisch B (1999) "Auf den Leib geschrieben": Der weibliche Körper als Projektionsfläche männlicher Phantasien zum Suizidverhalten von Frauen. In: Götze P, Richter M (Hrsg) "Aber mein Innres überlaßt mir selbst!" Technische Probleme der Behandlung von Suizidalität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Im Druck)
- Gerisch B (1999a) *Zum psychoanalytischen Verständnis der Suizidalität bei Frauen unter besonderer Berücksichtigung der neueren Weiblichkeitstheorien im Diskurs der Psychoanalyse*. (Habilitation in Vorbereitung)
- Gerisch B, Köhler Th (1993) *Freuds Aufgabe der "Verführungstheorie": Eine quellenkritische Sichtung zweier Rezeptionsversuche*. *Psychologie und Geschichte* 4: 229-246
- Gilligan C (1982) *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München: Piper, 1988
- Goldner V et al. (1992) *Liebe und Gewalt: Geschlechtsspezifische Paradoxe in instabilen Beziehungen*. *Familiendynamik* 17: 109-140
- Grande T, Wilke S, Nübling R (1992) *Symptomschilderungen und initiale Beziehungsangebote von weiblichen und männlichen Patienten in psychoanalytischen Erstinterviews*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 38: 31 - 48.
- Hausen K, Nowotny H (Hrsg) (1986) *Wie männlich ist die Wissenschaft?* Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Henseler H (1974) *Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1984
- Jordan JV, Surrey JL (1986) *The self in relation: Empathy and the mother-daughter relationship*. In: Bernay T, Cantor DW (eds) *The psychology of today's woman* Hillsdale/NJ: Analytic Press, pp. 81-101
- Kernberg OF (1992) *Aggression und Liebe in Zweierbeziehungen*. *Psyche* 46: 797-820
- Kierkegaard S. (1849) *Die Krankheit zum Tode*. Frankfurt a. M.: Syndikat-Verlag, 1995
- Kind J (1992) *Suizidal. Psychoökonomie einer Suche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht,
- Kleiner GJ, Greston WM (eds) (1984). *Suicide in Pregnancy*. Boston: John Wright
- Kneissl M. (1984) *Suizidversuche bei Frauen*. Dissertation am Fachbereich Erziehungswissenschaften
- Konnertz U (Hrsg) (1983) *Einführung*. In: *Die übertragene Mutter. Psychoanalytische Beiträge*. Tübingen: edition diskord, 1987, S. 7-10
- Kuhn TS (1962) *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1976
- Laufer M (ed) (1995) *The Suicidal Adolescent*. London: Karnac Books
- Laufer M, Laufer E. (1984) *Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view*. New Haven: Yale University Press
- Laqueur T (1990): *Auf den Leib geschrieben: die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud*. Frankfurt a.M.: Campus, 1992
- Lindner-Braun Ch (1990) *Soziologie des Selbstmords*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Mahler M (1968) *Symbiose und Individuation. Psychosen im frühen Kindesalter*. Stuttgart: Klett-Cotta, (1989)
- Person ES, Ovesey L (1993) *Psychoanalytische Theorien zur Geschlechtsidentität*. *Psyche* 47: 505-529
- Rachor Ch (1995) *Selbstmordversuche von Frauen. Ursachen und soziale Bedeutung*. Frankfurt a.M., New York: Campus
- Rohde-Dachser Ch (1991) *Expedition in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 31
- Rousseau-Dujardin J (1983) *Außer sich*. In: Konnertz U (Hrsg) *Die übertragene Mutter. Psychoanalytische Beiträge*. edition diskord: Tübingen, 1987, S. 53-76
- Rudolf G, Stratmann, H (1989) *Psychogene Störungen bei Frauen und Männern*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 35: 201-219
- Schmidke A. (1988) *Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens*. Regensburg: Roderer
- Signori G (Hrsg) (1994) *Trauer, Verzweiflung und Anfechtung: Selbstmord und Selbstmordversuche in mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Gesellschaften*. Tübingen: edition diskord
- Stierlin H (1982) *Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Suter B (1976) *Suicide and women*. In: Wolmann B, Krauss H (eds) *Between Survival and Suicide*. New York: Gardener, pp. 129-161
- Zilboorg, G (1944) *Männlich und weiblich. Biologische und kulturelle Aspekte*. In: Hagemann-White C (Hrsg) *Frauenbewegung und Psychoanalyse*. Basel: Stroemfeld/Roter Stern, 1978, S. 183-276

**Dr. phil. Benigna Gerisch, Dipl.-Psych.**  
 Therapiezentrum für Suizidgefährdete  
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der  
 Universitätsklinik Eppendorf (UKE)  
 Martinistr. 52 • 20246 Hamburg  
 Tel. (040) 4717-4112 oder: 4717-3055  
 Fax (040) 4717- 4949