

# Leidfaden

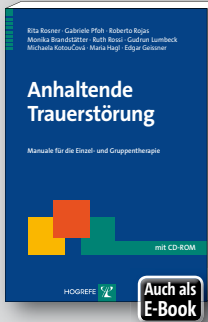
FACHMAGAZIN FÜR KRISEN, LEID, TRAUER



# Aus Suizid SWE G Los!?

Linus Geisler Das Gespräch mit dem suizidalen Patienten    Eduard Zwierlein  
Über die dreifache Trauer nach Suizid    Arnold Langenmayr Psychodynamische  
Hintergründe von Suizid und Suizidversuch    Marcus Sternberg im Gespräch  
mit Dr. Dirk Enke Warum?    Ruth Baumann-Hölzle und Anja Huber Soll die Hilfe  
zur Selbsttötung eine ärztliche Tätigkeit werden?

# Buchtipps

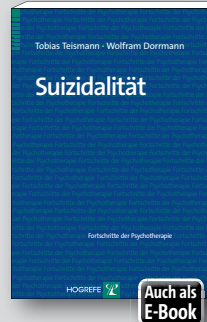


Rita Rosner et al.

## Anhaltende Trauerstörung

Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie

(Reihe: »Therapeutische Praxis«)  
2015, ca. 160 Seiten, Großformat,  
inkl. CD-ROM,  
€ 49,95 / CHF 66,90  
ISBN 978-3-8017-2435-1



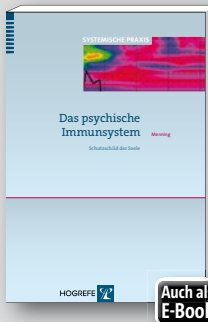
Tobias Teismann  
Wolfram Dorrmann

## Suizidalität

(Reihe: »Fortschritte der  
Psychotherapie«, Band 54)  
2014, VI/92 Seiten,  
€ 19,95 / CHF 28,50  
(Im Reihenabonnement  
€ 15,95 / CHF 22,90)  
ISBN 978-3-8017-2436-8

Der Band beschreibt anwenderorientiert die Behandlung der Anhaltenden Trauerstörung. Neben einer Übersicht zum Stand der aktuellen Forschung und zur Diagnostik beinhaltet das Buch zwei Manuale – ein stationäres Gruppentherapieprogramm und ein ambulantes Einzeltherapiemanual. Nach dem Beziehungsaufbau geht es bei der Behandlung um die Bearbeitung von Schuldgefühlen, um die Anpassung an die veränderten Lebensbedingungen und die bei vielen Betroffenen vorhandenen Vermeidungssymptomatik. Schließlich stehen die veränderte Beziehung zum Verstorbenen und eine Neuorientierung im Vordergrund.

Pro Jahr sterben in Deutschland etwa 10.000 Menschen an einem Suizid. Der Band liefert epidemiologische, theoretische und diagnostische Informationen zum Verstehen und Erkennen suizidaler Entwicklungen und Krisen. Im Hauptteil des Buches werden diagnostische und therapeutische Strategien zum Umgang mit akuter Suizidalität praxisbezogen beschrieben. Es werden u.a. konkrete Hinweise zur Risikoabschätzung, zur Beziehungsgestaltung, zur Förderung von Selbstkontrolle und zum Umgang mit wiederkehrender Suizidalität sowie zur Suizidprävention gegeben.



Hans Menning

## Das psychische Immunsystem

Schutzschild der Seele

(Reihe: »Systemische Praxis«)  
2015, ca. 120 Seiten,  
ca. € 24,95 / CHF 35,50  
ISBN 978-3-8017-2495-5



Kathlen Priebe · Anne Dyer  
(Hrsg.)

## Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie

2014, 261 Seiten,  
€ 29,95 / CHF 39,90  
ISBN 978-3-8017-2606-5

Die Widerstandskraft, die Stärke und Robustheit des psychischen Immunsystems bestimmt, wie gut wir gegen Traumata geschützt sind. Es hat sich gezeigt, dass unter anderem Resilienz, die Fähigkeit, die eigenen Gefühle zu regulieren und Ressourcen zu nutzen von großer Bedeutung sind. Das Buch beleuchtet, was das psychische Immunsystem leistet, wie man es ankurbeln und stärken und seine Fähigkeit zur stetigen Selbstorganisation aufrechterhalten kann.

In diesem Buch beschreiben Vertreter unterschiedlicher therapeutischer Richtungen Metaphern, Geschichten oder Symbole, die sich in ihrer persönlichen Arbeit bewährt haben. Nach einer kurzen Skizzierung der theoretischen Grundlagen wird die jeweilige Metapher, Geschichte bzw. das Symbol konkret beschrieben, die Nutzung anhand von klinischen Beispielen verdeutlicht und es werden Tipps für die praktische Arbeit gegeben. Die Vielfalt der beschriebenen Metaphern, Geschichten und Symbole liefert zahlreiche Impulse für das therapeutische Handeln.

HOGREFE



Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Merkelstraße 3 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 99950-0 · Fax: -111  
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

*»Es gibt nur ein wirklich ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord. Sich entscheiden, ob das Leben es wert ist, gelebt zu werden oder nicht, heißt auf die Grundfrage der Philosophie antworten. Alles andere – ob die Welt drei Dimensionen und der Geist neun oder zwölf Kategorien hat – kommt später. Das sind Spielereien; erst muss man antworten.«  
Albert Camus (Der Mythos des Sisyphos, 1942)*

## Aus-Weg-Los!?

Ob der Suizid einen Ausweg darstellt oder Ausdruck von Ausweglosigkeit ist, wissen wir nicht – auch nicht, ob sich Menschen aus Hoffnungslosigkeit töten oder aus Hoffnung auf ein »Danach«. Spielen psychische Erkrankungen eine Rolle? Geschehen Suizide wohlüberlegt und gut geplant? Die Konfrontation mit dem Suizid wirft Fragen auf: rechtliche, religiöse, moralische, ethische und philosophische. Wie steht es um die »Freiverantwortlichkeit«? Warum galt der Suizid nach katholischem Kirchenrecht noch bis 1983 als Todsünde? Worum geht es eigentlich bei der Diskussion zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid?

In Deutschland beenden jedes Jahr etwa 10.000 Menschen ihr Leben selbst. Wir wollen die Fragen beleuchten, die dieses Phänomen in unserer Gesellschaft hervorruft. Prof. Reinhard Lindner sagte dazu in einem Interview: *»Für mich ist es nicht die entscheidende Frage, ob der Suizid erlaubt, verboten, moralisch zulässig oder verwerflich ist – entscheidend ist die TATSACHE, dass wir es können. Der Mensch hat jeden Tag die Möglichkeit, sich für oder gegen das Leben zu entscheiden – damit gilt es umzugehen.«* Zu erleichtern, über Ereignisse zu sprechen, die uns sprachlos werden lassen – das war die Herausforderung dieses Heftes. Wohlwissend, dass wir nur einen Ausschnitt beleuchten können, sind wir den Autorinnen und Autoren dieses Heftes dankbar: Angehörigen, Begleitern, Therapeuten, Wissenschaftlern. Wir hoffen, dass ihre Impulse zum Weiterdenken anre-

gen und dazu beitragen, dem Thema Suizid freier von Vorurteilen, Bewertungen und Deutungsversuchen zu begegnen.

Vielen Dank auch an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, deren Broschüre »Reflexionen zum ärztlich assistierten Suizid« diesem Heft beigelegt ist.



Sylvia Brathuhn



Thorsten Adelt



Heiner Melching



Wir möchten *Peter Herkenhoff* an dieser Stelle ganz herzlich danken. Der 48-Jährige hat nach einer Ausbildung zum Polizeibeamten im Bundesgrenzschutz Volkswirtschafts-

lehre studiert, parallel die Kölner Journalistenschule absolviert und anschließend mehr als zehn Jahre im In- und Ausland als Wirtschafts- und Politikredakteur für verschiedene Printmedien geschrieben. Wir haben ihn während eines Seminars im Rahmen seiner Ausbildung als ehrenamtlicher Mitarbeiter bei einem Hospizverein in Düsseldorf kennengelernt und freuen uns, dass er uns beim Redigieren der Manuskripte unermüdlich unterstützt hat.



10 Linus Geisler | Das Gespräch mit dem suizidalen Patienten

## Inhalt

### 1 Editorial

4 Eduard Zwierlein unter Mitarbeit von  
Sabine Zwierlein-Rockenfeller

**WARUM? Zur Deutung des Suizids**

10 Linus Geisler  
**Das Gespräch mit dem suizidalen Patienten**

16 Kurt Zilles  
**Meine Zwillingsschwester Christa**

19 Sylvia Brathuhn  
**»Am liebsten wäre ich tot ...«**

24 Eduard Zwierlein  
**Über die dreifache Trauer nach Suizid**

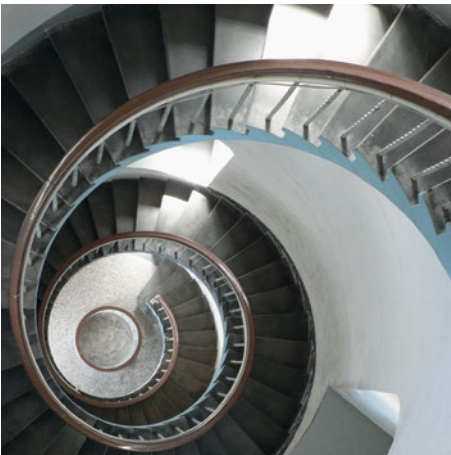
29 Interview mit Reinhard Lindner  
**Die Verbindung mit anderen Menschen  
ist der größte Schutzfaktor**

32 Elfriede Loser  
**Die Seele macht nur kleine Schritte ...**

34 Reiner Anselm  
**Grenzfall des Lebens**

37 Sylvia Brathuhn, Thorsten Adelt und Heiner Melching  
**»Unterbrechung einer Dienstfahrt ...«**

40 Arnold Langenmayr  
**Psychodynamische Hintergründe von  
Suizid und Suizidversuch**



24 Eduard Zwierlein  
Über die dreifache Trauer nach Suizid

37 Sylvia Brathuhn und  
Thorsten Adelt  
**»Unterbrechung  
einer Dienstfahrt ...«**





- 45** Reinhard Lindner  
**Wenn das Altwerden zur Last wird**
- 48** Rüdiger H. Jung  
**Sinnstrebigkeit und Wertebezug als  
das eigentlich Menschliche**
- 53** FLORIAN – Mein kluges, wunderschönes Kind
- 58** Marcus Sternberg im Gespräch mit Dr. Dirk Enke  
**Warum?**
- 62** Ruth Baumann-Hölzle und Anja Huber  
**Soll die Hilfe zur Selbsttötung eine  
ärztliche Tätigkeit werden?**
- 69** Franco Baumgartner  
**Suizidgefährdete bei der Schweizerischen  
Dargebotenen Hand**
- 72** Chris Paul  
**(K)eine Trauer wie jede andere?**
- 78** Christina Gerlach  
**Ärzte sterben anders**
- 80** Franziska Kopitzsch  
**Émile und die Detektive**
- 84** Reinhard Lenzen-Fehrenbacher  
**»Manchmal ist es einfach traurig ...«**
- 87** Marcus Freitag und Monika Pientka  
**»Einsatzanlass Suizid«**

- 92** Fortbildung
- 94** Aus der Forschung
- 96** Rezensionen
- 98** Nachrichten
- 101** Vorschau
- 102** Impressum



78 Christina Gerlach | Ärzte sterben anders

## WARUM? Zur Deutung des Suizids

In memoriam Paul Ludwig Landsberg (1901–1944)<sup>1</sup>

Eduard Zwierlein

unter Mitarbeit von Sabine Zwierlein-Rockenfeller

### Tatsachen, Wörter, Definitionen

Seit 2003 ist der 10. September Welttag der Suizidprävention. Ein solches Zeichen ist wünschenswert. Denn weltweit sterben jährlich schätzungsweise mehr als eine Million Menschen durch Suizid. In Deutschland liegt die Zahl bei ca. 10.000 pro Jahr. Jeder 100. Todesfall ist bei uns ein Suizid, so dass hier mehr Menschen durch Selbsttötung als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und Aids zusammen sterben. Zugleich dürfte es neben den offiziell registrierten Suiziden noch eine Dunkelziffer geben, die die Zahl um bis zu 25 Prozent weiter erhöhen könnte. Die Zahl der gescheiterten Suizidversuche wiederum übersteigt die Zahl der vollendeten Suizide wohl um das Zehn- bis Zwanzigfache (vgl. die statistischen Daten des Nationalen Suizid-Präventionsprogramms für Deutschland<sup>2</sup>).

Hinter diesen Zahlen verbergen sich nicht nur Einzelschicksale von Menschen, sondern zugleich auch die vielen Angehörigen und Freunde, Betroffenen und Trauernden, die durch die Tat berührt sind.

Im ersten Abschnitt benutzen wir das Wort *Suizid*, das am besten durch *Selbsttötung* wiedergegeben wird. Daneben kursieren zwei Wortkonkurrenten, die mehr anzeigen als einen bloßen Streit um Worte. Wer die Verwerflichkeit und seine Ablehnung deutlich machen möchte, wird das Wort *Selbstmord* wählen. Wer hingegen einen positiven Sinn und seine Zustimmung äußern will, bevorzugt das Wort *Freitod*. Hinter diesen beiden Wörtern steht eine lange Tradition der ge-

danklichen Auseinandersetzung pro und contra Selbsttötung, auf die der nächste Abschnitt näher eingeht. Um zunächst alle heroischen oder stigmatisierenden Wertungen zurückzustellen und jede semantische Kriegsführung zu vermeiden, sprechen wir von »Suizid« oder »Selbsttötung«.

In der Sache hilft uns Paul Ludwig Landsberg mit einem Definitionsvorschlag zum Suizid weiter, der wohl als einer der überzeugendsten gelten kann: »Er ist der Akt, durch den ein menschliches Wesen freiwillig schafft, was es für eine wirkende und hinreichende Ursache seines Todes hält« (Landsberg 1973, S. 105).

### Selbsttötung – zwischen Freitod und Selbstmord

Wohl den meisten Menschen wird es in ihrem Leben widerfahren, dass sie sich, aus Not oder Verzweiflung heraus, über das äußerste »Nein-Sagen« (Max Scheler) zu sich selbst Gedanken machen. Der Gedanke daran, sich das Leben zu nehmen, ist in diesem Sinne ganz »normal« und eine human-spezifische Versuchung unserer Freiheit und Sinnbestimmung. Bei unheilbar kranken oder sterbenden Menschen wächst die Wahrscheinlichkeit von suizidalen Gedanken, weil sich bei ihnen Not und Verzweiflung bis zum Übermaß steigern können.

In der Sprache deutet sich das Motiv für die Suizidgedanken an: Das Leben ist »sinnlos« geworden, die Schmerzen »unerträglich«, das Leiden »qualvoll«, »unnötig«, »hoffnungslos« oder »entwürdigend«. Die Begriffe sind subjektiv, plastisch und wandelbar. Sie können auch Sprach-

*Bei unheilbar kranken oder sterbenden Menschen wächst die Wahrscheinlichkeit von suizidalen Gedanken, weil sich bei ihnen Not und Verzweiflung bis zum Übermaß steigern können.*



Egon Schiele, Sonnenblumen II, 1911 / Private Collection / Bridgeman Images

fallen darstellen, in die man sich verirrt und einsperrt; Akte sprachlicher Selbstvernichtung, denen die physische nachfolgen soll. Vor allem zeigt sich in diesen Formulierungen ein Ernst der Situation, dass ein Mensch an seine Grenzen gekommen scheint: »Alle Fragen des Daseins werden vom Selbstmord aufgeworfen. Es ist ein un-

geheurer Vorgang, wenn ein Mensch Hand an sich legt, wenn er die Welt gleichsam aufhebt für sich. Es ist das entsetzlichste Nein, das gesprochen, getan werden kann, eine Empörung gewissermaßen gegen die Ursprünge selbst, gegen Vater und Mutter und die Vorfahren überhaupt, gegen einen jeden Lobpreis des Lebens, eine jede Sorge

*Hat der Suizident wirklich »aus eigenem Entschluss« gehandelt? Wenn einem alles schwarz und düster erscheint, wenn wir verzweifelt sind, sind wir dann noch frei?*



© Fabian Rockenfeller

und Fürsorge, gegen alles, was besteht und was der Mensch bisher getan« (Reinhold Schneider).

Niemand spricht leichtsinnig über Suizid. Wie er aber, unter dem Gesichtspunkt von Freiheit, Autonomie und Würde, abschließend bewertet werden sollte, bleibt kontrovers. In der philosophischen und theologischen Diskussion geht es dabei nicht um die Alternative zwischen Suizid als Krankheitssymptom oder als Zeichen der Freiheit. Sie geht vielmehr vom Suizid als Signatur der menschlichen Freiheit, der Selbstbestimmung und des Ringens um Sinn aus und fragt danach, mit welchem Weg der Freiheit der Mensch sich selbst und seinem Leben am ehesten gerecht wird. Es geht also um Ethik, nicht um Psychologie.

Von Platon und Aristoteles über Augustinus und Thomas von Aquin, Spinoza, Kant und Hegel bis hin zu Sartre und Camus gibt es eine Linie, die sich darin einig ist, den Suizid als Selbstmord prinzipiell zu verwerfen. Suizid ist ultimative, kollabierende Selbstdistanzierung, Freiheit der Emanzipation, die sich im selben Akt von Freiheit emanzipiert.

Bei allen Unterschieden in den Begründungslinien zeichnen sich für die Kontra-Position drei zentrale Gedanken ab. Der Suizid ist danach nicht statthaft, weil er entweder einen Verstoß gegen ein Absolutes, Transzendentes oder unbedingt Vorgegebenes darstelle (Gott, Sein, Natur, Sittengesetz, Geist) oder es sich um ein Unrecht gegen Staat, Gesellschaft und Gemeinschaft oder ein Vergehen gegen seine eigene individuelle Natur handle. Der Mensch sei nicht Herr des Lebens, er müsse vorgegebene Ordnungen anerkennen. Ein ausnahmsweises Abweichen von der Grundsatzzposition wird selten eingeräumt.

Andererseits erlaubt oder fordert eine zweite Traditionslinie sogar, den Suizid als Freitod, nicht aus Lust und Laune natürlich, sondern als freie Vernunftentscheidung angesichts unerträglicher und entwürdigender Lebenssituationen grundsätzlich anzuerkennen. Epikur und Seneca, Montaigne, Hume, Rousseau, Montesquieu und Nietzsche, Améry und Kamlah sind sich darin einig,



dass die Selbsttötung verstanden werden kann als höchster Ausdruck menschlicher Freiheit, Autonomie und Souveränität, um einem schlechten Leben zu entgehen. Dabei, so wird argumentiert, hat die Natur oder Gott oder die göttliche Vorhersehung dem Menschen eben gerade die autonome Entscheidungs- und souveräne Gestaltungsfreiheit zum Tode verliehen, richtig zu sterben, das heißt, einem schlechten Leben zu entgehen. Wenn das Leben sich also in ein Übel verkehrt und keine Gunst mehr darstellt, wird der Suizid (oder auch nur der Gedanke an ihn) zum Remedium, zum Heil- und Trostmittel im Blick auf einen letzten Notausgang. Es ist, wie Seneca es ausdrückt, ein Gebot der Weisheit, unwürdiges Alter, Lebensüberdruß oder furchtbare Lebensqual dadurch zu beenden, dass man von der Lebensbühne abtritt, so wie man ein durch Rauch unbewohnbar gewordenes Zimmer verläßt.

Allerdings verlangt die Kunst des Sterbens, dass nicht Affekte und Leidenschaften, sondern eine freie und ruhige Vernunftentscheidung Zeitpunkt und Bedingungen bestimmen, wann es gut ist, die Fesseln des Lebens zu lösen. Jedenfalls reicht aus dieser Sicht in die tiefste Einsamkeit des Entschlusses zum Suizid kein Anspruchsrecht der Gesellschaft mehr hinein. Der Selbstmord, heißt es in einem Paul Valéry zugeschriebenen Wort, ist immer die Abwesenheit aller anderen.

Welche Argumentationslinie hat nun Recht? Lässt sich das entscheiden? Es scheint so, dass sich das unversöhnliche Für und Wider der Kontrahenten am Ende in einem argumentativen Patt verliert. Vielleicht allerdings bei leichten Vorteilen zugunsten der Kontraposition. Denn der Akt des Suizids entbehrt nicht einer eigentümlichen Tragik. In einer letzten Tat der Freiheit beseitigt sich die Freiheit sogleich wieder, beendet sie das Humanisierungsgeschehen unwiderruflich, und dies in einer Tat ohne Maß. Entsprechend findet sich bei Reinhold Schneider der Gedanke: »Das Wort ›Freitod‹ ist nicht wahrhaftig; im Tode ist das Bestimmte, das der Freiheit widerspricht.« Noch einmal, definitiv, wird der Mensch Herr

über sich selbst, um dadurch nie mehr Herr über sich sein zu können. Der Mensch antwortet nicht mehr auf die Frage, die er ist, sondern er zerstört sie endgültig und vielleicht auch voreilig. Doch mag es Lebenssituationen von Einsamkeit, Privatheit und Intimität geben, die rational nicht mehr zugänglich sind.

### Der psychische Ausnahmezustand

Den Wertungsunterschied im Gebrauch der Wörter »Selbstmord« und »Freitod« konnte uns die kurz skizzierte Debatte in der philosophisch-theologischen Tradition verdeutlichen. Aber, so kann man einwenden, ist dies überhaupt die entscheidende Diskussionslinie? Geht es wirklich um Freiheit, abgewogene Entscheidungen, um Souveränität, oder handelt es sich in den meisten Fällen des Suizids und des Suizidversuches nicht um Verzweiflung, die das Resultat psychischer Störungen sind? Hat im Fall des Suizids nicht Ethik, sondern Psychologie das letzte Wort?

Lassen wir die soziologisch besonders auffälligen Aspekte der Suizidhäufigkeit zur Seite, dass nämlich die Suizidrate bei Männern und im Alter höher ist, dass es regional oder berufsgruppenspezifisch auffällige Unterschiede gibt, dass beispielsweise die Suizidrate bei Ärzten deutlich höher liegt als bei anderen. Lassen wir den Einfluss medialer Berichterstattung oder den Umstand außen vor, dass es jahreszeitliche Schwankungen gibt, wobei nicht der triste Herbst oder der dunkle Winter, sondern die Frühlings- und Sommermonate den Höhepunkt an Suiziden verzeichnen, so wird die Selbsttötung in der Gesellschaft und Wissenschaft vor allem mit psychischen Problemen oder Krankheiten gekoppelt. Hat der Suizident wirklich »aus eigenem Entschluss« gehandelt? Wenn einem alles schwarz und düster erscheint, wenn wir verzweifelt sind, sind wir dann noch frei? Ist der Suizid nicht eine psychodynamisch zu deutende Ausnahmesituation?

Als Gradmesser der Suizidgefahr hat Erwin Ringel eine »gemeinsame seelische Befindlich-

keit« verschiedenster psychischer Erkrankungen beschrieben, die er *präsuizidales Syndrom* genannt hat. Dies sei ein »pathologischer Tatbestand«, der den »gemeinsamen Nenner aller psychischer Erkrankungen, die Selbstmord verursachen«, darstelle. Das präsuizidale Syndrom wird dabei als anwachsende und sich gegenseitig verstärkende Kombination von drei Grundelementen verstanden: Einengung, Aggressionsumkehr und Suizidphantasien.

Als Erstes zeigen sich verschiedene Momente der Einengung, etwa eine Einengung der persönlichen Potenziale, der Gefühlswelt, zwischenmenschlicher Beziehungen oder der Wertewelt, die sich zunehmend ausdünn, sich nicht mehr praktisch umsetzt und fortlaufend subjektiviert und privatisiert wird. In dieser zunehmend eingengten, vereinsamten und isolierten Sonderwelt richtet sich zweitens die Aggression des Betroffenen nicht mehr nach außen auf andere oder anderes. Hier wird sie vielmehr gehemmt oder gestaut und in wachsendem Maße auf sich selbst gerichtet. Neben diese nunmehr auf sich selbst gerichtete Aggression bis hin zu Probehandlungen des Suizids tritt als drittes Element schließlich ein Ausweichen in begleitende Suizid beziehungsweise Todesphantasien. Der Suizident stellt sich vor, wie es wäre, tot oder in einer besseren Welt zu sein, Hand an sich zu legen, oder er spielt in der Phantasie bereits eine konkrete Methode des Suizids durch. Was zunächst aktive Phantasieentlastung war, kehrt sich durch die sich immer stärker aufdrängende passive Phantasie mehr und mehr zur Handlungsvorbereitung des Suizids um.

Das präsuizidale Syndrom kann als Orientierungshilfe des Verstehens und der Krisenintervention dienen, wenn man es als Skala für die Abschätzung des Grades der Suizidalität nutzt. Erwin Ringel geht davon aus, dass die meisten Suizide einer »seelisch krankhaften Verfassung« entspringen. Der nüchterne Bilanzsuizid ist nicht unmöglich, aber unwahrscheinlich: »Niemand ist hundert Prozent suizidal. Selbst der bitterst Ent-

schlossene hat in seinem tiefsten Inneren noch eine Hoffnung.« Der Status des Suizids wird grundsätzlich als Krankheit begriffen, von dem es vielleicht seltene Ausnahmen geben kann. Das präsuizidale Syndrom bietet ein Modell allmählich wachsender Alarmstufen, das die Möglichkeit eröffnet, rechtzeitig zu intervenieren. Zugleich wird deutlich, dass sich Menschen nach und nach in eine Ausweglosigkeit manövrieren können, bis sie kein Entkommen mehr sehen.

Ohne Zweifel dürften in vielen, vielleicht sogar in der überwiegenden Zahl der Suizide und der Suizidversuche psychische Erkrankungen oder Lebenskrisen eine Rolle spielen. Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder starke Schmerzen können in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung aufweisen. Doch sollten wir uns davor hüten, dem Suizid tendenziell ein psychiatrisches Kleid zu verpassen oder ihn grundsätzlich zu pathologisieren. Nicht jeder Suizid ist Ergebnis einer psychischen Ausnahmesituation. Eine psychische Ausnahmesituation wiederum ist nicht dasselbe wie eine psychische Krankheit. Eine psychische Krankheit ihrerseits ist nicht zwingend das Ende der Vernunft und Selbstbestimmung. Das Gefühl von Sinnlosigkeit und Verzweiflung kann sicher mit einer psychischen Problematik einhergehen. Dies bedeutet aber nicht automatisch, dass Freiheit und Vernunft des betroffenen Menschen dadurch suspendiert sind.

Blaise Pascal hat davon gesprochen, dass auch diejenigen, die hingehen, um sich zu erhängen, ihr Glück suchen. Im Grunde will sich der Suizident nicht selbst töten, sondern nur die schlechten Bedingungen seines Lebens. Er hat eine Idee von Leben in sich, die das Weiterleben als weniger wünschenswert einschätzt als den Tod.<sup>3</sup> Der Satz »Ich will nicht mehr weiterleben« bedeutet dann: »So will und kann ich nicht mehr weiterleben«. Gewinnt der Mensch für sich den (berechtigten oder unberechtigten) Eindruck, dass dieses »so« nicht veränderbar ist, wird die Präferenz des Todes für ihn vernünftig. Seine Verzweiflung ist die Wahrheit seiner Verfassung und die Ant-

wort auf das absorbierende Leiden, das er in seinem Leben verspürt.

Mag das Mysterium der Freiheit und der Selbstbestimmung auch dramatisch durch psychische Probleme oder unerträglich gewordene Lebensbedingungen überdeckt sein, so sollte ihr Verlust nicht allzu leicht behauptet werden. So will beispielsweise Viktor Frankl den Begriff »Bilanzsuizid« nur als subjektive Selbsteinschätzung des Betroffenen gelten lassen. Wird es die rationale Selbsttötung oder den nüchternen Bilanzsuizid vielleicht auch selten geben, so bedeutet die psychische Wirksamkeit von Krisen, Störungen und Beeinträchtigungen nicht zwingend, dass der Suizid irrational und unfrei oder eine »Geistesstörung« sein muss.

Dennoch wird die legitime Frage nach dem krankheitsbedingten Untergang der Freiwilligkeit und Autonomie des Suizidenten immer auch seine Angehörigen beschäftigen. Denn sie werden sich dabei fragen, ob sie den Gründen für diesen Zustand oder der notwendigen Behandlungsbedürftigkeit die richtige Aufmerksamkeit geschenkt haben. Dies führt uns schon einen Schritt weiter in die Überlegung, die nach der Trauer fragt und der in diesem Heft ein eigener Artikel gewidmet ist: Über die dreifache Trauer nach Suizid (S. 24 ff.).



**Dr. phil. habil. Eduard Zwierlein, M.A.**, Studium der Philosophie, Psychologie und Theologie, ist apl. Professor für Philosophie an der Universität Koblenz-Landau sowie als Unternehmensberater tätig.

E-Mail: [zwierlein@csm-drzwierlein.de](mailto:zwierlein@csm-drzwierlein.de)



**Sabine Zwierlein-Rockenfeller**, Diplom-Pädagogin, Studium der Pädagogik, Philosophie, Psychologie, Soziologie, Politik, Focusing-Beraterin/Coach (FZR), Consultantin einer Unternehmensberatung mit Schwerpunkt im Gesundheitswesen, Psychoonkologische

Beratungs- und Betreuungstätigkeit für krebserkrankte Menschen und ihre Angehörigen; Ausbildungs- und Referententätigkeit in den Bereichen Kommunikation, Sterben, Tod, Trauer und Spiritualität.

E-Mail: [s.rockenfeller@gmx.de](mailto:s.rockenfeller@gmx.de)

#### Literatur

- Decher, F.: Die Signatur der Freiheit. Ethik des Selbstmords in der abendländischen Philosophie. Lüneburg 1999.
- Frankl, V.: Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 4. Auflage. Frankfurt a. M. 1987.
- Hammer, F.: Selbsttötung philosophisch gesehen. Düsseldorf 1975.
- Lenzen, V.: Selbsttötung. Ein philosophisch-theologischer Diskurs mit einer Fallstudie über Cesare Pavese. Düsseldorf 1987.
- Landsberg, P. L.: Die Erfahrung des Todes. Hrsg. v. E. Zwierlein. Berlin 2009.
- Landsberg, P. L.: Das moralische Problem des Selbstmords. In: Landsberg, P. L., Die Erfahrung des Todes. Frankfurt a. M. 1973.
- Pascal, B.: Gedanken. Kommentar von Eduard Zwierlein. Berlin 2012.
- Pohlmeier, H. (Hrsg.): Selbstmordverhütung. Anmaßung oder Verpflichtung. Bonn 1978.
- Ringel, E.: Selbstmord. Appell an die anderen. Eine Hilfestellung für Gefährdete und ihre Umwelt. 3. Auflage. München 1980.
- Schneider, R.: Über den Selbstmord. Baden-Baden 1947.
- Zwierlein, E.: Das moralische Problem der Selbsttötung. Philosophische Perspektiven zum Thema Suizid. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, Diskussionsforum Medizinische Ethik, 1993, 5, S. 21–23.
- Zwierlein, E.: Suizid und Hospiz. In: Lilie, U.; Zwierlein, E. (Hrsg.): Handbuch Integrierte Sterbebegleitung. Gütersloh 2004, S. 232–237.

#### Anmerkungen

- 1 Paul Ludwig Landsberg, der wichtigste Schüler Max Schellers, musste vor der Verfolgung der Nationalsozialisten nach Spanien und Frankreich fliehen. Von der Gestapo gefasst, starb er als Opfer des nationalsozialistischen Terrors im KZ Oranienburg-Sachsenhausen. Eine Zeitlang trug er Gift bei sich, um sich einem eventuellen Zugriff zu entziehen. Dieses Gift vernichtete er 1941. Seine Gedanken zum »moralischen Problem des Selbstmords«, wohl aus dem Jahr 1942, finden hier ihren konkreten Lebensbezug. Seinem Andenken im Jahr seines 70. Todestages ist dieser Beitrag gewidmet. Weitere Informationen: Eduard Zwierlein, Geist im Exil. Zur Biographie Paul Ludwig Landsbergs. In: Paul Ludwig Landsberg, Die Erfahrung des Todes. Hrsg. v. E. Zwierlein. Berlin 2009, S. 117–159.
- 2 <http://suizidpraevention.wordpress.com/suizide-in-deutschland-2012>
- 3 Manchmal sind die Dinge noch komplizierter, wenn wir nämlich an den vollkommenen Überdruß am Leben, das *taedium vitae*, den Lebenskel denken: »Es gibt, wie Hermann Hesse einmal trefflich bemerkt hat, geborene Selbstmörder, die ganz von vornherein nicht unter diesem oder jenem Geschehnis, nicht unter dieser oder jener Lebensform leiden, sondern unter der Tatsache selber, daß sie leben.« In: Paul Ludwig Landsberg, Die Erfahrung des Todes. Hrsg. v. E. Zwierlein. Berlin 2009, S. 94.

## Das Gespräch mit dem suizidalen Patienten

Linus Geisler

Der Umgang mit suizidalen Patienten ist keine Domäne der Psychiatrie. Niedergelassene Ärzte erleben suizidale Patienten in der präsuizidalen Phase, Krankenhausärzte in der Regel nach einem Suizidversuch. Die meisten Patienten waren vor der Suizidhandlung beim Hausarzt. Häufig konnten sich Arzt und Patient über Jahre, dennoch zeigte sich mehr als ein Drittel der Ärzte von der Suizidhandlung »überrascht«.

In Deutschland werden jährlich rund 250.000 (2014: 100.000 bis 150.000) Patienten wegen eines Suizidversuchs in Krankenhäuser eingewiesen. Etwa 14.000 (2014: 10.000) Menschen begehen Suizid, darunter befinden sich schätzungsweise 3.000 Patienten mit endogener Depression. 16 Prozent aller Patienten mit einem überstandenen Suizidversuch begehen im Folgejahr einen erneuten Suizidversuch. Das Wiederholungsrisiko liegt im ersten Jahr am höchsten. Fast 85 Prozent aller Suizidanten einer internistischen Intensivstation können innerhalb kurzer Zeit entlassen werden. 15 Prozent müssen wegen akuter Suizidgefahr oder einer endogenen Psychose in eine psychiatrische Klinik verlegt werden (Wedler, Philipp und Bochnik).

Diese Menschen zählen bei Ärzten und Schwestern zu den »unbeliebtesten Patienten«. Sie lösen beim Gegenüber eine Fülle von Ängsten aus: Ängste vor Aggressionen, vor Überforderung und Versagen, vor der eigenen Instabilität und dem eigenen Tod. Hinzu kommen Probleme durch die



Nachdenkliche Patientin in Arztpraxis / allesalltag

*Häufig kannten sich Arzt und Patient über Jahre, dennoch zeigte sich mehr als ein Drittel der Ärzte von der Suizidhandlung »überrascht«.*

oft mangelhafte Bereitschaft des Suizidpatienten mitzuarbeiten. Manche Patienten weigern sich zu sprechen und drängen auf sofortige Entlassung. Dies löst bei den Helfern das Gefühl aus, abgelehnt zu werden. Dementsprechend ist die psychosoziale Versorgung von Suizidpatienten durchaus defizitär. Die negative Einstellung gegenüber Suizidpatienten hat viele Gründe. Häufig wird vermutet, der Patient habe »es gar nicht ernst gemeint«. Eine Chance, ernst genommen zu werden, haben meist nur Patienten, die einen schweren Suizidversuch unternehmen. Diese immer noch hartnäckig vertretene Unterteilung in den demonstrativen Suizidversuch auf der einen und den ernstgemeinten Versuch auf der anderen Seite vernachlässigt die subjektive Seite des Patienten. Vielen Ärzten fällt es schwer, Suizidversuche, mit denen der Patient signalisiert, dass er mit seinen Mitteln vorübergehend nicht mehr weiterkommt, als Hilferufe an- und ernst zu nehmen (Reimer).

Der Suizidpatient stellt den Arzt im Wesentlichen vor zwei Aufgaben:

- Das Erkennen und Beurteilen der Suizidalität sind Voraussetzung zur Verhütung des Suizids. Diese schwierige Aufgabe fällt häufig dem am wenigsten geschulten Arzt (Hausarzt, Allgemeinmediziner, niedergelassener Internist) zu.
- Die Versorgung nach dem Versuch liegt in der Regel in den Händen des Krankenhausarztes.

### Erkennen und beurteilen der Suizidalität

Von H. J. Bochnik, Professor am Zentrum für Psychiatrie der Universität Frankfurt/Main, stammt der Vorwurf, dass wahrscheinlich 7.000 Suizide in der Bundesrepublik Deutschland jährlich vermieden werden könnten, würden nicht so viele Fehler in der Erkennung und Behandlung suizidaler Patienten, insbesondere Depressiver, begangen. Das Erkennen von Suizidalität und Suizidrisiko gehört zu den verantwortungsvollsten Aufgaben,

die sich dem Arzt stellen können. Selbst erfahrenen Ärzten bereitet das große Probleme. Hier kann nicht auf die verschiedenen Methoden zur Abschätzung der Suizidalität eingegangen werden, zumal ihre Effizienz durchweg kritisch zu beurteilen ist. Vielmehr soll aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten ein Arzt hat, der nicht psychiatrisch-psychologisch geschult ist, um Suizidalität zu erkennen. Der suizidalen Handlung geht, abgesehen von Kurzschlusshandlungen, in der Regel eine präsuizidale Entwicklung voraus (W. Pöldinger). Sie verläuft schematisch in drei Stadien:

Im ersten Stadium der *Erwägung* wird der Suizid als mögliche Problem- oder als Konfliktlösung in Betracht gezogen. Dabei spielen psychodynamische Faktoren eine Rolle, wie Aggressionen, die nicht nach außen abgeführt werden können und sich daher nach innen wenden, aber auch beeinflussende Momente wie Suizide in der Familie, im Freundes- oder Bekanntenkreis. Das erklärt, warum Medienberichte über Suizide Prominenter die Selbsttötungsquote in der Bevölkerung erhöhen können.

Im zweiten Stadium der *Ambivalenz* entwickelt sich ein Kampf zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörerischen Kräften. In dieser Phase kann es zu direkten oder indirekten Suizidankündigungen kommen wie Andeutungen, Drohungen und Voraussagen, die als Hilferufe und Kontaktsuche zu interpretieren sind. Diese Appelle müssen ernst genommen werden! Die Vorstellung: »Wer von Suizid spricht, tut dies nicht, und wer es tun will, spricht nicht davon«, hat sich als irrig erwiesen. Etwa 80 Prozent aller Suizidanten haben ihre Absicht angekündigt.

Im dritten Stadium kommt es zum *Entschluss* zur Selbsttötungshandlung oder zum Weiterleben. Der Umwelt fällt auf, dass sich der Patient »beruhigt« hat und nicht mehr über seine Absichten spricht. Es wäre trügerisch, daraus den Schluss zu ziehen, die Gefährdung sei nun nicht mehr gegeben. Vielmehr kann es sich um die »Ruhe vor dem Sturm« handeln. Es ist daher notwendig, den Patienten zu fragen, warum er jetzt le-

ben will. Wer weiterleben will, wird ohne weiteres einen Grund angeben können, während der zum Suizid Entschlossene keine befriedigende Antwort geben kann.

Besteht der Verdacht, dass ein Patient suizidal ist, ohne entsprechende Absichten zu äußern (Depression, Lebenskrise), ist es besser, ihn direkt darauf anzusprechen, als sich in einer trügerischen Sicherheit zu wiegen. Dies gilt vor allem für den Hausarzt, der den Patienten seit vielen Jahren kennt. Es hat sich gezeigt, dass lange Bekanntschaft mit einem Patienten eine fehlerträchtige Illusion sein kann. Auch der Arzt, der einen Patienten seit Jahren kennt, kennt immer nur eine Seite des Kranken. Der Hausarzt darf sich nicht scheuen, seine Patienten auf eine vermutete Suizidalität anzusprechen.

Für die Einschätzung suizidaler Handlungen ist es wichtig zu berücksichtigen, dass es Unterschiede gibt in der Psychodynamik eines Suizids und eines Versuches. Bei der Suizidhandlung stehen die Selbstaggression und Selbstzerstörung im Vordergrund. Der Versuch kann ein missglückter Suizid sein, aber auch eine parasuizidale Handlung. Bei der parasuizidalen Geste handelt es sich nicht wirklich um einen missglückten Suizidversuch, sondern um eine suizidale Handlung, bei der die Appellfunktion im Vordergrund steht. Es ist eine Form von nonverbaler Kommunikation, die angewendet wird, weil keine verbale Kommunikation mehr möglich scheint oder ist. Dies ist auch die Erklärung dafür, dass bei jüngeren Menschen mehr Suizidversuche und bei älteren mehr durchgeführte Suizide zu beobachten sind.

Walter Pöldinger nennt vier Punkte, auf die sich die Diagnose Suizidalität stützen sollte:

1. Risikogruppen
2. Krisen, Krisenansätze und -anfälligkeit
3. suizidale Entwicklung
4. präsuizidales Syndrom

Es besteht folgende Reihenfolge der Risikogruppen für Suizidhandlungen:

1. depressive Patienten
2. Alkoholiker, Medikamenten- und Drogenabhängige
3. Alte und Vereinsamte
4. Personen, die durch Suizidankündigungen oder -drohung aufgefallen sind
5. Personen, die schon einen Suizidversuch unternommen haben

Die Krise ist häufig der Vorläufer der suizidalen Handlung. Als Krise werden Ereignisse und Erlebnisse aufgefasst, die der Betroffene nicht mehr verarbeiten und bewältigen kann. Die Suizidhandlung ist dann eine Strategie zur Lösung der Krise, die Erkennbarkeit solcher Krisen stellt eine Möglichkeit zur Abschätzung der Suizidalität dar. Allerdings ist die Krisenanfälligkeit des Einzelnen sehr unterschiedlich. Die Einengung, insbesondere die affektive Einengung, ist relativ leicht zu erkennen. Viel schwieriger zu erkennen ist eine gegen die eigene Person gerichteten Aggressivität. Suizidgedanken und Todeswünsche kommt eine große Bedeutung zu, insbesondere wenn sie sich dem Patienten aufdrängen. W. Pöldinger hat einen Fragenkatalog für suizidale Patienten entworfen, um die Erfassung des präsuizidalen Syndroms zu erleichtern.

#### Fragen an suizidale Patienten (nach W. Pöldinger, 1982)

- *Suizidalität*: Haben Sie auch schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
- *Vorbereitung*: Wie würden Sie es tun? Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen? (Je konkreter die Vorstellungen, desto größer das Risiko.)
- *Zwangsgedanken*: Denken Sie bewusst daran oder drängen sich derartige Gedanken auf, auch wenn Sie es nicht wollen? (Sich passiv aufdrängende Gedanken sind gefährlicher.)
- *Ankündigungen*: Haben Sie schon über Ihre Absichten mit jemandem gesprochen? (Ankündigungen sind immer ernstzunehmen.)

- *Aggressionshemmung*: Haben Sie gegen jemanden Aggressionen, die Sie unterdrücken müssen? (Aggressionen, die unterdrückt werden müssen, richten sich gegen ...)
- *Einengung*: Haben Sie Ihre Interessen, Gedanken und zwischenmenschliche Kontakte gegenüber früher eingeschränkt oder reduziert?

Das Erkennen der Suizidalität ist der erste Schritt zur Suizidprävention, die Aufdeckung der Gründe (Konfliktsituation, Depression) der nächste. Das Erkennen einer ausgeprägten Depression bereitet in der Regel keine Probleme. Sie erscheint als generelles »Losigkeits«-Syndrom (Mutlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Trostlosigkeit, Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit usw.). Schwieriger ist die Diagnose einer larvierten Depression, die nicht ohne weiteres an den Klagen und deren Inhalten erkannt werden kann. Der Ausschluss eines entsprechenden organischen Korrelats auf der einen und eine häufig bilderreiche, mit Vergleichen operierende Ausdrucksweise (»als ob mir ein Schälchen mit Galle auf die Zunge ausgegossen wird ...«) sind weiterführende Hinweise.

Ist eine Depression anzunehmen, muss mit Antidepressiva behandelt werden, aber nicht mit Psychopharmaka vom Benzodiazepin-Typ. Es hängt von der Schwere der Depression und der Erfahrung des Therapeuten im Umgang mit depressiven Patienten ab, ob er den Patienten selbst behandeln kann oder sie an einen Facharzt überweist. Beim geringsten Zweifel, insbesondere wenn eine deutliche Suizidalität erkennbar wird, ist die psychiatrische Therapie anzustreben.

Es gibt einige Regeln für das Arztgespräch mit Depressiven: Eine Entlastung kann in erster Linie dadurch erreicht werden, dass der Arzt dem Patienten signalisiert, dass er dessen Depression erkennt. Meist ohne Wirkung ist der Versuch, den Patienten zu »trösten«, da der Depressive »trostlos« und damit auch »untröstlich« ist. Ebenso wirkungslos sind oberflächliche Aufmunterungsversuche (»Spannen Sie am Wochenende mal richtig

aus«, »Reißen Sie sich kräftig zusammen«). Der Depressive ist weder in der Lage, sich zu entspannen, noch gelingt es ihm, durch Mobilisierung seiner Kräfte, Mut und Antrieb zu gewinnen. Das Sich-Zusammenreißen wird zum »Sich-zusammen-Reißen« im buchstäblichen Sinne, weil das Misslingen der Anstrengungen die Depressivität verstärkt. Auch Ablenkungsversuche (Reisen, Urlaub, Kino- und Theaterbesuche) sind wenig nützlich. Ebenso verfehlt sind »Schulterklopfmethoden« (»Das wird schon wieder werden« und Ähnliches). Entscheidend ist, dass sich der Depressive mit seinen Symptomen wahrgenommen, angenommen und verstanden fühlt. Der Hinweis, dass Depressionen sich so auflösen können, wie sie gekommen sind, kann Patienten helfen.

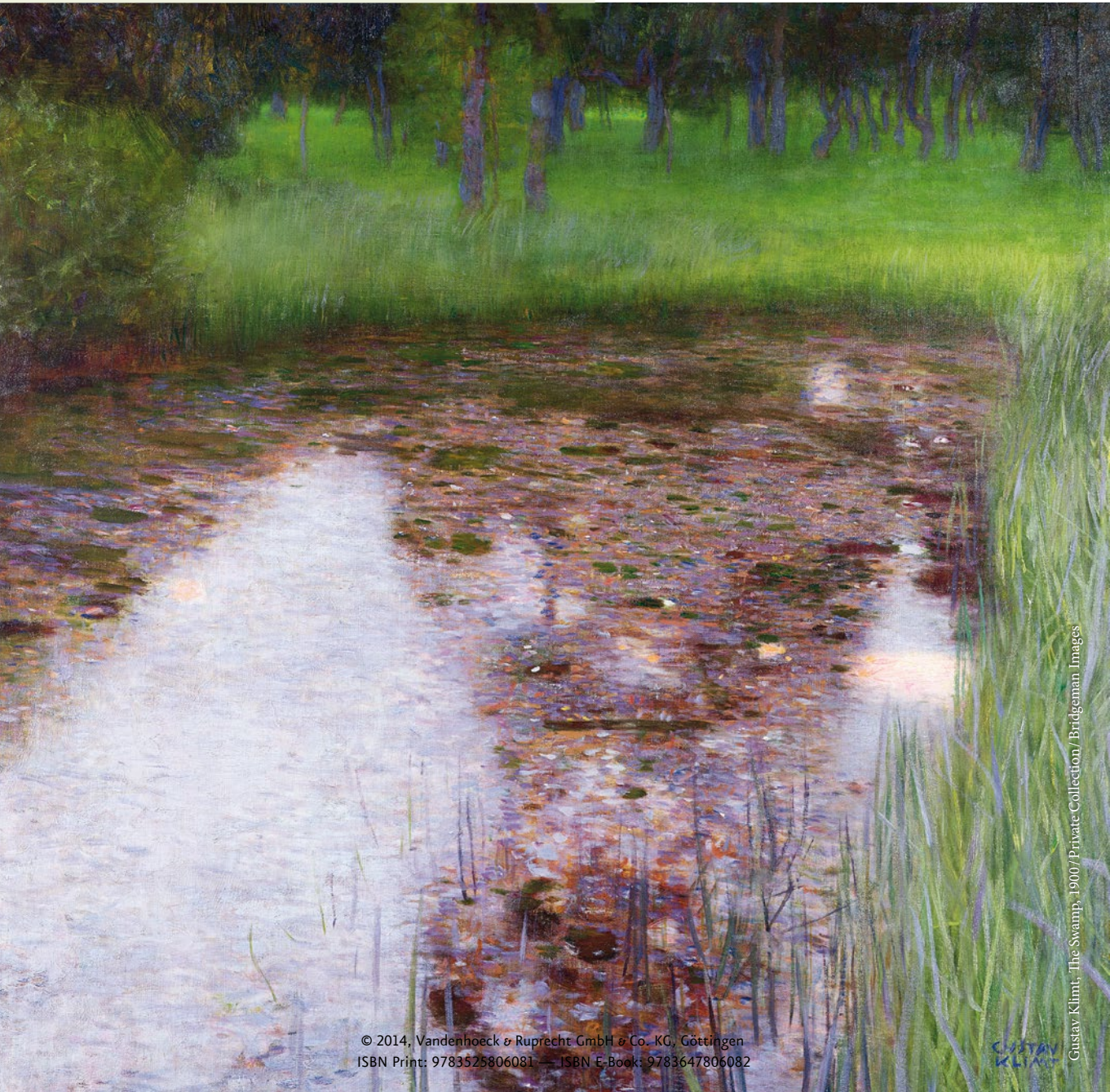
### Was benötigt ein Mensch nach Suizidversuch?

Die Mehrzahl der Suizidpatienten (90 bis 95 Prozent) bleibt im Akutkrankenhaus unzureichend versorgt. Kann ein sogenannter Liaison-Psychiater hinzugezogen werden, der das medizinische Team im Umgang mit dem Suizidpatienten berät und gegebenenfalls Sozialarbeiter, Psychologen und Theologen hinzuholt, kann eine umfassende Versorgung des Suizidpatienten gesichert werden. Dazu braucht es

- *die Herstellung einer Beziehung*: effektives Erstgespräch, Vermittlung von Präsenz, Verständnis, Hilfsbereitschaft, Zuversicht, Entängstigung und Beruhigung.
- *die Abschätzung des Zustands des Patienten*, des Schweregrads des Problems und der Suizidalität.
- *die Klärung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten*, dementsprechend weiterleiten an eine bessere Organisation (aber *kein* »Wegschicken«!).
- *das Erstellen eines Hilfsplans* gemeinsam mit dem Patienten, der möglichst viele Kurzetaffen umfasst, da die Ziele der Intervention

*Entscheidend ist, dass sich der Depressive mit seinen Symptomen wahrgenommen, angenommen und verstanden fühlt.*

kurzfristig realisierbar sein sollten. Diese *Hilfe zur Selbsthilfe* wird über verschiedene Wege vermittelt: Der Patient muss vom emotionalen Druck durch Aus- und Besprechen von Ängsten, Schuldgefühlen, Aggressionen und Suizidgedanken entlastet werden. Eine Distanzierung von der Krisensituation kann durch Reflexion des auslösenden Ereignisses sowie der damit verbundenen Gefühle, Vorstellungen und möglichen Konsequenzen angestrebt werden. Die Eigeninitiative





des Patienten sollte gefördert werden. Die soziale Reintegration ist rasch anzustreben.

- Ein *vorbereitender Verhaltensplan* für eventuelle neue Krisenanlässe ist auszuarbeiten.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass dem Erstgespräch nach einem Suizidversuch eine entscheidende Rolle zukommt. Jedes Wort und jede Reaktion, die ein erwachender Patient am Krankenbett erfährt, kann sein Schicksal bestimmen. Denn dieser Erstkontakt stellt für den Suizidpatienten die erste Antwort der Umwelt auf seinen Suizidversuch dar. Deshalb kann es für die Verarbeitung seiner Konflikte und seines Lösungsversuchs entscheidend sein, ob der Kranke auf freundliche Akzeptanz und Hilfsangebote oder auf Ablehnung, Verurteilung oder indirekte Bestrafung stößt. Ein Lächeln des Arztes und der Schwester, ein freundliches Wort – das ist schon positive Krisenintervention. Das Ziel der Krisenintervention nach dem Suizidversuch ist die richtige Weichenstellung für das weitere Leben (vgl. hierzu H. Wedler, *Der suizidgefährdete Patient*).

Eine umfassende Krisenintervention erfordert im Durchschnitt fünf bis sechs Einzelgespräche mit dem Patienten und ein bis zwei Gespräche mit Angehörigen. Die Krisenintervention kann durch zwei psychologische Begrenzungsfaktoren mehr oder minder stark erschwert werden (M. Philipp): Die Mehrzahl der Suizidpatienten auf internistischen Intensivstationen durchlebt ein mehrstündiges bis mehrtägiges Durchgangssyndrom in der Nachentgiftungsphase. Meist ist das Durchgangssyndrom diskret und beschränkt sich auf leichte Störungen der Merkfähigkeit und auf eine affektive Labilität. Viele Patienten vergessen wegen dieser amnestischen Komponente Gespräche, Ratschläge und Hinweise. Damit wird die Wichtigkeit mehrfacher Einzelgespräche unterstrichen.

Eine weitere psychologische Barriere auf der Intensivstation ist die Verdrängungs- und Verleugnungsneigung des Suizidpatienten. Sie wurzeln häufig in einer prämorbidem Fehlentwick-

lung des Selbstwertsystems. Dieses äußert sich in einem überhöhten Ich-Ideal und einer vermehrten Kränkbarkeit. Der fehlgeschlagene Suizidversuch und das Ausgeliefertsein auf der Intensivstation wirken als zusätzliche Selbstwertkränkungen des Patienten, denen er durch Verleugnung und Verdrängung zu begegnen versucht. Ausdruck dieser Haltung ist beispielsweise das starke Drängen auf rasche Entlassung und die Ablehnung einer psychologischen oder psychiatrischen Betreuung.

Im Gespräch mit Suizidpatienten ist es daher besonders wichtig, abwertende Formulierungen und kritische Äußerungen zum Suizidversuch zu vermeiden. Die Wichtigkeit dieser Grundeinstellung sollte auch den Angehörigen klargestellt werden. Das Ziel der Gesprächsführung mit Suizidanten ist neben der Aufarbeitung des Problems die Stärkung des gestörten Selbstwertgefühls. Dieses Ziel ist am ehesten durch eine Grundeinstellung zu erreichen, die den Suizidanten ohne Vorbehalte akzeptiert und ihm das Gefühl vermittelt, dass man bereit ist, ihn in seiner Handlungsweise zu verstehen. M. Philipp: »Nicht das Ausreden der Suizidabsichten und das Bagatellisieren der Probleme, sondern das Ernstnehmen der subjektiven Erlebensweise des Suizidanten ist hilfreich.«

Zusammenfassung: Monika Müller und Peter Herkenhoff, aus Linus Geisler: *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*. 3., erw. Auflage, 1992 © pmi-Verlag Frankfurt/Main (Literaturnachweise siehe dort).



**Linus Geisler**, Jahrgang 1934, Professor an der Universität Bonn. Von 1976–1999 Chefarzt der Medizinischen Klinik des St. Barbara-Hospitals Gladbeck. Von 2000–2005 Sachverständiger der Enquetekommissionen »Recht und Ethik der modernen Medizin« und »Ethik und

Recht der modernen Medizin« des Deutschen Bundestages. Arbeitsgebiete: Innere Medizin, Medizinethik, Kommunikation in der Medizin.

E-Mail: kontakt@linus-geisler.de

Website: www.linus-geisler.de

## Meine Zwillingsschwester Christa

Kurt Zilles

### Wie war das damals?

Mein Vater starb 1955 an Krebs. Zu diesem Zeitpunkt waren meine Zwillingsschwester und ich sieben Jahre alt. Danach zog unsere Mutter meine Schwester und mich allein auf. Sie wollte keine neue Beziehung eingehen, weil sie acht Jahre glücklich verheiratet war und Angst hatte, bei einer neuen Beziehung ständig Vergleiche zu ziehen.

Im Alter von fast zwanzig Jahren bewahrte ich meine Zwillingsschwester zweimal vor einem Suizid. Unsere Hausärztin riet uns, meine Schwester in eine Fachklinik zu überweisen, da wir ihre Depressionen nicht auffangen könnten.

Meine Schwester war ein Mensch, der viele Kontakte pflegte, für viele Dinge offen war, musizierte und in die Jugendarbeit eingebunden war. Sie stand kurz vor dem Abitur. Sehr wahrscheinlich hat sie den Tod unseres Vaters doch schlechter verkraftet als ich. Dazu kam noch eine unerfüllte Liebesbeziehung zu einem jungen Mann.

### Sie hatte nur noch Angst

Am 5. Juni 1968 bekamen wir eine telefonische Nachricht aus der Klinik, dass meine Schwester nicht aufzufinden sei. Mein Onkel fuhr meine Mutter und mich sofort zur Klinik.

Dort erfuhren wir durch ein Schriftstück meiner Schwester, dass sie nicht mehr weiterleben kann. Da wir keinen Suchhund von der Polizei gestellt bekamen, mussten wir, *ohne* meine Schwester zu finden, abends wieder nach Hause fahren.

### *Es war grausam, Hilflosigkeit und Ohnmacht auf diese Weise zu erfahren*

Am folgenden Tag wurde meine Schwester durch Zufall in einem Unterstand im Weinberg in stark unterkühltem Zustand und bewusstlos gefunden. Meine Mutter fuhr sofort zu ihr ins Krankenhaus und blieb bei ihr. Doch am 7. Juni 1968 um 17:45 Uhr verstarb meine geliebte Schwester.

### *Unfassbar!*

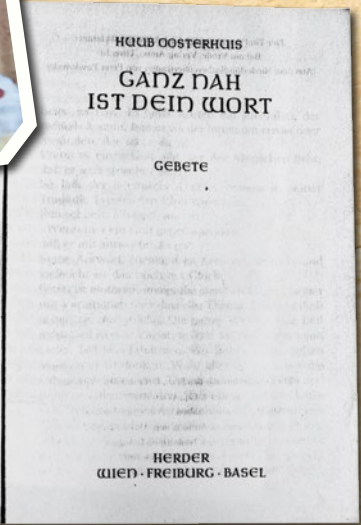
Bei ihr fand man das Gebetbuch »Ganz nah ist dein Wort« von Huub Oosterhuis einschließlich des von ihr geschriebenen Chorals aus der Bachkantate »Jesus meine Freude«.

Ich fuhr damals allein mit dem Zug nach Ahrweiler, erledigte alle Formalitäten und brachte meine verstorbene Schwester zusammen mit dem Beerdigungsinstitut zur Aufbahrung in unseren Heimatort. Meine Mutter war dazu nicht in der Lage. Wie ich das alles geschafft habe, weiß ich heute nicht mehr.

*Ich habe einfach nur funktioniert.*

### Wie haben Sie die Reaktion Ihrer Umgebung wahrgenommen?

Aus Erzählungen meiner Mutter weiß ich, dass sie oft bei ihrer Cousine war. Dort konnte sie immer wieder über ihre Tochter sprechen und auf diese Weise gute Trauerarbeit leisten. Meine Mutter hat jedoch auch allein bemerkenswerte Trauerschritte vollbracht (siehe Schriftfragmente). Ich glaube, dass ohne die Anteilnahme unserer Freunde und nächsten Verwandten (Schwester meiner Mutter mit Familie) die Zeit der Trauer schwierig zu le-



*Choral aus der Bach-Kantate »Jesus meine Freude«*

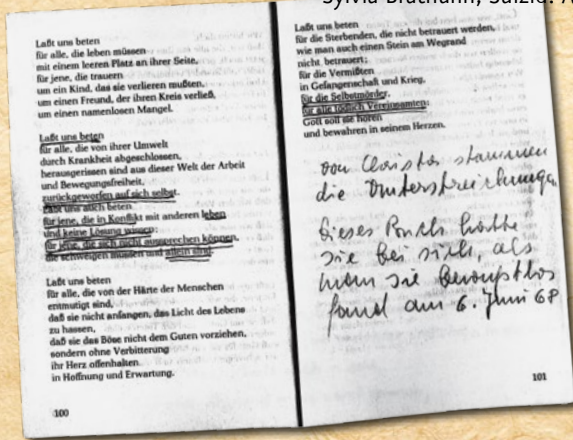
Jesu, meine Freude, meines Herzens Weide, Jesu meine Zier,  
 ach, wie lang ach lange ist dem Herzen bange und verlangt nach dir,  
 Gottes Lamm, mein Bräutigam,  
 außer dir soll mir auf Erden  
 nichts sonst Liebbers werden!

Unter deinen Schirmen bin ich vor den Stürmen aller Feinde frei.  
 Laß den Satan wüthen, laß den Feind erhitzen, mir steht Jesus bei.  
 Ob es jetzt gleich kracht und blitzt,  
 ob gleich Sünd und Hölle schrecken,  
 Jesus will mich decken!

Trotz dem alten Drachen, trotz dem Todes rachen, trotz der Furcht dazu  
 Tobe, Welt, und springe, ich steh hier und singe in gar sicherer Ruh.  
 Gottes Macht hält mich in acht,  
 Erd und Abgrund muss verstummen,  
 obsie noch so brummen.

Bei ihr fand man das Gebetbuch »Ganz nah ist dein Wort« von Huub Oosterhuis einschließlich des von ihr geschriebenen Chorals aus der Bachkantate »Jesus meine Freude«.





»Im Lesen ist sie mir nahe.«

© Kurt Zilles

ben gewesen wäre. Bei meinen Berufskollegen war eine Reaktion zum Tod meiner Schwester kaum zu bemerken. Ich weiß nicht mehr, ob ich sie gebraucht hätte oder vermisste.

Meine Mutter hat mich damals ermutigt, im Sommer mit meiner Cousine, deren Freund und mit anderen Jugendlichen nach Frankreich zu fahren. Im November 1968 lernte ich meine heutige Frau kennen. Auch mit ihr konnte ich über die Tragödie sprechen. Meine Art, mit der Trauer umzugehen, war eher, nach vorne zu schauen. Ich hatte ja das Leben noch vor mir.

*Vielleicht war es teilweise auch unbewusst eine Flucht aus der Trauer.*

### Wie hat es Ihr Leben beeinflusst?

Der Tod meiner Schwester hat mein Leben insofern beeinflusst, dass ich im Lauf der Zeit versucht habe, bewusster zu leben, zu unterscheiden, was unbedeutend und was wichtig ist. Alles hat seine Endlichkeit, auch mein eigenes Leben.

Vor dreißig Jahren starb ein guter Freund meiner Familie in meinen Armen, den ich mit seiner Familie während seiner langen Krankheit (Gehirntumor) begleitet und unterstützt hatte.

Als ich mich für die Altersteilzeit entschied, ergab sich für mich die Frage, was ich nach meinem Berufsleben noch Sinnvolles machen könnte. Da ich im Laufe meines Lebens von der Gesellschaft etwas bekommen hatte, war es für mich selbstverständlich, etwas unentgeltlich zurückzugeben. Auch steht diese Entscheidung im Einklang mit meiner religiösen Erziehung, die ich kritisch, liberal und prägend erfahren durfte.

Ich entschied mich für die Hospizarbeit im Altenheim. Noch während meiner Ausbildung zum ehrenamtlichen Hospizhelfer durfte ich eine Begleitung beginnen. Eine an Krebs erkrankte gute Bekannte aus der früheren Jugendarbeit wünschte sich das. Seit dem Sommer 2009 darf ich in der Hospizarbeit Menschen begleiten, die ihren letzten Weg gehen. Es ist für mich eine segensreiche Erfahrung, die mich erfüllt.

### Wie geht es Ihnen heute mit dem Tod Ihrer Schwester?

Den Tod meiner Schwester habe ich akzeptiert. Sie hat ja ihren Frieden gefunden. Allerdings spüre ich immer noch ihre Verzweiflung und die Einsamkeit in ihren letzten Stunden, wenn ich in ihrem Gebetbuch »Ganz nah ist dein Wort« die Stellen lese, die sie unterstrichen hat. Das berührt mich emotional noch immer stark. Würde ich diese Zeilen von Zeit zu Zeit nicht mehr lesen, käme dies mir wie ein Verrat an meiner Schwester vor. Im Lesen ist sie mir nahe.



**Kurt Zilles**, Jahrgang 1948, war technischer Angestellter beim Wasser- und Schifffahrtsamt Koblenz. Er ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder und zwei Enkelkinder. Seit 2013 ist er Rentner und seit 2009 ehrenamtlich tätig als Hospizhelfer im Hospizverein Neuwied.

wied mit Einsatz im Seniorenzentrum der Josefsgesellschaft in Neuwied-Engers.

E-Mail: m.h.zilles@gmx.de

## »Am liebsten wäre ich tot ...«

### Vom Wunsch des Nachsterbens

Sylvia Brathuhn

Wer einen trauernden Menschen begleitet, wird vielfach mit dem Wunsch des Nachsterbens konfrontiert. Trauerbegleiter erleben dann häufig eine Verunsicherung, die Fragen aufwirft: Wie soll ich darauf reagieren? Will sich dieser Mensch vielleicht sogar selbst töten? Muss ich jetzt irgendwelche Hilfsmaßnahmen einleiten? In diesem Artikel geht es darum, den Nachsterbewunsch als eine von vielen Reaktionen, als ein Trauergesicht für den Verlust zu verstehen und ihn nicht als etwas grundsätzlich Bedrohliches zu empfinden. Dem von vielen Trauernden geäußerte Gedanke »am liebsten wäre ich auch tot« geht ein Tod voraus, den sie als schmerzhaft empfunden und oft als Bitternis erlebt haben: »Als mein Mann starb, wurde nicht nur sein Leben beendet, sondern auch das Meine. Ich muss weiterleben und wäre doch am liebsten tot« (Tanja R., 54 Jahre). Diese Worte rufen sowohl den Begleitenden als auch den Zurückbleibenden selbst auf, den Nachsterbewunsch anzuerkennen und anzunehmen, damit ein Weiterleben möglich ist.

Beim Bedenken des Nachsterbewunsches sind drei Akzente zu beleuchten: das Thema der *Adäquation*, die *Sehnsucht nach Einheit und Ganzheit*, der *Einbruch und das Durchdrungenwerden* vom Todesgedanken.

#### Die Adäquation

Der Trauernde drückt mit Formulierungen wie »am liebsten wäre ich auch tot«, »ich möchte nicht mehr leben«, »ich fühle mich wie tot« oder »da ist kein Leben mehr in mir« aus, wie er sein Dasein erlebt. Seine Sprache bildet seinen inneren Zustand ab, wiederholt, was er von sich weiß: »Ihr Tod hat auch mein Leben beendet« (Horst F.,

73 Jahre, nach dem Tod seiner Frau). Mit diesen Worten präsentiert der Trauernde seine Verfassung. Der Nachsterbewunsch als Abbild des inneren Zustandes kommt auch in anderen Formen zum Ausdruck. Manche Trauernde vernachlässigen ihren Körper, wollen (können) sich nicht berühren lassen; verstummen, finden keine Sprache mehr, der Wortwinter bricht ein. Sie lehnen Farben und Licht ab, ziehen sich zurück in die Isolation: »Ich war wie erstarrt, schaute immer nur auf meine Tochter, die sich nicht mehr bewegte, nicht mehr atmete und so starr wirkte. Ich spürte, wie sich diese Erstarrung auch in mir breit machte, wie mir das Atmen schwer fiel. Ich fühlte mich wie erstarrt. Ich war tot« (Marla M., 68 Jahre, nach dem Tod ihrer Tochter).

Das mehrfach verwendete Wort »Erstarrung, erstarrt, starr« verweist auf Bewegungslosigkeit, auf tot sein. Hier wird deutlich, warum es nicht immer hilfreich ist, den Trauernden zu berühren. Eine trauernde Ärztin sagte einmal, dass sie die Berührung der Stationsärztin am Sterbebett unerträglich fand: »Es war, als ob sie mich gewaltsam ins Leben zerrren wollte. Wie eine Reanimation nach Suizid. Dabei wollte ich doch einfach nichts mehr spüren.« Trauernden Menschen in dieser Situation Verständnis und Akzeptanz für ihre manchmal kaum nachvollziehbaren Reaktionen entgegenzubringen, kann wie ein Samenkorn für das weitere Leben werden, für ihr Wieder-ins-Leben-Finden.

#### Die Sehnsucht nach Einheit und Ganzheit

Trauernde drücken ihre Sehnsucht nach Einheit und Ganzheit häufig in Bildern aus: »Ich lebe nur

*Das Nichts trifft nicht nur den Trauernden, sondern auch den Begleiter.  
Jetzt in dieser tiefsten Nacht hat auch er kein Licht.*



noch hälftig«, »ich fühle mich wie amputiert, wie zerrissen«. Diese Aussagen sind ein Hinweis darauf, dass das Wir, das einst als Ich und Du eine Einheit, eine eigene dritte Gesamtperson bildete, nicht mehr ist. Zurück bleibt ein Ich, das nicht mehr weiß, was oder wer dieses Ich ist. Gedanken wie »ich fühle mich wie tot«, »am liebsten wäre ich tot« oder »ich möchte bei ihm sein« gehen über die sprachliche Wiederholung des eigenen Zustands hinaus. Diese Formulierungen verweisen auf die Sehnsucht, auf das, was fehlt, und bringen zum Ausdruck, dass die bisher empfundene Vollständigkeit verschwunden ist: »Einst war ich ganz, und diesen Zustand möchte ich wieder erreichen« lautet das implizite Ziel des Nachsterbewunsches. Wird dieser Gedanke nicht als etwas Bedrohliches, als etwas, das nicht sein darf, be-

wertet, dann wird spürbar, dass der Nachsterbewunsch auch eine Form von Ehre und Respekt gegenüber dem Verstorbenen ausdrückt.

Wie soll nun ein Begleiter auf den Satz »am liebsten wäre ich auch tot ...« reagieren? Zunächst ist es wichtig, nicht dagegenzuhalten im Sinne von »So etwas dürfen Sie nicht sagen« oder »es gibt doch noch so viele Gründe zu leben«. Auch belehrende Antworten wie zum Beispiel »ich mache Ihnen verständlich, warum Sie das sagen« oder »ich erkläre Ihnen, warum dies durchaus eine nachvollziehbare Reaktion ist« sollten vermieden werden. Stattdessen könnte der Trauerbegleiter antworten: »Ja, so sehr haben Sie ihn geliebt.« Mit diesen Worten lässt er ein Licht aufscheinen; ein Licht, das der Trauernde in seinem Schmerz nicht mehr erkennt, nicht erkennen



Caspar David Friedrich, Mönch am Meer, 1809/ Staatliche Museen, Berlin, Germany/ Bridgeman Images

sen wird, dann ist Sehnsucht da. Dann möchten Sie ihm folgen und sich wieder vereinigen. Sie wollen bei ihm sein. Es ist verständlich, dass Sie so fühlen.« Mit dem Wort »verständlich« wird das Verstehen eingeleitet: »Ja, genau!« Es scheint, als ob der Trauernde in diesem tiefen Atemzug mit seinem Lebensatem in Berührung kommt. Er atmet sich sozusagen aus der Todesrichtung zurück ins Leben.

Vor diesem Hintergrund ist auch der Gedanke zu erspüren, dass der Trauer selbst der Trost des »Stirb und lebe« innewohnt. Körper (Atmen) und Geist (Reflektieren) geraten nun in einen Einklang. Sie sind Zeugen füreinander. Die Verfassung des Trauernden kann dann Leben und Denken in Einklang bringen, so wie dies auch der Trauernde und der Begleiter tun können. Leben und Denken in einem gemeinsamen Bezug. Es sind keine getrennten Welten. Es ist ein Denken, das aus dem Leben hervorgeht, und ein Denken, das dem Leben dient. Hier ist der reflektierend-verstehende Begleitansatz (Müller, Brathuhn und Schnegg 2013) eine unterstützende Wegmöglichkeit.

### Der Einbruch, das Durchdringen

kann. Eine aberkennende oder erklärende Reaktion wäre ein dürftiger Versuch, die Dunkelheit beiseite zu schieben, damit der Trauernde wieder Helligkeit erlebt. Sagt der Begleiter jedoch »ja, so sehr haben Sie ihn geliebt«, dann kann dieser antworten »ja, genau!«.

Mit diesem »ja, genau« geht oft ein Seufzer der Erleichterung einher. Der Trauernde atmet tief durch, seufzt und zeigt damit, dass die Worte des Begleiters sein Herz berührt haben und er sich unmittelbar verstanden fühlt: »Ja, so sehr habe ich ihn geliebt.« Der Seufzer der Erleichterung wird zum Indikator dafür, dass das Herz des Trauernden berührt wurde. Dann kann dem Trauernden auch gesagt werden: »Das kann auch nicht anders sein. Wenn man jemanden geliebt hat und dieser gewissermaßen durch den Tod entris-

Der Mensch ist mit dem Verlust eines nahen Angehörigen oder Freundes vom Tod getroffen und er ist tödlich verwundet. Wir sehen, wie zerstört, zerfallen, zerrissen er ist. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sich die ganze schreckliche Wahrheit schon im Menschen ausgebreitet hat. Der Trauernde versucht ihr auszuweichen: »Das kann nicht wahr sein, das glaube ich nicht.« Das Zerbrechen kann nicht das Letzte sein, mancher Trauernde glaubt an einen Wiederaufbau. Im Nicht-wahrhaben-Wollen oder Nicht-wahrhaben-Können, im Wegschauen, in Aktionismus und der Suche nach Zerstreung versucht er den Prozess des Durchdringens aufzuhalten. Und auch die »Tröster« arbeiten diesem Prozess entgegen, wenn sie das Leid des Trauernden schmälern, wegnehmen oder ungeschehen machen wollen.

Bei dieser dritten Facette des Nachsterbewunsches scheint es bedeutsam zu sein, auf den Unterschied zwischen Zerschneiden und Zusammenbruch zu schauen. Das Zerschneiden ist mit dem Tod da: »Du bist tot. Mein Leben – so wie es einst war – ist zerbrochen. Ich stehe vor einem Scherbenhaufen und verstehe doch nichts« (Horst F.). Aus diesen Worten wird deutlich, dass ihn die Wahrheit noch nicht durchdrungen hat, ihn erst noch »erfüllen« muss. Die Wahrheit ist da, das Zerschneiden ist da, der Schmerz ist da, aber die Wahrheit und das, was sie bedeutet – »er ist tot, für immer und ewig, und ich werde weiterleben« –, ist noch nicht in den ganzen Menschen eingedrungen. Noch versucht der Trauernde zu flüchten und sich Schonräume zu schaffen.

Wenn diese Strategien nicht mehr funktionieren, dann kommt der Zusammenbruch, so mächtig, so stark, dass es nur noch die Kapitulation gibt. Im Zusammenbruch wird das »Nichts« durchdekliniert: »Ich weiß nichts mehr. Ich kann nicht mehr. Ich will nicht mehr. Ich bin nicht mehr. Es ist nichts mehr. Es ist aus. Es ist vorbei. Es ist am Ende.« Das ist die Situation des Trauernden und in dieser Situation dringt die Wahrheit des Zerschneidens in ihn ein und durch ihn hindurch. Im Nichts, aus dem Nichts heraus wird die Wahrheit durchdringend. Leib, Seele und Geist werden von der Wahrheit des Zerbruchs durchdrungen und erfasst. Die Formulierung »ich möchte am liebs-

ten tot sein« ist dann nur noch eine Bekundung der Sinnlosigkeit dessen, was ist, beziehungsweise eine Bekundung der Sinnlosigkeit des Nichts.

Für Begleiter bedeutet dies, dass sie den Trauernden aus dieser Wahrheit nicht herausnehmen dürfen. Der Trauernde muss durch diese Kapitulationsstufe hindurch. Dem Zerschneiden folgt der Zusammenbruch, dieser erst ermöglicht den Durchbruch der Wahrheit und erst daraus kann der Aufbruch ins »neue Leben« wachsen. Vielleicht mit dem Einatmen, mit dem Seufzer: »Gott sei Dank hat mir dies jemand erlaubt ... an dieser tiefsten Stelle meines Schmerzes sein zu dürfen, nichts vortäuschen zu müssen, keine Mas-

*Das Wir, das einst als Ich  
und Du eine Einheit, eine  
eigene dritte Gesamtperson  
bildete, ist nicht mehr.  
Zurück bleibt ein Ich, das  
nicht mehr weiß, was oder  
wer dieses Ich ist.*





ken aufsetzen zu müssen, kein Theater spielen zu müssen ...«.

Betrachtet man den Weg des Trauernden als einen U-förmigen, dann muss der Begleitende prüfen, an welcher Stelle des Weges sich der Trauernde befindet: Befindet er sich auf dem Abstieg? Ist er in der Mulde auf dem tiefsten Punkt angelangt? Oder ist er im Aufstieg? Wichtig ist, dass der Begleitende in diesem Prozess nicht als Täuscher erscheint, sondern als jemand, der dem Trauernden die Erlaubnis gibt: »Du darfst darunter gehen, da ist der Weg, dein Weg runter, der wahre Weg. Der Weg des Sterbens.« Der Begleiter soll nicht vom Weg des Werdens erzählen, wenn Zeit des Sterbens ist. Alles hat seine Zeit: Zuerst kommt der Abstieg (Katabasis), der Aufstieg (Anabasis) kommt danach. Zuerst muss der Prozess des »Sterbens« begleitet werden.

Natürlich wissen Begleitende aus Erfahrung und vielleicht aus eigenem Erleben, dass in diesem Sterben schon unbewusst die Schätze für das »Werden« eingesammelt werden können. Doch das ist zunächst kein Thema. Der Begleiter versucht nicht den Abstieg aufzuhalten, indem er vermeintliche Abkürzungen aufzeigt, zum Umdrehen auffordert oder einen Fluchtweg aufdeckt, sondern er steigt mit herab. Runtergehen, dabei sein, da sein, bis auch sein schmerzlicher Punkt kommt, wo er ihm, dem Trauernden nichts mehr zu sagen hat. Er kann nur noch da sein. Nichts mehr sprechen, sich nicht mehr in Worte flüchten. Das Nichts trifft nicht nur den Trauernden, sondern auch den Begleiter. Jetzt in dieser tiefsten Nacht hat auch er kein Licht. Er soll auch kein künstliches Licht anzünden, um dem Trauernden die Nacht zu erhellen. Wenn er das unterlässt, kann die Neugeburt stattfinden, kann der Prozess des Werdens seinen Weg finden.

Der Trauerbegleiter ist in diesem Sinne auch Sterbebegleiter. Er begleitet den Trauernden, bis ihn der Einbruch durchdrungen und ihn in seiner ganzen Existenz erfüllt hat. Im schweigenden Dasein schenkt der Begleiter ihm die (An-)Erkennt-

nis »es ist richtig, es ist gut, du darfst sterben«. Der Begleitende muss ertragen, dass er nichts mehr zu sagen hat. Dass das Schweigen die angemessene Form des Mitseins ist. Reden würde an dieser Stelle nichts anderes als »Geschwätz« heißen. »Unsere Gefühle verstummen in scheuer Befangenheit. Alles in uns tritt zurück. Und das Neue, das niemand kennt. Steht mittendrin und schweigt« (R. M. Rilke). Die scheue Befangenheit erkennt sozusagen, was jetzt richtig ist. Sie erkennt, ich muss das Gegenüber in dieser vorübergehenden Finsternis lassen, muss ihn sterben lassen, damit er weiterleben kann:

»Es gab einen Punkt, da brach alles über mir zusammen. Ich ließ es geschehen. Was hätte ich auch tun können. Mir war alles abhanden gekommen. Ich konnte nur noch kapitulieren. Der Schmerz war grausam. Und doch lernte ich in diesem Schmerz sehen. Ich erkannte, dass ich so nicht weitermachen konnte. Martha würde nicht wiederkommen und meine Zeit auf Erden wollte genutzt werden. Es ist nun sieben Monate her. Ich gehe noch täglich zum Grab. Es ist noch viel Schmerz da. Doch heute denke ich ›wärest du nur noch bei mir‹ und nicht mehr ›wäre ich nur tot‹. Das macht einen Unterschied. Ich muss – und will – mein Leben gestalten. Martha würde das begrüßen« (Horst F.).



**Dr. Sylvia Brathuhn**, Diplom-Pädagogin, ist in der psychoonkologischen Beratung und Betreuung für krebserkrankte Menschen und ihre Angehörigen tätig; Vorstandsmitglied der *Frauenselbsthilfe nach Krebs, Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.*, und der *IWG* (International

Workgroup of Death, Dying and Bereavement); Trainerin in den Bereichen Sterben, Tod, Spiritualität und Kommunikation, Trauerbegleiterin.

E-Mail: brathuhn@t-online.de

#### Literatur

Müller, M.; Brathuhn, S.; Schnegg, M.: Handbuch Trauerbegleitung und -begleitung. Theorie und Praxis in Hospizarbeit und Palliative Care. Göttingen 2013.

## Über die dreifache Trauer nach Suizid

Eduard Zwierlein

### Schock und Schmerz

Angehörige, die einen Menschen durch Suizid verloren haben, stehen wie alle Trauernden, die einen geliebten Menschen vermissen, unter dem Schock und Schmerz dieses Verlustes. Eine Welt ist zusammengebrochen. Nichts ist mehr so, wie es einmal war: »*Warum* bist du nicht mehr da?«

Es scheint eine Proportionalität zu geben: Je größer die Liebe, je inniger die Verbundenheit, desto tiefer der Schmerz, die Zerrissenheit, mit der der Tod aus dem vormaligen »Wir« ein zurückgelassenes, einsames »Ich allein« gemacht hat. Diesen Schmerz und die mit ihm einhergehende Trauer teilen *alle*, die einen solchen Verlust der geliebten Person zu beklagen haben. Dies ist die erste Trauer nach Suizid, die Grundtrauer, die alle Trauernde miteinander vereint.

### Schuldzuweisung

Es treten nun aber im Fall des Suizids im Chaos der Gefühle zwei so auffällige Besonderheiten hervor, dass man wohl das Recht hat, von »erschwerter Trauer« oder »komplizierter Trauer«<sup>1</sup> zu sprechen. Natürlich dienen diese Begriffe nicht dazu, den Trauerschmerz in anderen Fällen zu verkleinern. Jede Trauer aus Liebe besitzt ihre eigene intime Unendlichkeit.

Es drängt sich die mögliche Freiwilligkeit der Tat in die Trauer der Hinterbliebenen und färbt ihren Schmerz auf eigentümliche Weise. Mit die-

sem Schmerz entsteht der zweite Traueraspekt nach Suizid. Denn der Tod war doch nicht un- ausweichlich. Er musste doch noch gar nicht sein. Es gab doch noch Zeit. Ist denn der Suizident nicht irgendwie verantwortlich für all diesen Schmerz, diese Trauer, diesen unfassbaren Wahnsinn, der über uns gekommen ist? Waren denn alle Hoff-

nung aufgebraucht und alle Sinnwege abgegangen? Diese Trauerimpulse werden der häufig in Trauerprozessen sich einstellenden Schuldzuweisung und Anklage eine wirkliche Nahrung und echte Grundlage geben: »Wie konntest du mir das nur antun? Wie konntest du nur gehen? Wie konntest du mich verlassen? Warum hast du uns im Stich gelassen?« Die-

se Fragen sind jetzt nicht mehr nur Ausdruck der Verzweiflung der Zurückgebliebenen. Sie scheinen vielmehr ganz berechtigt, vernünftig, begründet. Denn der, der sich im Suizid das Leben nahm, verkürzte doch eigenwillig und bewusst das Maß an Zeit, das Leben noch miteinander hätte sein können. Er hat das zerbrechliche Band der Zeit, durch das wir als »Wir« miteinander verknüpft waren, zwischen uns zerrissen: »*Warum* nur hast du mir/uns das angetan?« Oder noch dramatischer: »Wolltest du dich gar an uns rächen oder uns bestrafen?«

Der Schmerz nagt furchtbar an den Trauernden und am Grunde ihrer Traueraggression, die sich vorwurfsvoll an den Suizidenten wendet, und in der vielleicht unauffehlbaren Rätselhaftigkeit der Motive, die zum Suizid bewegte, wartet womöglich jene andere schmerzliche Frage des

*Neben die Schuldzuweisung an den, der sich selbst getötet hat, tritt das Schuldgefühl, selbst versagt zu haben.*

*Nun wendet sich das trauernde Herz angesichts der besonderen Situation der Selbsttötung aggressiv auf sich selbst zurück.*



Amedeo Modigliani, Jeanne Hebuterne in a Yellow Jumper, 1918–19 / Solomon R. Guggenheim Museum, New York, USA / Bridgeman Images