

# Suizidprävention – Pflicht oder Anmaßung?

Seit 50 Jahren berät DIE ARCHE in Krisen

In Kooperation mit der Beratungsstelle DIE ARCHE lud die Katholische Akademie in Bayern am 15. November 2019 Fachleute ein, die sich mit der Frage befassten, wie Suizide zu verhindern seien und ob sie überhaupt verhindert werden sollten. „Suizidprävention – Pflicht oder Anmaßung“ hieß dann auch der provokative Titel

der Veranstaltung. Denn da es auf der einen Seite natürlich den sehr berechtigten moralischen Impetus gibt, Menschenleben zu retten, so ist auch festzustellen, dass die Akzeptanz von Suizid in der Gesellschaft offenbar zunimmt. Schwierige Fragen, auf die wir differenzierende Antworten suchten. Sehen Sie selbst.

## Ambivalenz der Freiheit – Herausforderung der Suizidprävention. Fallgeschichten zu Ingeborg Bachmann und Ulrike Meinhof

Matthias Bormuth

### Einleitung

Suizidprävention wird vom Verein DIE ARCHE seit fünfzig Jahren in München geleistet. Die Fallgeschichten zu Ingeborg Bachmann und Ulrike Meinhof mögen helfen, die Herausforderungen zu verstehen, die in suizidalen Grenzsituationen des Lebens liegen können. Sie werden eingerahmt von ideengeschichtlichen Anmerkungen im Horizont von Hannah Arendt und Karl Jaspers. Denn die heute vieldiskutierte Philosophin und ihr Lehrer, der anfangs als Psychiater wirkte, eröffnen im Gedanken menschlicher Pluralität auch psychopathologische und existenzielle Dimensionen des Verstehens.

### I.

Als Hannah Arendt 1948 ihre Essays zur verborgenen Tradition jüdischen Denkens veröffentlichte, schrieb sie auch eine „Zueignung an Karl Jaspers“. Sie dankte ihrem philosophischen Mentor für die Möglichkeit zum vertrauensvollen Gespräch, das ihr angesichts der jüngsten Geschichte geholfen hatte, nicht zu verzweifeln. Arendt nutzte das Bild der Sintflut und „der Noahs“, die in ihren Archen in den Fluten unterwegs sind: „Es gibt noch verhältnismäßig viele Noahs, die auf den Weltmeeren umherschweben und versuchen, ihre Archen so nah wie möglich aneinander heranzusteuern.“

Was Sie hier in München mit den Gesprächen in der Arche leisten, um die Katastrophen einzelner Leben zu verstehen, entspricht in der Sache der heilsamen Wirkung, die Arendt von ihren Gesprächen mit Jaspers unterstreicht. Ihre Arbeit verwirklicht etwas von dem, was Hannah Arendt als „existenzielle



Prof. Dr. Matthias Bormuth, Professur für Vergleichende Ideengeschichte, Universität Oldenburg

Kommunikation“ vor Augen stand, als sie in der desolaten Lage nach 1945 ihren ehemaligen Lehrer wieder ansprechen konnte. Auch Sie zimmern kleine Archen des Verstehens, die in steigenden Fluten überleben lassen. Menschen fassen neuen Mut, die Verzweiflung über das Leben nicht herrschen zu lassen.

### II.

Für eine gelingende Kommunikation im psychotherapeutischen Bereich sind nach Karl Jaspers zwei Kulturen des Verstehens nötig. Seine *Allgemeine*

*Psychopathologie* beschrieb vor einhundert Jahren – parallel zur Psychoanalyse Sigmund Freuds – eine Form des psychiatrischen Verstehens. Wenige Jahre später entwickelte Jaspers an den Fällen kranker Künstler wie van Gogh und Hölderlin dieses weiter in eine Richtung, die auch den existenziellen Momenten ihres Schaffens gerecht zu werden versuchte. Während das psychologische Verstehen und das biologische Erklären psychischer Erkrankungen mit konkretem Wissen einhergehen, bleibt die existenzielle Dimension zuletzt uneindeutig. Man kann als Experte in Psychologie, Soziologie und Medizin gesichertes Wissen erlangen, das im Gespräch mit suizidalen Menschen enorm wichtig ist. Aber zudem ist auch das Verständnis weltanschaulich offener Horizonte wichtig, von denen Jaspers in *Vom Ganzen des Menschseins*, dem letzten Abschnitt seiner *Allgemeinen Psychopathologie* sprach. Dort richtet er den Blick auf ein philosophisch-existenzielles Verstehen, das Psychiater, Psychologen und Therapeuten – ironisch gesprochen – fachlich überfordern muss. Es verlangt eine Wahrnehmung religiöser, philosophischer und kultureller Aspekte unseres Menschseins, die über bloße Achtsamkeit hinausgeht. Es wird uns zugemutet, mit suizidalen Menschen über Fragen zu sprechen, die das rein Fachliche übersteigen und den Rückzug auf das objektive Wissen versperren.

Jaspers hat die Vielfalt der Verstehenshorizonte in seiner dreibändigen *Philosophie* prägnant beschrieben. Der erste Band *Weltorientierung* umreißt, in welchen wissenschaftlichen Grenzen wir gesichertes Wissen vom Menschen erlangen können. Im zweiten Band *Existenzhellung* werden die Möglichkeiten des psychologisch Verständlichen nach innen erkundet. Der Mensch erfährt, wie gefährdet und ungesichert sein Selbstverständnis ist, das er meist über weltanschauliche Gehäuse stabilisiert. Von daher nähert sich der letzte Band *Metaphysik* religiösen, philosophischen und kulturellen Fragen nach Lebenssinn, die in aller Unsicherheit unseres Wissens eine individuelle Antwort verlangen.

Schon Kant sprach als Philosoph der Aufklärung vom „metaphysischen Bedürfnis“, das den Menschen dazu bringe, „regulative Ideen“ über letzte Lebensbezüge zu entwickeln, ohne diese sicher beweisen zu können. In dieser Tradition fordert Jaspers auch im psychiatrischen Denken auf, bei aufkommenden Sinnfragen Mut zu zeigen, nicht allein auf festes Wissen zu bauen, sondern mit den Patienten und Klienten in suizidalen Krisen auch beständig über nie eindeutig lösbare Fragen nachzudenken.

Mit anderen Worten: In der existenziellen Kommunikation wird das therapeutische Gegenüber, das selbst keine sicheren Antworten besitzt, mit Jaspers gesprochen, zum „Schicksalsgefährten“, der „von Freiheit zu Freiheit“ hört und spricht. So entsteht ein Gespräch, in dem zwei Kulturen des Verständnisses präsent sind: das wissenschaftlich-psychologische und das philosophisch-existenzielle Verstehen. Dieses lässt keine festen Antworten zu, aber benötigt gleichwohl einige Übung, eine persönliche Vertrautheit mit nur vagen Dimensionen des Menschseins, die in die Domäne der Religion, der Philosophie, der Kunst und Literatur gehören. Jaspers hat wie wenige darauf hingewiesen, dass wir ihnen gegenüber aufmerksam sein müssen, gerade wenn es um suizidale Krisen des Menschen geht.

### III.

Vor diesem Hintergrund möchte ich zwei Fälle aus dem Bereich von Litera-

tur und Politik vorstellen, bei denen die existenzielle Problematik des suizidalen Denkens und Verhaltens prägnant hervortritt. Sie entstammen meinem Versuch, unter dem Titel *Die Verunglückten* vergleichend Lebensläufe deutschsprachiger Intellektueller darzustellen. Diese können in Verbindung mit den Werken Fragwürdigkeiten des Lebens verdichten, die uns alle angehen, gerade weil der Mensch sich ihrer im Alltag alleine nie in der Schärfe bewusst wird.

Beginnen wir mit dem Fall Ingeborg Bachmanns. Sie wurde nach dem Zweiten Weltkrieg fast schlagartig als Dichterin bekannt und hatte zuvor in Wien über Martin Heideggers Existenzialphilosophie promoviert. Ihr Kerngedanke ist, dass sein Denken – aus wissenschaftlicher Perspektive betrachtet – nur „Scheinfragen“ stelle. Diese seien nicht zu beantworten, aber der Mensch bedürfe ihrer, um das Leben in seiner Abgründigkeit zu verstehen. Weil eine argumentative Philosophie keine Antworten geben könne, seien Kunst und Literatur nötig, um das menschliche Selbstverständnis weiter zu erhellen. Bachmann begrenzte deshalb die Reichweite der Philosophie, indem sie auf Ludwig Wittgenstein und seinen *Tractatus logico-philosophicus* hinwies: „Wortüber man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen.“

Wie kann bei dem philosophischen Schweigen aber die Kunst sprechen? Bachmann ging der Frage vor genau fünfzig Jahren nach, als sie in Frankfurt die erste Poetik-Vorlesung hielt. Sie schrieb, als hätte sie Jaspers' Trennung von wissenschaftlichem und existenziellem Sprechen aufgenommen, das immer über die Weltorientierung hinausgeht: „Es gibt in der Kunst keinen Fortschritt in der Horizontalen, sondern nur das immer neue Aufreißen einer Vertikalen und die verändernde Wirkung, die von neuen Werken ausgeht, erzieht uns zu neuen Wahrnehmungen, neuen Gefühlen, einem neuen Bewusstsein.“ Dass es in der Kunst keinen sachlichen Fortschritt voranschreitenden Wissens gibt, ist eine kluge Selbstbeschränkung. Aber in der Vertikalen, dem Vagen können Werke eines poetischen Denkens zu neuen Wahrnehmungen, neuem Bewusstsein erziehen. Das heißt, dichterische Werke sind solche, die erlauben, Dinge neu zu deuten, neu sehen.

Der Dichter, dem die Frankfurter Worte besonders gelten, ist Paul Celan, dem Bachmann leidenschaftlich verbunden war. Seine Gedichte gehen von der Geschichte aus, die wir erleben, aber erfüllen sich nicht in ihrem Horizont. Die Dichtung stellt vielmehr vertikale Fragen angesichts dessen, was im 20. Jahrhundert an Ungeheuerlichem geschehen ist. Wenn Bachmann vom Dichter schreibt, der „wirklichkeitswund und wirklichkeitssuchend“ sei, kommt die existenzielle Betroffenheit ihres Freundes zum Ausdruck, der seine gesamte Familie im Holocaust verloren hatte. Sie bezieht sich auf das Gedicht *Engführung*, das über dem Unglück gleichwohl ein poetisches Zeichen der Hoffnung aufrichtet. Die Menschen, an der Lagermauer zur Erschießung zusammengetrieben, richten noch im letzten Moment ein Gebet gen Himmel: „Ein Stern strahlt noch von Licht. Nichts, nichts ist verloren.“ Diese letzten Zeilen des Gedichtes zitiert Bachmann in ihrer Poetik-Vorlesung. In der scheinbar totalen Vernichtung bieten die dichterischen Worten noch einen Streifen Hoffnung: „Nichts, nichts ist verloren.“

Blickt man auf das biographische Verhältnis zwischen Bachmann und Celan, so waren sie einander die große Passion des Lebens. Die zuletzt unglückliche Liebesgeschichte begann 1948 in Wien. Ihre Höhen und Tiefen

lassen sich heute in spärlichen Briefspuren nachvollziehen. Celan lebte in Paris, Bachmann unter anderem in München. Höhepunkt ihrer Liebe war 1957 ein Treffen in Köln, von dessen ekstatischem Charakter das Gedicht *Köln, am Hof* zeugt: „Herzzeit, es stehen die Geträumten für die Mitternachtsziffer, verband, verloren, waren daheim.“ Das Gedicht preist den Moment des glücklichen Zusammenseins, einen Augenblick vollkommener Erfüllung, der nicht andauern kann. Bachmann hält sich in der Folge lebensklug auf Distanz zu Paul Celan, ahnend, dass es kaum möglich wäre, diese ekstatisch-vertikale Verbundenheit mit dem hochsensiblen Dichter in der Horizontalen weiter zu leben.

Tatsächlich kommt es nur wenige Jahre später zum endgültigen Zerwürfnis zwischen beiden, das in einer zunehmenden Entfremdung endet. Bachmann wendet sich in der Folge Max Frisch zu, der sich später wieder von ihr trennt. Sie begeht einen Suizidversuch. Die Dichterin sucht ekstatischen und exzessiven Trost in verschiedenen Lieben und flüchtigen Bekanntschaften, ohne dass eine von ihnen je die Qualität erlangt hätte, die im Verhältnis zu Paul Celan einmalig aufschien. Bachmann wird zeitweise klinisch behandelt, zumal sie einer schweren Tabletten- und Alkoholsucht verfällt. Ihre Rede *Ein Ort für Zufälle*, zum Büchner-Preis 1964 gehalten, beschreibt Berlin als topographische Metapher des großen Unglücks, das dem Einzelnen heute die Gesellschaft zufüge. Bachmann arbeitet mit Schablonen der aufkommenden Antipsychoiatrie und betont die fatale Bedeutung der Männer für das weibliche Unglück, darin die eigene Erfahrung spiegelnd. Ihre Sätze schwingen sich zu einer moralischen Eindeutigkeit auf, die bei ihrer sonstigen Fähigkeit, Ambivalenzen darzustellen, verblüfft.

Die klare Trennung zwischen Opfern und Tätern erstreckt sich auf die beiden Länder Deutschland und Österreich. Dabei weiß man heute, dass ihr Vater in Klagenfurt schon vor 1933 Mitglied der Partei gewesen war, das heißt sich aktiv zu den kommenden Tätern zählte.

In ihrem letzten Buch, dem Roman *Malina*, arbeitet sich Bachmann 1971 an diesem familiären Konflikt der Täterschaft ab. Sie beschreibt mit der titelgebenden Figur, der Malina, eine Instanz der historischen Klarheit und reflektiert zugleich, dass solche Transparenz tödliche Folgen haben kann. Schon in der kurzen Erzählung *Miranda* hatte Bachmann zuvor den Konflikt zwischen lebenszerstörender Klarheit und vitalisierendem Vergessen in psychotherapeutischer Hinsicht beschrieben. Diese Lösung wird inkarniert von der Figur der Miranda, der sich Verwundernden. Entlang von Vorstellungen des eigenwilligen Arztes Georg Groddeck, der lebenstragende Illusionen als therapeutisch wichtig herausgestellt hatte, gleicht Miranda ihre – metaphorisch bedeutsame – Kurzsichtigkeit meist nicht durch eine Brille aus. Sie will das Elend ihres Lebens nicht deutlich erkennen müssen. Miranda zahlt für ihr aktives Verleugnen; ihr Leben misslingt zuletzt. Die Utopie des gelungenen Nichtsehens wendet sich am Ende ins Gegenteil. Die Kurzsichtigkeit zerstört durch das, was Miranda übersieht, ihre Partnerschaft und damit ihr Leben.

Die Zerstörungskraft des selbstvergebenen Lebens entwickelt Bachmann als Problematik am deutlichsten in *Malina*, dem einzigen Werk, das aus dem Zyklus der *Todesarten* je erschien. Malina, die Figur, die dem Buch den Namen gibt, ist die aufklärerische Instanz, als solche nicht zufällig Militärgeschichtler. Das andere Gegenüber des Ich, Ivan, steht in dem Bewusstseinsroman für Momente des Glücks, die Fähigkeit, im

ekstatischen Zusammensein die unglückliche Welt zu vergessen. Es geht um einen Ausnahmezustand, den „anderen Zustand“, den Bachmann schon in frühen Essays zu Robert Musil gefeiert hat. Ivan ermöglicht in dem aufklärten Leben Momente des Herausstehens, die Injektionen von Liebe. Kunstvoll spiegelt Bachmann in den inneren Monologen das zerrissene Bewusstsein des Ich, das zwischen Aufklärung und Vergessen zu wählen hat. Bis zuletzt lässt das Ich immer wieder die Einsicht in das Unglück hinter sich, um glücklich mit Ivan zu leben.

Die herbe Realität geht in Alpträume über, in der Vater-Figuren und Lagerbilder prominent sind. Im biographischen Horizont kann man darin auch den Konflikt mit dem Vater erkennen, der sich zu den Nationalsozialisten zählte. Der Einzige, der die Präsenz des allgegenwärtigen Vaters bannen kann, ist die Figur des „Fremden“, in der Paul Celan zu erkennen ist. Er hatte sich 1970, vor Abschluss des Buches, das Leben genommen, so dass Bachmann noch Passagen in den Roman einfügen kann, die ihre Liebe und sein Sterben als erfüllte Passion andeuten. Nur dieser Traum kann im Roman die väterliche Gewalt für Momente bannen. Aber es gibt keine Dauer für die erfüllte Lebenswelt, die das Ich in den elegischen Erinnerungssequenzen vergegenwärtigt.

Am Ende des Romans nehmen die Injektionen von Liebe ab, die ihr Ivan schenkte. Die Aufklärung nimmt zu und zuletzt steht der monumentale Satz: „Es war Mord.“ Die Ich-Figur verschwindet in der Wand: Es bleibt vollkommen offen, wie das passiert, aber die Aufklärung führt sozusagen in die Vernichtung des Ich. Es folgt dem Tod des „Fremden“, der auf dem Transport ertrunken sei. Das persönliche Unglück wird im großen Unglück des Holocaust geschildert, dem zuletzt Celan erlag, als er sich in der Seine das Leben nahm. Dass im Werk, auch in *Miranda*, immer wieder Szenen der Verbrennung geschildert werden, lässt sich aus dunklen Ahnungen Bachmanns verstehen. Sie erlag im Herbst 1973 nach Wochen im Krankenhaus dem Verbrennungstod, ausgelöst von einer Zigarette, die sie unter Tablettenwirkung dösend im Bett geraucht hatte.

So erfüllten sich in ihrem Leben auf zufällige Weise die suizidalen Fantasien ihrer Protagonisten, deren Bewusstseinszustände auch etwas von Bachmanns innerer Dynamik abbilden. Aufklärung ist demnach, wenn sie konsequent durchgeführt wird, etwas Vernichtendes. Aber die andere Seite, die Liebe, muss zu kurz greifen, sie gelingt nicht auf Dauer, und das ekstatische Abenteuer wirkt selbstzerstörerisch. Therapeutisch waren Bachmanns philosophische Lebensfragen nicht zu lösen. Sie war nicht bereit, pragmatisch zu handeln, sondern wollte die Fragwürdigkeit der Realität zwischen Aufklärung und Illusion ausleben.

Sich ihr Leben und Schreiben zu vergegenwärtigen, kann helfen, den notwendig begrenzten Horizont therapeutischen Handelns anzuerkennen, der um des Überlebens willen die Abgründigkeit der Wirklichkeit übergehen muss. Die Offenheit für die existenzielle Dimension des Lebens schafft einen wichtigen Resonanzraum. In diesem kann die Lebensproblematik zur Sprache kommen, die nicht aufzulösen ist, aber im Überleben vielleicht verwandelt werden kann. Die Dichtung ist ein Versuch, der Bachmann über lange Zeit half, mit der inneren Not zu leben.

#### IV.

Anders ist der politische Fall der Ulrike Meinhof gelagert. Die Gründung



Die ehrenamtlichen Mitarbeiter und Vorstände des Beratungsdienstes DIE ARCHE waren zur Fachtagung und zur öffentlichen Veranstaltung in die Katholische Akademie gekommen.

der Münchener Arche im Jahr 1969 fällt in die Zeit, da sich die bekannte Journalistin zunehmend in Kreisen der Berliner APO radikalisierte. Begonnen hatte Meinhof fünfzehn Jahre vorher als herausragende Studentin der Pädagogik, Kunstgeschichte und Philosophie. Die Semesterberichte an die Studienstiftung des deutschen Volkes zeigen ihre feinfühlig ambivalente, die kaum die Entwicklung zu einer gewaltbereiten Terroristin ahnen lassen. Diese verlief, so meine Kernthese, über die von Meinhof anfangs gepflegte offene Kommunikation in kleinen Zirkeln, die zunehmend politisch geschlossenere Formen annahm, so dass eine stufenweise Radikalisierung ihres Denkens und Handelns folgte.

Am Anfang des Weges stand die apolitische Protestantin, die als Marburger Studentin sehr aktiv in religiösen Kreisen war, bevor sie aufgrund ihres rhetorischen Talents in der Anti-Atom-Bewegung an der Universität Münster rasch ins Zentrum politischer Zirkel rückte und ihre religiöse Innerlichkeit weit hinter sich ließ. Über die Hamburger Zeitschrift *konkret* geriet sie später in Bohème-Kreise um ihren Mann Klaus Rainer Röhl. Ebenso waren in den bürgerlicheren Kreisen Joachim Fest und Marcel Reich-Ranicki von ihrer Intellektualität fasziniert. Als die Ehe zerbrach, tauchte Meinhof 1966 in die studentische politische Szene um Rudi Dutschke, bis sie in Berlin Andreas Baader und Gudrun Ensslin kennenlernte.

1970 wurde sie plötzlich bei der Befreiung Baaders von einer Sympathisantin zur Terroristin, als sie sich entschied, mit ihm zu fliehen. Der Sprung in die Illegalität veränderte ihr Leben vollkommen. Ab diesem Augenblick herrschte immer mehr eine hermetisch geschlossene Form der Kommunikation, in der Meinhofs ureigene Fähigkeit, ambivalent zu sein, nicht mehr erwünscht war. Der Druck von innen wie von außen wurde 1972 nach der Verhaftung immer stärker. In der ideologischen Hermetik war nun ein verschärft eindeutiges Denken und Verhalten verlangt. Es kam in der gemeinsamen Gefängniszeit auch zu Formen der gegenseitigen Selbstzerfleischung der Inhaftierten. Meinhof galt als bürgerliches Hätschelkind, die ihre intellektuelle Brillanz und Ambivalenz verdächtig gemacht hatte. Die erhaltenen Zellenkassiber zeigen ein übereindeutiges Verhalten, das bis hin zur Selbstbezüglichung schlimmster Art reichte.

Im Mai 1976 spitzte sich die Lage noch zu, nachdem im Stammheim-Prozess die Rede auf das Attentat auf das Hamburger Springer Verlagsgelände

gekommen war, bei dem Ulrike Meinhof federführend gewesen war und Arbeiter schwere Verletzungen davongetragen hatten. Gudrun Ensslin distanzierte sich von ihr und hatte sie schon zuvor als „Messer im Rücken der RAF“ bezeichnet. Um ihre Integrität zu beweisen, blieb Meinhof nur der Weg in den Tod. Sie erhängte sich wahrscheinlich selbst, auch wenn der Suizid vielfach angezweifelt wird.

Blickt man von ihrer Biographie auf das Geschehen, so kann man wiederum ein inneres Gespräch mit der väterlichen Welt feststellen. Werner Meinhof war ein an sich unpolitischer Christ gewesen, der um der Karriere als Kunsthistoriker willen bald nach 1933 Parteimitglied geworden war und im Sinne von Luthers Zwei-Reiche-Lehre dem Staat äußerlich gehorchte, während er sich innerlich auf Abstand hielt. Meinhof hatte die intellektuelle Seite des Vaters geerbt, sprach in den Studienberichten oftmals von ihm und der religiösen Innerlichkeit, wie sie in Kunstwerken sich zeige. Aber in ihrer Radikalisierung nahm sie zuletzt einen anderen Weg, der im politischen Protestantismus des Thomas Müntzer vorgezeichnet war. Dieser hatte nicht das Reich Gottes als fernen Trost sehen wollen, sondern mit seinen Bauern 1525 mit dem Opfer des eigenen Lebens göttliche Gerechtigkeit jetzt erlangen wollen. Man kann sagen, dass Ulrike Meinhof in diesem Sinne mit ihrem eigenen Tod in einer Zeit der internen Vorwürfe ein Zeichen der radikalen Entschiedenheit hatte setzen wollen.

Dass sie seit den frühen Studienjahren für Passionsgeschichten eine besondere Sympathie empfand, zeigen ihre Briefe. Nun verabschiedete sie die ästhetische Sublimierung und machte das eigene Leben zu einer politischen Passionsgeschichte, deren tiefere Motive nicht ohne ihre religiösen Hintergründe zu verstehen ist. Die suizidale Dynamik zeugt von der Spannung, die Fragwürdigkeit einer unerträglichen Realität jetzt beantworten zu wollen, unfähig oder nicht willens, länger noch die eigenen Ambivalenzen auszuhalten. Die Religionsgeschichte, die Meinhof familiär bedingt vor Augen stand, bietet in Thomas Müntzer ein berühmtes Beispiel für den Übergang in die tödliche Radikalität. Demnach stellt Gewalt nicht mehr ein Monopol des Staates dar, sondern sie kann auch von dessen Opfern angewandt werden, bis hin zur bewussten Autodestruktion.

#### V.

Ingeborg Bachmann und Ulrike Meinhof stehen für eine Wahrnehmung

der Wirklichkeit, in der das persönliche Unglück sich im größeren Unglück der jüngsten Geschichte spiegelt. Als Philosophin hat Hannah Arendt den Zivilisationsbruch zunehmend beschrieben, der die jungen Intellektuellen beunruhigte und von der Vätergeneration lange mit Schweigen bedacht wurde. Obwohl sie in ihren Werken die Struktur totaler Herrschaft im 20. Jahrhundert untersucht hatte, ging Arendt nicht wie viele andere Intellektuelle von einer eindeutigen Theorie der Geschichte aus. Arendt war als Exilantin im amerikanischen Exil weder Teil der europäischen Linken, noch gehörte sie zu den Konservativen, die im Politischen eine entgegengesetzte Position mit großer Eindeutigkeit vertraten. Zwischen den polarisierten Lagern stand sie bis 1989 am Rand der philosophischen Wahrnehmung. Sie dachte nicht in großen Theorien, sondern vom Einzelnen her, von der Vielzahl möglicher Meinungen, die im politischen und privaten Raum sich artikulieren können.

Am Beginn ihrer amerikanischen Zeit und im Jahr 1975, als sie starb, verteidigte sie die Pluralität der Menschen im Blick auf die antike Figur des Sokrates. Er stehe gegen die philosophische Tendenz, in der unübersichtlichen Wirklichkeit eindeutige Wahrheiten und feste Werte vorzugeben, die uns orientieren könnten. Für Arendt war mit Blick auf den Skeptiker sehr deutlich, dass selbst der Philosoph keinen privilegierten Zugang zur Wahrheit besitzt, sondern dass vorläufige Meinungen und Ansichten unser aller Schicksal sind. Wir können mit Sokrates nur sagen, wie die Welt uns jeweils erscheint, und uns darüber austauschen, ohne einer „tyrannischen Wahrheit“ zu folgen. Hannah Arendt sprach sogar davon, dass wir im Dialog mit uns selbst als solchen leben müssen, die mit sich eine Pluralität haben. Wir müssten uns als Menschen erkennen, die in sich verschiedene Ansichten zu vereinen haben.

Folgt man dem Menschenbild Arendts, so ist der Mensch innerlich und äußerlich umstritten. Er ist einer Vielfalt von Meinungen ausgeliefert, die ein hohes Vermögen von Ambivalenz voraussetzen. Die Pluralität gehört zu uns als modernen Individuen. Und der Dialog, das ist der interessante Gedanke bei Arendt, kann in gewisser Weise zur relativen Eindeutigkeit befreien. Denn im Gespräch bin ich herausgefordert, mich vorläufig für eine Meinung zu entscheiden, als eine Person zu erscheinen, auch wenn viele Optionen im Hintergrund noch präsent sein mögen. Im Angesicht des anderen trete ich im Gespräch als eine Person auf, auch wenn deren Gestalt mich nicht gänzlich ausmacht. Der Dialog bietet die Chance, situativ eine soziale Eindeutigkeit zu erlangen, so dass unsere Fähigkeit zur Ambivalenz entlastet wird.

Was heißt diese Idee von dialogischer Pluralität und sozialer Identität für das therapeutische Verhältnis? Es lohnt, an dieser Stelle nochmals zurück auf Karl

Jaspers und seinen Gedanken der zwei Kulturen zu kommen. Mit der Kultur des wissenschaftlichen Wissens ist die Notwendigkeit verbunden, neue biologische, psychologische oder soziale Kenntnisse sich anzueignen, die gerade auch im Umgang mit suizidalen Menschen wichtig sind. Daneben ist es aber zum Verständnis des einzelnen Menschen und der weltanschaulichen Horizonte, an denen er seine Meinungen ausrichtet, wichtig, diese von Ideen geprägten Vorstellungen zu verstehen. Solches Verstehen reicht in existentielle, begrifflich schwer zu fassende Zonen des Lebens.

So steht neben der Kultur des fachlichen Wissens die Kultur des sokratischen Wissens, die gerade davon lebt, in Bereiche des Vermutens und Nichtwissens zu reichen. An diesen Grenzen berichten wir uns gegenseitig, wie uns die Welt erscheint, was wir meinen. Der Therapeut wird zum Schicksalsgefährten des Menschen, der suizidale Gedanken hegt, indem er die letzte Unlösbarkeit der Lebensfragen zugesteht und zugleich die Position des Fragenden als eine Chance begreift, damit umzugehen.

Sich in die Lebens- und Ideenwelt von Intellektuellen wie Hannah Arendt, Ingeborg Bachmann oder Ulrike Meinhof zu versetzen, kann helfen, angesichts des großen Unglücks eine gedankliche Beweglichkeit zu erlangen. Sie gehört zur Kultur des existenziellen Verstehens, die wie das fachliche Wissen eine notwendige Bedingung des hilfreichen Gespräches mit suizidalen Menschen ist. Auch wenn man die brennenden Fragen nicht lösen kann, ist ihr genaues Begreifen ein dialogisches Ereignis, das Beziehung stiftet und Ambivalenz mindert. Eine geteilte Fragwürdigkeit ist eine halbe Fragwürdigkeit. Sie löst sich nicht auf, aber kann ihren allzu großen Schrecken verlieren. Wir müssen lernen, mit Nietzsche gesprochen, die Masken des Lebens zu verstehen, ohne sie ganz lüften zu können. Karl Jaspers sprach von der letzten Einsamkeit, in der jeder Mensch bleibe, ohne ihre Rätselhaftigkeit endgültig auflösen zu können, die dem geschichtlichen Leben innewohnt.

Die überarbeitete Rede, die am 15. November 2019 in München gehalten wurde, basiert auf Gedanken, die in folgenden Büchern enthalten sind:

- Matthias Bormuth: *Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert*, Göttingen 2008
- Matthias Bormuth: *Die Verunglückten. Bachmann, Johnson, Meinhof, Améry*, Berlin 2019
- Hannah Arendt: *Sokrates. Apologie der Pluralität*, hrsg. von Matthias Bormuth, Berlin 2016
- Karl Jaspers: *Leben als Grenzsituation. Ein Leben in Briefen*, hrsg. von Matthias Bormuth, Göttingen 2019 □

## Zu den Paradoxien suizidalen Erlebens und Handelns: psychoanalytische Perspektiven

Benigna Gerisch

### Präambel

Sich selbst ein Ende zu setzen, ist eine ungeheuerliche Tat. Man spricht nicht gern über Selbsttötungen. Sie sind unheimlich, angsteinflößend und verschlagen einem nicht selten die Sprache. Und doch ist vielen wenigstens der Gedanke an ein eigenmächtiges Ende vertraut, wie es bereits Albert Camus bemerkte – und er geht ihnen nahe.

Über den Suizid nachzudenken, bedeutet einen Versuch der Annäherung an subjektive Beweggründe und gesellschaftliche Voraussetzungen, die eine solche Tat ermöglichen bzw. nicht verhindern können. Diskurse über den Suizid reflektieren nicht nur ex negativo auf unhintergehbare Voraussetzungen für ein lebenswertes Leben, sondern auch auf anthropologische Bedingungen der Subjektwerdung, die sich um Anerkennung, Akzeptiertsein, Gesehenwerden und Geliebtwerden zentrieren und damit zugleich die Relevanz der individuellen Biographie in den Blick rücken.

In diesem Sinne sind Diskurse lebenswichtig, und genau dazu haben uns die Kolleginnen und Kollegen der Arche eingeladen, um diesen Raum zur Reflektion, anlässlich des beachtlichen 50-jährigen Bestehens der Arche, zu öffnen.

### I. Einführung

Ich möchte zu Beginn kurz an Sigmund Freud erinnern, der in uns, Psychoanalytikern und psychodynamischen Suizidologen, auch aufgrund seines bedeutenden Werkes *Trauer und Melancholie* von 1917 auf sehr lebendige und unhintergehbare Weise nachwirkt. Wir denken dabei vielleicht nur selten an seinen Tod, der ein Suizid, genauer ein assistierter Suizid war. Freud erkrankte 1923 im Alter von 67 Jahren an Gaumen- und Mundhöhlenkrebs. In den 15 Jahren seiner schweren Erkrankung musste er 350 Mal seinen Chirurgen konsultieren und zahlreiche Operationen über sich ergehen lassen. Bereits 1924 schrieb Freud zermürbt: „Das Richtige wäre, Arbeit und Verpflichtungen aufzugeben, und in einem stillen Winkel auf das natürliche Ende zu warten.“

Freuds eigener selbstbestimmter Tod verweist ganz unmittelbar auf zwei zentrale Aspekte, die den suizidologischen Diskurs von der Antike bis zur Gegenwart durchziehen. Denn die schulenübergreifenden, philosophischen Kernfragen sind: 1. ob es vernünftig sein könne, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen und 2. ob die Selbsttötung moralisch erlaubt sei. Zum anderen schwingt in diesem Argument die den Diskurs grundierende normative Unterscheidung mit, als gäbe es den hohen, respektablen, gut begründeten Suizid, der uns im Falle Freuds sofort überzeugt, und die niedere, lächerliche Selbsttötung, wenn wir, im Sprung zur Gegenwart, zum Beispiel an den Suizidversuch einer 42-jährigen Patientin von mir denken, als Reaktion auf die Todesnachricht von Michael Jackson.

Es hat in allen bekannten Kulturen und Epochen, von der Antike bis zur Gegenwart, Formen des Suizids gege-



Prof. Dr. Benigna Gerisch, Psychoanalytikerin, Hamburg

ben, und er zieht sich bis heute durch alle Gesellschaftsformen und sozialen Schichten, er betrifft beide Geschlechter, gleichwohl mit einer Vielzahl diversifizierender Ursachen und intrapsychischer Konfliktkonstellationen, unterschiedlichster Ausführungsmuster, Motive und Tötungsmittel, die vom Idiosynkratischen bis zum Stereotyp reichen. Vor dem Suizid, eine nur dem Menschen eigene Möglichkeit des Handelns, vor suizidalen Phantasien, Gedanken und Erlebensweisen, ist keiner gefeit. Den meisten, wenn nicht gar allen Menschen, ist der Gedanke an ein eigenmächtiges Ende, insbesondere aus der verstörenden Phase der Adoleszenz, durchaus vertraut.

Der Prominente, der als schön, reich und glücklich klischiert wird, kann ebenso betroffen sein, wie der Arbeitslose, Kranke oder schlicht Unglückliche. Die relativ niedrige Suizidrate in Kriegs- und Krisengebieten, im Vergleich zu jener in der westlichen Wohlstandswelt, unterläuft die traditionelle Unterscheidung von guten/echten Gründen einerseits sowie von schlechten/hysterischen andererseits. Die markante Differenz indes liegt zwischen denen, die ihr eigenmächtiges Ende nur phantasieren und jenen, die diese Phantasien und Gedanken in Handlungen, sei es Suizid oder Suizidversuch, umsetzen.

Trotz des empirisch belegten enormen Ausmaßes von Suizidalität und Suiziden auch in Deutschland begegnet uns kehrseitig eine eklatante Tabuisierung dieser autodestruktiven Praktiken. Die Tabuisierung des Suizids erschließt sich historisch vordergründig aus seiner religiösen und politischen Ächtung, gleichsam aus den klassischen Quellen des Tabus. Aber nicht minder bedeutsam ist die *Unheimlichkeit* des Suizids, eine Konnotation, die sich wie unmerkelt in die Diskurse eingeschlichen hat, und die sich als wohl wichtigster Grund für seine Ächtung und Tabuisierung erweist.

Denn quer zum Selbstoptimierungs- und Perfektionierungsstreben in der

## DIE ARCHE – 50 Jahre Hilfe

In Verbindung mit der öffentlichen Tagung fand am 15. November 2019 auch ein interner Fachtag statt, beim dem die Beratungsorganisation DIE ARCHE ihr 50-jähriges Bestehen begeht. Positiv festgestellt werden konnte, dass sich die Zahl der Suizide in Deutschland seit den 70er Jahren immerhin halbierte, wenngleich sie mit 10000 Menschen pro Jahr immer noch

sehr hoch ist. Die Beratungsstelle bietet seit fünf Jahrzehnten Menschen in Lebenskrisen und mit suizidalen Gedanken und Wünschen ein Gegenüber. Ihr Ziel, das beim Studientag noch einmal bekräftigt wurde, ist es, einen gemeinsamen Raum zu schaffen, in dem die suizidale Absicht neu reflektiert und vielleicht ein Ausweg gefunden werden kann.



Das Podium: Mit Benigna Gerisch und Matthias Bormuth (2. v. li.) diskutierte zum Abschluss der Veranstaltung noch Prof. Dr. Hans Wedler, ehem. Vorsitzender

der der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention aus Stuttgart (li.). Die Moderation hatte Prof. Dr. Thomas Giernalczyk.

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

Ähnliches gilt für die professionellen Kontexte: Denn auch wenn der Suizid der Tod in der Psychiatrie ist, wird er aus Angst vor Strafverfolgung durch die Staatsanwaltschaft, die einen Kunstfehler nachweisen könnte, und aus Angst vor Reputationsverlust innerhalb der Fachcommunity eher verhüllt als eingestanden. Dies hat zur Folge, dass suizidale Patienten, insbesondere dann, wenn sie ihre Phantasien und Erlebensweisen offen kommunizieren, es ungleich schwerer haben, einen ambulanten Therapieplatz zu finden. Es ist die Angst vor dem Suizid als einer omnipotenten Geste, die gerade dem mit Suizidalen arbeitenden Therapeuten schonungslos vergegenwärtigt, dass all seine Anstrengungen den Tod durch Suizid nicht verhindern können. Gerade deshalb sind Einrichtungen wie die *Arche* von unschätzbarem Wert in der so dünn besiedelten Versorgungslandschaft von Suizidalen.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Suizidalen stellt alle professionellen Behandler vor große Herausforderungen und ist stets mit vielschichtigen Ängsten und Skepsis bis hin zu radikaler Abwehr behaftet. Die Angst, einen Patienten durch Suizid zu verlieren, ist eklatant, und auch im Wissen um die eigene Professionalität kaum zu beschwichtigen. Antizipierte Schuld und Scham, korrespondierende Affekte des Suizidalen, wirken auch in professionellen Psychotherapeuten und befördern den zuweilen unhintergehbaren Vorbehalt, sich auf die Behandlung von Suizidalen einzulassen. Schließlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass bei aller klinischen Erfahrung und Sorgfalt in der Diagnostik, Indikation und Behandlung, es nicht immer verhindert werden kann, dass sich ein Patient am Ende doch suizidiert. Die schweren Schuldgefühle und Versagensängste, die sich einstellen, können so quälend sein, dass sie schließlich abgespalten und verleugnet werden. Die Verleugnungen des Suizids eines eigenen Patienten gehen sogar so

weit, dass sich Klinikärzte immer dann nicht mehr an den Namen eines Patienten erinnern konnten, wenn sich dieser stationär oder kurz nach Entlassung suizidiert hatte.

## II. Suizidalität aus psychoanalytischer Perspektive

Mit Sigmund Freuds Konzeptualisierungen eines dynamischen Unbewussten und der Implementierung einer psychoanalytischen Krankheitslehre, die auch den Suizid einschloss, wurde ein Paradigmenwechsel eingeläutet, der den Verstehens- und Erklärungszugang zu suizidalen Phänomenen radikal veränderte. Denn Freud postulierte bereits 1896 im Rahmen der entlang der Hysterie entwickelten Verdrängungslehre, dass ein aktueller Anlass nur dann traumatisch wirke, wenn dieser eine verdrängte, unbewusste Konflikthematik aktualisiere. Damit führte er eine zentrale Unterscheidung zwischen äußerem Anlass und der unbewussten Konflikthematik ein. Der äußere Anlass, und mag dieser auch noch so geringfügig erscheinen, erhält also erst durch diese unbewusste Vernetzung seine ungeheure Wirkkraft. Mit diesem Theorem unterlief Freud die bis dahin philosophisch grundierte, normativ-konventionelle Argumentation von guten und schlechten Gründen sowie die Überbetonung des Intentionalen und der Marginalisierung unbewusster Motive für den Suizid. Kurz: Von nun an sprechen wir nicht mehr von objektivierbaren guten oder schlechten Gründen, sondern diese sind immer schon individuell biographisch kontextualisiert und multideterminiert. Sie reinszenieren sich oftmals mit aller Heftigkeit und Wucht oder chronifiziert, stumm und diffus im therapeutischen Geschehen.

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

Zugespitzt ließe sich vorerst folgern, dass sich in der Suizidalität ein zentraler Kernkonflikt der Subjektwerdung im Sinne einer anthropologischen Konstante potenziert und verdichtet, der ein Leben lang um existenzielle Abhängigkeit vom Anderen, Fusions- und Abgrenzungswünsche, Anerkennung und deren Versagung, Separation und Autonomie, Trennung und Getrenntheit, dem Oszillieren zwischen der paranoid-schizoiden und depressiven Position, Integration und Desintegration, letztlich um die so schwer auszubalancierende Nähe-Distanz-Regulation kreist.

## III. Suizidalität und das Beziehungsparadigma

1. Im psychotherapeutischen Kontext erlebten wir uns nicht bzw. selten eingewängt in das Dilemma zwischen Anmaßung und Verpflichtung, abgesehen vom klinischen Kontext seinerzeit im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete am Universitätsklinikum in Hamburg, in dem wir eine Behandlungsverpflichtung bzw. eine Verpflichtung zur diagnostischen Abklärung hatten. Viel maßgeblicher indes sind unsere Erfahrungen, dass Patienten, die um Hilfe nachsuchen, zutiefst ambivalent sind und gerade deshalb noch etwas wollen. Das heißt, häufig geht es gar nicht darum zu sterben, sondern nicht zu wissen, wie man weiterleben kann.

2. Darin also liegt unsere Chance, nämlich eine Beziehung, ein Arbeitsbündnis herzustellen, das zu allererst darauf abzielt, etwas von der suizidalen Krise zu verstehen, nicht aber die Suizidalität wie einen Virus zum Beispiel medikamentös wegzumachen oder gar qua Vertrag zu unterbinden. Wir haben zwanzig Jahre lang ambulant mit Suizidalen ohne Suizidvertrag oder Suizidpakt gearbeitet, und dies sehr erfolgreich, in dem Sinne, dass sich nicht überdurchschnittlich viele Patienten während der Behandlung suizidiert haben, wie so manch ein Supervisor es prognostiziert hatte. Diese Haltung war insbesondere wichtig und notwendig in der Behandlung mit adolescenten Patienten, die ihre Suizidalität als potenziellen Akt der Autonomie-Rettung so hoch besetzen wie ihr Smartphone.

3. haben wir Patientinnen und Patienten nie zu überreden versucht, sich *nicht* zu suizidieren, sondern ein Beziehungs- und Verstehensangebot offeriert, was etwas ganz anderes ist, als der vielfach psychiatrisch orientierte Handlungspragmatismus.

Im Folgenden möchte ich entlang unseres Behandlungskonzeptes veranschaulichen, dass das Dilemma also nicht so sehr aufgespannt ist zwischen Anmaßung und Verpflichtung, sondern in der Frage nach der potenziellen Beziehungsfähigkeit liegt.

Im Kontext der Behandlung einer suizidalen Klientel gehen wir von Anbeginn der Frage nach, in welchem Verhältnis der äußere Auslöser, das Motiv einer suizidalen Krise, zu einer unbewussten Konflikthematik steht. Und damit eng verknüpft ist die zentrale Frage, warum ein Patient gerade jetzt, hier und heute kommt. Auch dies kann wichtige diagnostische Hinweise implizieren, weil davon auszugehen ist, dass aktuell etwas passiert sein muss, was möglicherweise zu einer weiteren Zuspitzung geführt hat. Wenn es uns gelingt, solche Zusammenhänge zu erkennen und dem Patienten auf verdaubare und dosierte Weise nahe zu bringen, dann entsteht häufig eine deutliche Spontanentlastung, die aus der unmittelbaren Erfahrung resultiert, sich selbst besser verstehen zu können und das

überwältigende Erleben mit Sinnhaftigkeit aufzufüllen. In solchen Situationen ist die akute Suizidgefahr häufig deutlich gemildert, insbesondere dann, wenn zu erkennen ist, dass der Patient sich einlassen und fortgesetzt Gespräche wahrnehmen möchte sowie in der Lage ist, eine Wartezeit bis zum Folgegespräch von ein paar Tagen bis zu einer Woche zu tolerieren und auszuhalten.

Die langfristige Isolation und schizoide Zurückgezogenheit hingegen kann, insbesondere bei Männern, ein prognostisch ungünstiges Zeichen sein, aber von hoher Relevanz ist zugleich die intrapsychische Flexibilität der verinnerlichten Objektbeziehungen, die es gleichermaßen zu prüfen gilt. Nicht selten konnten wir beobachten, dass sich Patienten in einem Zeitraum von vier bis fünf Wochen, was in etwa fünf Gesprächen entsprach, überraschenderweise soweit regenerierten, dass sie die Behandlung vorzeitig beendeten, vielleicht auch, weil sie Angst hatten, sich weiter auf die Reise in ihr „inneres Ausland“ (Freud) einzulassen. Für andere Patienten wirkt diese Erfahrung des Verstandenwerdens in angemessenem Setting, mit Zeit und Raum, wie eine Offenbarung, die den Wunsch erzeugte zu bleiben, um mehr von sich zu verstehen. „Wenn der Patient es also aushalten kann, Patient zu sein bzw. zu werden“, wie es unser Supervisor Rolf Klüwer aus Frankfurt treffend formulierte.

In manchen Erstgesprächen wiederum sind wir zunächst mit einer agierenden, massiven Abwehr konfrontiert: Herr B., 17-jährig, wurde von seiner hoch beunruhigten Mutter zu uns geschickt: Ihr Sohn ziehe sich total zurück, gehe nicht mehr zur Schule und reagiere auf Nachfragen entweder aggressiv oder mit Rückzug. Zwar hatte der Sohn den Termin telefonisch selbst vereinbart, aber schon hier zum Ausdruck gebracht, dass er auf diesen „Psychokram null Bock habe“. Zum Erstgespräch kam er 20 Minuten verspätet. Er latschte verlangsamt in die Einrichtung, Baseballkappe tief ins Gesicht, die rutschende Jeans gab den Blick auf seine Unterhose frei, die Spuren auf seinem Sweatshirt zeigten, dass es schon lang nicht mehr gewaschen worden war. Als ich ihn aus dem Wartezimmer abholte, brauchte es eine Weile, bis er sich aus dem Sessel herausgeschält hatte, betont gelangweilt und entnervt hielt er mir die Hand zur Begrüßung hin, ohne mich anzuschauen. Im Gesprächszimmer nahm er wieder eine Lümmelhaltung an, kaute geräuschvoll Kaugummi, wandte sich dann an mich sagte: „Und nu?“ Ich sagte: „Das frage ich Sie?“ Wenn ich es recht verstehe, dann haben Sie keine große Lust hier zu sein, aber Sie sind dennoch gekommen, und mich würde interessieren, warum sie gekommen sind, mal unabhängig davon, dass ihre Mutter dies wollte!“ „Keine Ahnung“, sagte er, und schwieg. Ich sagte ihm, dass es gut sei, dass er hier sei, und ich mir sicher wäre, dass er sehr wohl Ahnung von sich habe, mich würde interessieren, was los sei. Allmählich taute er auf, sagte aber als erstes drohend: „Meine Selbstmordgedanken lasse ich mir von Ihnen nicht wegmachen“. „Das hatte ich auch nicht vor“, entgegnete ich ganz ruhig, „ich will lediglich verstehen, was sie dazu bringt, nicht mehr leben zu wollen“. Er musste schmunzeln, diese Antwort erstaunte ihn und ließ ein zögerliches Vertrauen entstehen. Stockend berichtete er mir, dass er sich „total scheiße“ finde, weil er ein Mädchen, das ihm Monate lang nachgelaufen sei, sehr schlecht behandelt habe. Nun hätte sie plötzlich einen anderen, und erst jetzt wisse er, dass er sie eigentlich lieben würde, das sei doch mega-peinlich, und das wolle er auch keinem sagen, schon gar nicht den Kumpels.

Die zentrale Wende im Gespräch war der Moment, als ich dem Patienten, gewissermaßen seine Abwehr unterlaufend, versicherte, dass ich ihm seine Suizidalität im Sinne einer Autonomie-Rettungsphantasie durchaus lassen könnte, während er bis dahin unter dem Eindruck stand, dass alle sie ihm wegnehmen wollten. Nach zwei weiteren Gesprächen konnte sich der Patient auf eine Behandlung von einem knappen Jahr einlassen.

Die weit brisanteren Situationen sind die, wenn es uns im Erstgespräch nicht gelingt, auch nur annähernd eine tragfähige Beziehung zu installieren: etwa, wenn der Patient psychose-nah, ent-rückt-dissoziiert, paranoid-schizoid anmutet, oder so depressiv herabgestimmt ist, dass eine Kontaktgestaltung immer wieder kollabiert, stagniert und wie ins Leere läuft. Wenn Patienten nach ein, zwei diffusen Sätzen, die darum kreisen, wie schlecht es ihnen gehe, verstummen, in sich zusammensacken, unruhig oder starr werden. Wenn also alle Versuche, einen verstehenden Kontakt zu gestalten, scheitern. Prekär ist diese Situation insbesondere dann, wenn wir beidseitig ein enormes Gefährdungspotenzial wahrnehmen, das manifest nicht einmal artikuliert worden sein musste.

In solchen Situationen ist es angemessen, über eine stationäre Aufnahme mit dem Patienten zu sprechen. Wenn der Patient dies ablehnt, müssen wir uns fragen, für wie akut gefährdet wir den Patienten einschätzen? Besteht die Gefahr, dass er sich gleich im Anschluss an das Gespräch suizidieren wird? Gegebenenfalls müssen wir dann eine Zwangsmaßnahme ventilieren, mit der wir im Zweifelsfalle zwar ethisch und juristisch, aber darüber hinaus keineswegs auf der sicheren Seite sind. Denn sich bedroht und verfolgt fühlende Menschen können sich auch im stationären Setting suizidieren – und sie tun dies auch nicht selten.

Oft gelingt es durchaus, auch den unerreichten Patienten zu einer stationären Aufnahme zu bewegen, indem man zum Beispiel eben dieses Dilemma beschreibt: Die Wahrnehmung einer großen Not und Gefährdung einerseits und der situativen Unfähigkeit, von der gebotenen Hilfe Gebrauch zu machen andererseits. Auch durch das explizite Angebot einer poststationären ambulanten Behandlung und/oder einer adäquaten Medikation kann eine vorübergehende Entlastung und Entaktualisierung erreicht werden. In so schwierigen und dilemmatischen Situationen kann es überdies angezeigt und überaus hilfreich sein, kurzfristig eine Supervision oder ein kollegiales Fachgespräch in Anspruch zu nehmen.

In ganz und gar unauflösbaren und verstrickten Situationen kann es indes unumgänglich sein, die Behandlungsbeziehung zu beenden, wenn die akute Gefahr für den Patienten (unkontrollierbare Suizidimpulse) und den Therapeuten (gravierende juristische Konsequenzen) zu groß wird und sich durch die genuine therapeutische Technik des Übertragungs-Deutens nicht mildern und klären lässt. In einem solchen Fall, dem induzierten Behandlungsabbruch, muss aber zuvorderst die Einschätzung der Suizidalität stehen. Gleichmaßen gilt aber auch, dass eine therapeutische Beziehung unter massivem Beschuss und persistierenden Bedrohungen nicht fortgeführt werden kann und nicht fortgesetzt werden muss, unabhängig davon, wie hoch das Suizidrisiko einzuschätzen ist.

„Der Grad, zwischen altruistischen Wünschen, unseren Patienten zu helfen, und Allmachtsphantasien, sie zu heilen, ist schmal. Wir müssen uns vor der illusorischen Überzeugung hüten, nur wir allein könnten einem Patienten helfen

und nur unsere einzigartige Persönlichkeit könnte ihm nützen, anstatt unser Wissen und unsere Technik. Wir müssen in unseren Grenzen als Analytiker sogar zulassen, einige Patienten zu verlieren. Diese Einsicht kann uns dabei helfen, masochistische Unterwerfungsszenarien zu vermeiden, bei denen wir uns in einer blinden und größenwahnsinnigen Anstrengung selbst opfern“, so Glen Gabbard.

Die zentralen Fragen in der Eingangsphase sind also die nach der Akuität der Suizidalität, der Basis- und Differenzialdiagnostik einschließlich der Abschätzung des Regressions- und Strukturniveaus, der Verknüpfung von aktuellem Auslöser und unbewusster Konfliktthematik sowie der potenziellen Qualität des Arbeitsbündnisses.

### Die Behandlungsphase

Auch während einer hinreichend guten Behandlungsbeziehung kann es erneut zu einem unterschiedlich ausgeprägten suizidalen Erleben kommen, das aber häufig eine andere Qualität besitzt als die der agierenden und stürmischen Suizidalität des Auftakts. Patienten können in Kontakt mit abgespaltenen, schweren traumatischen Erfahrungen kommen, die (vorübergehend) als unaushaltbar empfunden werden und eine Zeit der tiefgreifenden Sinnlosigkeit, Ausweglosigkeit und Agonie nach sich ziehen. Das suizidale Erleben ist dann nicht mehr am Auslöser orientiert, es wirkt diffus, nebulös, kryptisch, sprachlos, gleichsam tief eingelassen in die Struktur und innere Welt des Patienten und in der Gegenübertragung nur als Stimmung wahrnehmbar. Die Fähigkeit des Therapeuten, ein angemessenes Containment während dieser suizidalen Aufwallungen zu gewährleisten, ist unverzichtbar und die originäre Deutungsarbeit auf das Minimalste zu beschränken.

Frau K. beispielsweise musste mir über viele Stunden immer wieder die Auffindesituation ihrer in der Wohnung ermordeten Mutter erzählen. Das fünfjährige Mädchen hatte etliche Stunden vor der abgeschlossenen Schlafzimmertür verharrt, weil die Mutter ihr ein Geschenk versprochen hatte, wenn die Tochter sie länger als bis neun Uhr schlafen ließe. Schließlich wandte sie sich voller Verzweiflung an einen Nachbarn, der die Tür aufbrach. Frau K. hatte diese Szene vergessen und erst wieder erinnert, als sie an ihrem Geburtstag eine gefühlte Ewigkeit auf ihren Freund gewartet hatte, der am Ende nicht kam, weil er nach einem Nachtdienst verschlafen hatte. In suizidaler Absicht habe sie sich daraufhin ein Messer in den Hals gerammt. Ich selbst erlebte mich in diesen „Erinnerungs-Stunden“, via projektiver Identifizierung, wie eben dieses Mädchen: starr, angewurzelt auf dem Stuhl, ohnmächtig, unfähig etwas zu tun oder zu sagen, außer auszuhalten.

Sehr narzisstisch strukturierte Patienten wiederum können mit dem Erreichen der depressiven Position – oder ihren Vorhöfen – in Entsetzen über die eigene Destruktivität geraten. Durch den sich vergrößernden Realitätsbezug – nicht der andere, sondern ich bin böse – kann sich das suizidale Erleben deshalb erneut zuspitzen, weil der Prozess der realistischeren Selbstreflexion zur Überprüfung der eigenen Liebes- und Beziehungsfähigkeit zwingt.

### Die Abschlussphase

Vor dem Hintergrund des klinischen Wissens, dass Suizidale häufig traumatische Trennungserfahrungen gemacht haben und eine unaushaltbare Trennung oft genug der aktuelle Auslöser

der suizidalen Krise ist, kommt der Einleitung des Endes der Behandlung eine eminente Bedeutung zu. In der Regel kommt es in der Endphase nicht nur zu einer Reaktualisierung schmerzhafter Affekte, quälender Trauer oder depressiver Zustände, sondern auch zu einem mehr oder weniger ausgeprägten Acting-in oder Acting-out. Durch eine rasante Befindlichkeitsverschlechterung kann der Patient den Therapeuten zu zwingen versuchen, das Ende hinauszuzögern oder gar gänzlich davon abzusehen. Nicht selten werden manifeste Suizid-Ankündigungen formuliert, die Terminierungen fallen mit dem Tag des Behandlungsendes zusammen oder werden kurz danach festgesetzt. Der Patient kann aber auch selbst, aus Rache, Wut und Groll im Sinne einer Wendung vom Passiven ins Aktive, das vorzeitige Ende bestimmen, indem er den letzten Stunden fernbleibt und damit Besorgnis, Angst und Unruhe im nun seinerseits verlassenen Therapeuten erzeugt, um sich zumindest in absentia im Anderen zu verankern. Gelegentlich versuchen Patienten, das drohende Ende aber auch durch eine Schwangerschaft, das Eingehen neuer Liebesbeziehungen oder die überstürzte Aufnahme einer weiteren Therapie zu bewältigen.

Grundsätzlich ist es fatal, wenn Therapeuten mit der Rolle des omnipotenten Retters identifiziert sind, denn „sie handeln häufig im Sinne der bewussten oder unbewussten Annahme, sie könnten ihm (dem Patienten, B.G.) die Liebe und Fürsorge geben, die andere ihm nicht geben konnten, und seinen Wunsch zu sterben dadurch auf magische Weise in den Wunsch zu leben verwandeln“, so wieder Gabbard. Was auf diese Weise aus dem Blick gerät ist, dass der Patient dem Therapeuten projektiv die Rolle des Scharfrichters zugewiesen hat, dem er beweisen will, dass nichts was er tut, je ausreichen und gut sein wird, so Herbert Hendin bereits 1963: „Somit ist es paradoxerweise der Arzt, der sich so sehr anstrengt, den Patienten am Leben zu halten, der ihn, unbewusst, am ehesten zu dem treibt, was ihm mittlerweile als einzige noch mögliche autonome Handlung bleibt – nämlich Selbstmord.“ Das heißt übersetzt für die Abschlussphase, dass die Lockerung des Rahmens oder die manipulativ erzwungene Rücknahme der Beendigung keineswegs eine suizidprophylaktische Wirkung entfaltet, sondern kontraproduktiv die Verfestigung einer sadomasochistischen Verclinchung sowie ein suizidales Agieren induzieren kann.

Zusammengefasst besteht das Kernziel der Behandlung Suizidaler nicht darin, suizidales Erleben und suizidale Phantasien wie einen malignen Virus ein für alle Mal auszutreiben, sondern einen inneren Raum zu schaffen, der es dem Patienten ermöglicht, mittels seiner gewonnenen selbstanalytischen Fähigkeiten über sein Empfinden nachzudenken, es auszuhalten und sinnhaft zu kontextualisieren. Allein dadurch kann der affektiv aufgeladene Handlungsdruck langfristig bezähmt und in Repräsentations- und Symbolbildungen transformiert werden.

### IV. Schlussbemerkung

Suizidalität ruft reflexhaft die Frage nach dem *Warum* auf und konfrontiert auch die Fernstehenden mit der Ahnung, es könne um diese Gesellschaft nicht zum Besten bestellt sein, wenn so viele Menschen bereit sind, total mit ihr zu brechen – um den Preis ihres Lebens. Die traditionell medizinisch-psychiatrische Krisenintervention war stets eher handlungsorientiert und managend am äußeren Auslöser orientiert, geleitet von der Vorstellung, durch die Veränderung äußerer Rahmen- und Lebensbe-

## Referate auch als Audios

Beide Referate des Tages sind im YouTube-Kanal der Katholischen Akademie in Bayern auch nachzuhören.

Der Vortrag von Benigna Gerisch unter <https://www.youtube.com/watch?v=2iPFJnMtvFM>

und der von Matthias Bormuth unter [https://www.youtube.com/watch?v=si\\_fcJLxH-8](https://www.youtube.com/watch?v=si_fcJLxH-8)

dingungen suizidprophylaktisch wirksam sein zu können.

Suizidalität kann hingegen in ihren komplexen Bedeutungsfacetten psychodynamisch verstanden und behandelt werden, sofern dafür ein adäquates Behandlungskonzept und ein angemessener Zeitrahmen zur Verfügung steht.

Denn die Behandlung suizidgefährdeter Menschen braucht vor allem Zeit und einen stabilen Rahmen, wie überhaupt psychische Veränderungsprozesse nicht beliebig verdichtet oder beschleunigt werden können. Hier ist zudem die hohe Rezidivquote von signifikanter Relevanz: Jeder Dritte wiederholt einen Suizidversuch, und jeder Zehnte, der schon einmal einen Suizidversuch unternommen hat, stirbt durch einen Suizid.

In ethischen und philosophischen Diskursen wird gern mit der Sentenz von Jean Améry (1976), der vom Suizid als einem Privileg des Humanen sprach, die Selbsttötung als freie Willensentscheidung und Selbstbestimmungsrecht legitimiert. Dabei wird stets die von Améry nachgesetzte Forderung außer Acht gelassen, dass eine Gesellschaft dafür sorgen solle, dass von diesem Privileg kein Gebrauch gemacht werden müsse.

Das Problem stellt sich also anders dar und weist weit über die Frage der Selbstbestimmung hinaus: Wie sich gezeigt hat, verfügt die zeitgenössische Psychoanalyse über komplexe ätiopathogenetische Erklärungsmodelle und klinisch profunde Behandlungstechniken, die aber noch längst keine angemessene Implementierung in die psychiatrisch-psychotherapeutische stationäre wie ambulante Versorgungslandschaft gefunden haben. Während insbesondere infolge der Suizide von Prominenten der Ruf nach wirksamer Suizidprophylaxe laut wird, verebbt er rasch im Zuge der Diskussion um adäquate Behandlungsmöglichkeiten, die nämlich, wenn sie einen angemessenen und unverzichtbaren Zeitrahmen veranschlagen, im Gegensatz zur favorisierten medikamentös und krisenorientierten Intervention, als zu aufwendig und zu kostenintensiv diskreditiert werden.

Wenn wir aber die Erschütterungen, die von einem öffentlichen Suizid, dem Suizid eines Patienten oder suizidalen Angehörigen ausgehen, konsequent ernst nehmen und konstruktiv nutzen wollen, dann wird es unerlässlich sein, über dieses auch gesundheitspolitisch relevante Phänomen auf der Basis der elaborierten psychoanalytischen Verstehens-, Erklärungs- und Behandlungsmodelle neu nachzudenken, um mittel- und langfristig eine wirklich nachhaltige Suizidprophylaxe zu gewährleisten, mit all ihren ökonomischen, gesellschaftlichen und soziokulturellen Folgen. □